

OBJECTIFS

Diagnostiquer une pathologie hémorroïdaire.

Connaître les grands principes de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse.

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales de l'anus. On distingue les hémorroïdes externes situées en dessous de la ligne pectinée, sous la peau de la marge anale, tributaires de l'artère rectale inférieure, et les hémorroïdes internes situées dans la partie haute du canal anal, tributaires essentiellement de l'artère rectale supérieure.

Les hémorroïdes internes sont classiquement réparties en trois paquets (gauche, antéro- et postéro-droits) correspondant aux trois principales branches de l'artère rectale supérieure. Leur structure anatomique est composée d'un revêtement épithélial, d'un tissu de soutien musculo-ligamentaire, et d'éléments vasculaires anastomosés entre eux en un réseau riche en shunts artériovoineux.

En position physiologique, les hémorroïdes participent à la continence anale fine (discrimination selles/gaz et solide/liquide) et représentent 20 % du tonus de repos du canal anal.

La pathogénie de la maladie hémorroïdaire n'est pas clairement définie. Elle fait intervenir des facteurs vasculaires (hyperplasie vasculaire responsable d'une distension des plexus) et mécaniques (destruction du tissu conjonctif et musculaire responsable d'une hyperlaxité du tissu conjonctif de soutien et d'un déséquilibre des flux vasculaires).

La prévalence de la maladie hémorroïdaire est difficile à évaluer du fait de la part importante de l'automédication amenant à ne pas consulter. Elle varie dans la littérature entre 4,4 et 86 %.

Affection bénigne, elle 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 nécessaire au diagnostic.

La pathologie hémorroïdaire externe se manifeste sous forme de thromboses qui 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.

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. Les recommandations pour la pratique clinique du traitement de la maladie hémorroïdaire, éditées en 2021 par la société européenne de colo-proctologie (ESCP), font le point sur la prise en charge.

Diagnostiquer une pathologie hémorroïdaire

La maladie hémorroïdaire se manifeste par un saignement, un prolapsus, des douleurs ou un prurit. Ces différents symptômes peuvent être isolés ou associés. Ils peuvent correspondre à une autre pathologie, ce qui implique un examen proctologique à réaliser en décubitus latéral gauche ou mieux en position genu pectorale : inspection de la marge anale avec déplissement des plis radiés (lésion dermatologique, fissure anale, collection, tumeur ?), toucher anal puis rectal après avoir informé le patient (collection, masse suspecte du canal anal ou du bas rectum ?), puis anoscopie permettant de visualiser les plexus hémorroïdaux. La classification anatomique de Goligher en quatre grades, bien qu'imparfaite, est communément utilisée pour orienter la prise en charge thérapeutique ([tableau](#)).

Hémorroïdes internes

Rectorragies

Elles sont indolores, faites de sang rouge rutilant écla-boussant classiquement la cuvette lors du passage des selles. Elles peuvent être plus abondantes, déclenchées par l'émission de gaz ou accompagnant le prolapsus lors de la défécation ou lors de la position accroupie (souillant dans ce cas les sous-vêtements). En fonction de leur abondance (parfois favorisée par les anticoagulants ou anti-agrégants) et de leur ancienneté, elles peuvent être responsables d'une anémie ferriprive.

Prolapsus

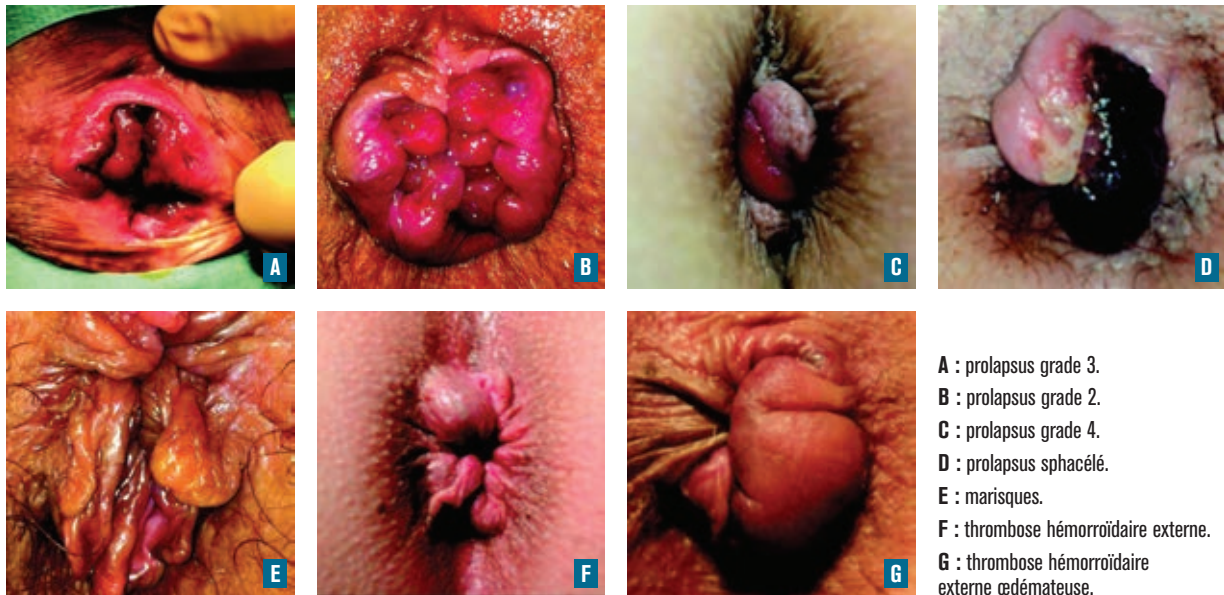
Il correspond à l'extériorisation des plexus hémorroïdaux internes par l'orifice anal. Il peut concerner un ou plusieurs paquets hémorroïdaux ([fig. 1A](#)), être circulaire ([fig. 1B](#)) ou accompagné d'une procidence de la muqueuse du bas rectum (prolapsus muco-hémorroïdaire).

Dr Thierry Higuero
Gastro-entérologue,
proctologue médical
et chirurgical,
Beausoleil, France

docteur@
higuero-gastro.com

L'auteur déclare n'avoir
aucun lien d'intérêts.

Correspond
à l'Item 285
du programme
2016-2020.



A : prolapsus grade 3.
B : prolapsus grade 2.
C : prolapsus grade 4.
D : prolapsus sphacélé.
E : marisques.
F : thrombose hémorroïdaire externe.
G : thrombose hémorroïdaire externe œdémateuse.

Figure 1. Pathologies hémorroïdaires.

Chez la femme, il concerne souvent le paquet antéro-droit du fait de la laxité plus importante de la paroi rectovaginale (fig. 1C). La procidence peut survenir lors de la défécation ou à l'effort avec une réintégration spontanée ou manuelle. Elle peut être permanente, responsable alors de suintements séro-sanglants, voire de souillures fécales entraînant un prurit.

À part, la papille hypertrophique, correspondant à une tuméfaction fibreuse de taille variable débutant au niveau de la ligne pectinée, peut parfois se prolaber.

GRADES DE GOLIGHER	
Présentation anatomique	Présentation clinique
Grade 1	Hémorroïdes congestives non prolabées
Grade 2	Hémorroïdes se prolabent lors de la défécation (ou lors d'un effort) et se réintégrant spontanément après le passage de la selle
Grade 3	Hémorroïdes se prolabent lors de la défécation (ou lors d'un effort) et nécessitant une réintégration manuelle
Grade 4	Hémorroïdes prolabées en permanence ne pouvant pas se réintégrer manuellement

Tableau.

Douleurs

Les hémorroïdes internes peuvent se manifester par une sensation de gonflement, de pesanteur intracanalair certainment en rapport avec une congestion des plexus hémorroïdaires. Ces « crises » peuvent notamment survenir en période prémenstruelle.

Les douleurs significatives correspondent aux thromboses hémorroïdaires. Elles peuvent être non extériorisées, avec une douleur intracanalair permanente et perception au toucher anal d'une masse arrondie douloureuse en « grain de plomb » (bleutée en anoscopie). Elles sont plus souvent extériorisées, localisées ou circulaires avec un prolapsus irréductible extrêmement douloureux. Il s'y associe un œdème réactionnel avec une coloration violacée, voire noirâtre (fig. 1D). L'évolution peut se faire vers le sphacèle ou la régression avec des marisques résiduelles (fig. 1E).

Hémorroïdes externes

La seule manifestation est la thrombose hémorroïdaire externe définie par l'existence d'un ou plusieurs caillots dans le territoire des hémorroïdes externes. Elle apparaît comme une tuméfaction bleutée, dure, souvent (mais pas toujours) douloureuse, sous la peau de la marge anale (fig. 1F). Elle peut être accompagnée d'un œdème parfois important, allant jusqu'à masquer le thrombus (fig. 1G). L'évolution spontanée se fait en quelques semaines vers son énucléation (accompagnée de saignements minimes) ou sa résorption, laissant comme séquelle un repli cutané : la marisque. Ces marisques sont

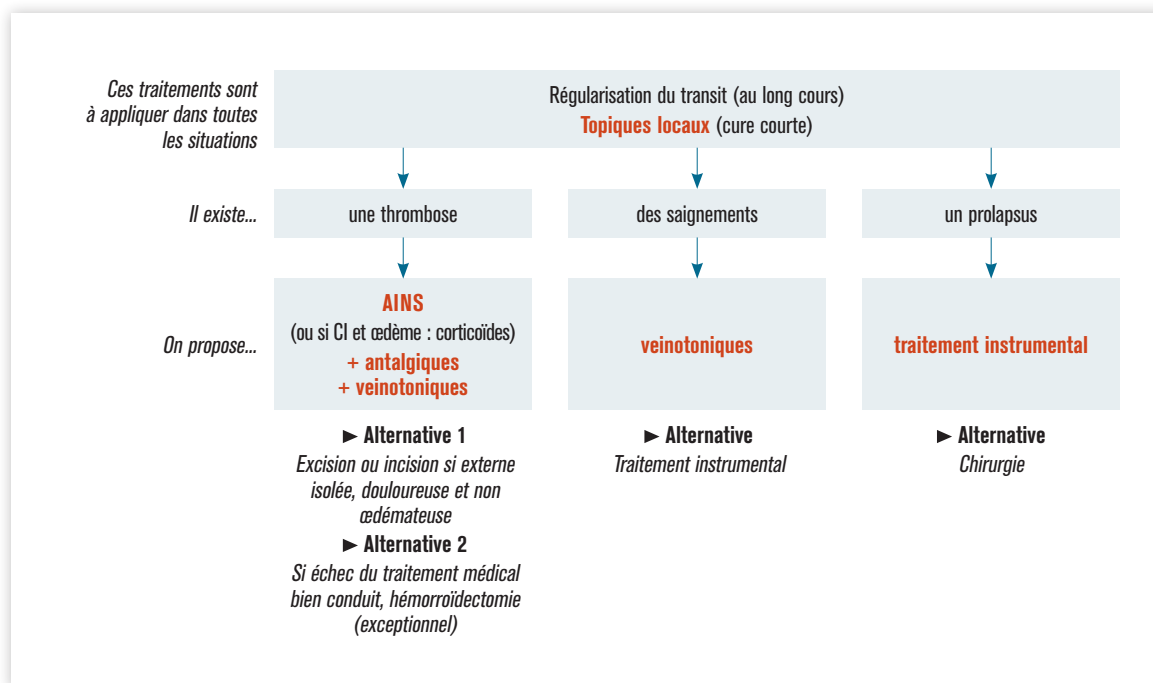


Figure 2. Traitement de la maladie hémorroïdaire. La maladie est documentée par un examen clinique, et les autres causes sont écartées.
 AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien ; CI : contre-indication.

parfois volumineuses, gênant l'essuyage, responsables d'un prurit et de gonflements prémenstruels.

Traitement de la maladie hémorroïdaire

Traitement médical

Traitements locaux

Les traitements topiques sont disponibles sous forme de suppositoires, de crèmes ou de pommades. L'efficacité à court terme est de 90 % sans bénéfice à long terme ni action préventive démontrée.

Les topiques sont recommandés en cas de manifestation aiguë de la maladie hémorroïdaire. Il n'y a pas d'étude étayant clairement l'intérêt respectif des différents composants (corticoïdes locaux, anesthésique, phlébotrope, lubrifiant et/ou protecteur mécanique). Il semble cependant utile de prescrire des produits avec corticoïdes en cas d'œdème et d'inflammation (thrombose hémorroïdaire) et ceux avec anesthésique en cas de douleur.

Traitements par voie générale

Les modificateurs du transit visent à réguler la consistance ou la fréquence des selles. Ils associent, selon les recommandations habituelles, un apport suffisant en fibres alimentaires parfois aidé par un ajout de mucilages, de laxatifs osmotiques ou de freinateurs du transit en fonction du trouble du transit. La régularisation du transit est re-

commandée en cas de symptômes liés à la maladie hémorroïdaire interne et externe, en curatif et en préventif.

C'est la seule mesure préventive au long cours ayant une efficacité démontrée sur les symptômes hémorroïdaires. La constipation étant le trouble du transit le plus fréquemment en cause, son traitement est une priorité sur le long terme. La prise en charge d'une diarrhée pour diminuer le nombre d'évacuations irritantes semble tout aussi importante.

L'utilisation des phlébotropes est fondée sur le concept physiopathologique impliquant la composante vasculaire des hémorroïdes. Les principes actifs sont la diosmine, la troxérutine, les dérivés de *Ginkgo biloba*, l'hydroxyéthylrutoside.

Deux méta-analyses récentes montrent un bénéfice à l'utilisation des phlébotropes pour le prurit, les rectorragies et le suintement liés à la maladie hémorroïdaire. Il persiste un doute sur l'absence de biais de publication (carence de publication des essais négatifs) et une définition parfois imprécise du type de pathologie hémorroïdaire étudiée. Les phlébotropes sont recommandés en cas de manifestation aiguë de la maladie hémorroïdaire (excepté le prolapsus) à court terme.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) agissent sur la douleur et l'inflammation, les antalgiques périphériques et centraux (éventuellement associés aux AINS) peuvent être prescrits en cas de douleur insuffisamment contrôlée, les corticoïdes *per os* en cas de thrombose externe œdémateuse avec contre-indication aux AINS.

En pratique

Malgré l'absence de données publiées, la coprescription est fréquente dans la pratique. En cas de thrombose hémorroïdaire, il est recommandé de proposer un traitement comportant des AINS, des antalgiques, des régulateurs du transit et des topiques. En cas de pathologie hémorroïdaire interne, il est recommandé de proposer un traitement comportant des régulateurs du transit et des topiques ; les phlébotropes sont autorisés.

Cas particuliers

En cas de fissure anale, le traitement associant laxatifs et topiques locaux peut traiter les deux pathologies. En cas de suppuration anale et de colite inflammatoire, leur traitement prime celui des hémorroïdes.

Il n'y a pas lieu de modifier les traitements locaux ou généraux de la maladie hémorroïdaire en cas de prise d'antiagrégants plaquettaires, d'anticoagulants ou d'immunodépression.

La pathologie hémorroïdaire touche 1 femme sur 5 après l'accouchement et 1 sur 10 durant la grossesse. Il s'agit essentiellement de thromboses hémorroïdaires externes plus ou moins œdémateuses relevant en général d'un traitement médical. Seule la régularisation du transit est légitime pour espérer diminuer le risque de poussée. Le Centre de référence sur les agents tératogènes (www.lecrat.org) permet l'utilisation des traitements locaux, du paracétamol, des laxatifs, des corticoïdes *per os* et des phlébotropes chez la femme enceinte ou allaitante. Si d'autres traitements sont nécessaires (AINS, morphine, tramadol), il faut se référer au site du CRAT pour s'assurer de l'absence de contre-indication.

La pathologie hémorroïdaire est très rare chez l'enfant. Il importe surtout de faire le diagnostic différentiel, en premier lieu la fissure anale. Il semble que les traitements locaux et les laxatifs peuvent être prescrits. En cas de thrombose hémorroïdaire (exceptionnelle), les AINS peuvent être utilisés pour traiter la douleur.

Traitement instrumental

On appelle traitement instrumental les méthodes appliquant un procédé chimique ou physique qui permettent de traiter la maladie hémorroïdaire interne.

Le principe commun consiste à provoquer au sommet des plexus hémorroïdaires internes une fibrose cicatricielle pour fixer la muqueuse anale au plan musculaire sous-jacent et obturer le réseau vasculaire sous-muqueux issu de l'artère rectale supérieure. Les moyens sont chimiques (injections sclérosantes, actuellement impossibles à faire en France du fait de l'arrêt de la commercialisation du produit nécessaire), thermiques (photocoagulation infrarouge, électrocoagulation bipolaire, cryothérapie) et mécaniques (ligature élastique). Cette dernière ajoute, de fait, une réduction du prolapsus muco-hémorroïdaire.

Photocoagulation infrarouge

La photocoagulation infrarouge est recommandée en cas de saignements expliqués par une maladie hémorroïdaire de grades 1 et 2 après échec du traitement médical. À court terme, on note une disparition ou une amélioration des symptômes dans 70 à 90 % des cas, puis 40 % à un an. Les effets indésirables sont mineurs (gêne transitoire, douleurs modérées, rectorragies minimes, suintement séro-hémorragique).

Ligature élastique

Les ligatures élastiques sont recommandées en cas de rectorragies et de prolapsus hémorroïdaire modéré, ou limité à un seul paquet en cas d'hémorroïdes internes de grades 2 et 3.

En cas de rectorragies sans prolapsus, la ligature élastique ne doit être proposée qu'en seconde intention, après échec de la photocoagulation infrarouge, aux résultats comparables, avec moins d'effets indésirables et de complications.

À court terme et se prolongeant à trois ans, on note une disparition ou une amélioration des symptômes dans 70 à 90 % des cas.

Les effets indésirables mineurs sont très fréquents (douleurs et/ou rectorragies de faible abondance, malaise vagal) et les complications possibles (thrombose hémorroïdaire interne ou externe, dysurie, algies majeures, abcès péri-anal, hémorragie sévère, cellulite pelvienne).

Injections sclérosantes

Les injections sclérosantes sont recommandées en cas de saignements expliqués par une maladie hémorroïdaire de grades 1 et 2 après échec du traitement médical.

À court terme, on note une disparition ou une amélioration des symptômes dans 70 à 90 % des cas, puis 28 % à deux ans. Les complications sévères et les séquelles sont rares (douleurs modérées, rectorragies minimes, suintements, complications infectieuses graves).

Cas particuliers

Une maladie inflammatoire intestinale active et une suppuration ano-périnéale sont des contre-indications aux traitements instrumentaux. En cas de grossesse et d'immunodépression sévère, les ligatures élastiques et les injections sclérosantes sont contre-indiquées. Le traitement instrumental est considéré comme à risque hémorragique faible, selon les recommandations de bonne pratique. De ce fait, l'aspirine n'a pas besoin d'être interrompue. Les anticoagulants, les autres antiagrégants plaquettaires et une coagulopathie sévère augmentent le risque de saignement.

Autres traitements instrumentaux

La faible diffusion et la pauvreté des données de la littérature ne permettent pas d'apprécier correctement l'efficacité sur les symptômes ni l'importance des effets indésirables.

La cryothérapie utilise le froid pour obtenir une nécrose du tissu muco-hémorroïdaire. Les effets indésirables sont fréquents, liés au mode d'action imprécis sur l'extension en profondeur des lésions induites : suintement anal quasi constant, douleurs, rectorragies importantes.

L'électrocoagulation bipolaire a une efficacité sur les saignements comparable à celle de la photocoagulation infrarouge, mais moins bonne que celle des ligatures élastiques et au prix d'effets indésirables et de complications plus importants.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec du traitement médical et/ou instrumental. Il peut parfois être indiqué d'emblée. Les trois principales méthodes sont l'hémorroïdectomie pédiculaire, technique de référence, l'hémorroïdopexie circulaire et la ligature artérielle guidée par Doppler associée ou non à une mucopexie (alternative mini-invasive).

Hémorroïdectomie pédiculaire

Elle consiste à réséquer le tissu hémorroïdaire selon les trois axes anatomiques artériels en préservant des ponts cutanéomuqueux entre les plaies opératoires. Il existe des variantes techniques selon le traitement des ponts, l'ajout d'une anoplastie muqueuse postérieure, le mode de traitement des plaies opératoires, qui peuvent être fermées ou laissées ouvertes.

L'hémorroïdectomie pédiculaire est recommandée quel que soit le grade de la maladie hémorroïdaire. Elle peut être indiquée d'emblée en cas de complication aiguë (polythrombose hyperalgique et/ou nécrotique résistant au traitement médical), d'anémie sévère et de maladie hémorroïdaire de grade 4.

Elle est efficace sur tous les types de manifestations liés à la maladie hémorroïdaire (thromboses, prolapsus, hémorragie).

La complication la plus fréquente est la douleur postopératoire qui doit être distinguée de celle survenant à la première selle. Elle est surtout diminuée jusqu'à la 24^e heure grâce aux infiltrations ou blocs pudendaux pratiqués en début d'intervention avec des agents à demi-vie longue. Les autres complications sont le fécalome (2 %), la rétention urinaire (nécessitant un sondage urinaire dans 0,5 % à 53 % des cas), les suppurations locales (0,5 %), les marisques (de 1 à 21 %), le retard de cicatrisation, l'hémorragie (8,5 % avec un geste d'hémostase dans moins de 4 % des cas) et l'exceptionnelle gangrène de Fournier.

Les séquelles possibles sont la sténose anale (moins de 4 %), l'incontinence anale (de 2 à 12 %) le plus souvent passive aux gaz, parfois aux selles liquides, le suintement.

La chirurgie des hémorroïdes pendant la grossesse et dans le post-partum immédiat est à réserver aux complications sévères (thrombose hyperalgique et/ou nécrotique, anémie aiguë) et résistant au traitement médical qui reste le traitement de première intention.

Au cours des maladies inflammatoires chroniques, il est proposé de n'opérer qu'en dernier recours, uniquement en phase quiescente, en l'absence d'atteinte ano-rectale évolutive et de suppuration, en privilégiant les gestes partiels monopédiculaires.

Les progrès actuels réalisés en matière de traitements antirétroviraux rendent possible la chirurgie hémorroïdaire lorsqu'elle est nécessaire chez les malades infectés par le VIH en bon état général. Il n'y a pas de données dans la littérature concernant les patients immunodéprimés.

Le risque hémorragique après chirurgie anale sous anticoagulants et antiagrégants est toujours à mettre en balance avec celui cardiovasculaire lié à l'arrêt des anticoagulants. L'hémorroïdectomie est un geste à risque modéré pouvant être réalisé avec la poursuite du traitement par aspirine lorsque l'état cardiologique l'impose.

Hémorroïdopexie agrafée (ou anopexie) circulaire

Elle consiste à réséquer une collerette muqueuse circulaire au sommet des hémorroïdes internes avec une pince mécanique qui assure dans le même temps la résection et une suture mucomuqueuse par agrafage circulaire.

Pathologie hémorroïdaire

POINTS FORTS À RETENIR

- La maladie hémorroïdaire est fréquente et se manifeste par des symptômes banals imposant un examen clinique. Il convient de distinguer maladie hémorroïdaire interne et maladie hémorroïdaire externe dont la prise en charge peut différer.
- La régulation du transit apporte un bénéfice sur les saignements et sur la récurrence des symptômes. Les topiques et les phlébotropes peuvent être utilisés en cure courte en cas de manifestation aiguë de la maladie hémorroïdaire.
- En raison de sa relative innocuité, la photocoagulation infrarouge pourrait être la technique de première intention sur les hémorroïdes hémorragiques non prolapsées. La ligature peut être recommandée devant une procidence hémorroïdaire modérée ou localisée avant de proposer une chirurgie.
- Le patient doit être loyalement informé des alternatives chirurgicales et peut participer au choix de la technique, la décision définitive revenant au chirurgien.
- L'hémorroïdectomie pédiculaire est recommandée quel que soit le grade de la maladie hémorroïdaire. Elle peut être indiquée d'emblée en cas de complication aiguë, d'une anémie sévère, et de maladie hémorroïdaire de grade 4.
- La ligature artérielle guidée par Doppler et l'hémorroïdopexie agrafée circulaire sont recommandées en cas de maladie hémorroïdaire de grades 2 et 3.

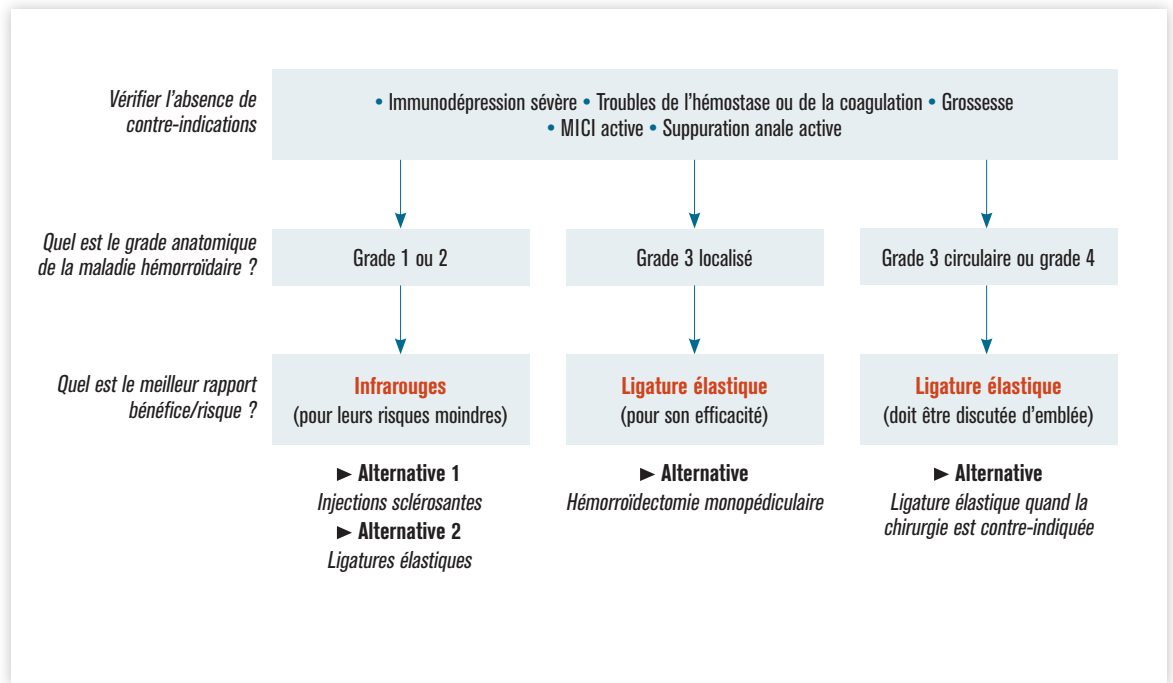


Figure 3. Traitement instrumental de la maladie hémorroïdaire. Il existe une maladie hémorroïdaire interne chronique et récidivante non contrôlée par le traitement médical (régulation du transit et veinotonique).

MICI : maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

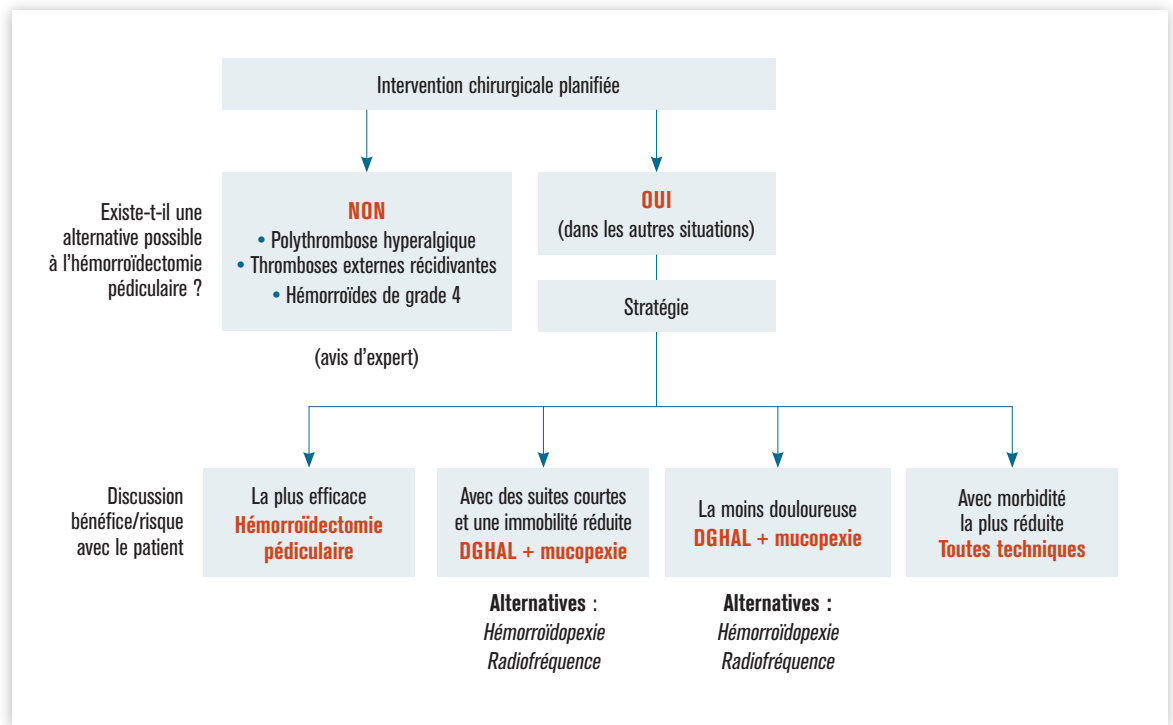


Figure 4. Traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire. Il existe une maladie hémorroïdaire chronique invalidante pour laquelle les traitements instrumentaux sont inefficaces ou non recommandés.

DGHAL : ligature artérielle des hémorroïdes guidée par Doppler ; HAL : ligature des artères hémorroïdaires ; RAR : proctologie plastique ; réparation recto-anale.

L'hémorroïdopexie agrafée circulaire est une alternative à l'hémorroïdectomie pour la maladie hémorroïdaire interne symptomatique de grades 2 et 3. Du fait de son mode d'action, l'hémorroïdopexie n'est pas indiquée en cas d'hémorroïdes externes.

Comparativement à l'hémorroïdectomie conventionnelle, l'hémorroïdopexie expose globalement à plus de symptômes à long terme qu'après hémorroïdectomie. Le risque relatif de récurrence de prolapsus après hémorroïdopexie circulaire est compris entre 3 et 5 dans le suivi à long terme.

Le taux global et le taux spécifique des complications, qu'elles soient immédiates (rétention urinaire, thrombose, hémorragie) ou tardives (sténose, incontinence, urgences), sont identiques pour l'hémorroïdectomie pédiculaire et l'hémorroïdopexie circulaire. La douleur postopératoire précoce après hémorroïdopexie est moins élevée qu'après hémorroïdectomie.

Il existe des complications spécifiques à l'hémorroïdopexie, exceptionnelles, qu'il faut connaître : perforation rectale, hématome périrectal nécessitant une reprise chirurgicale en urgence.

Il faut respecter les règles usuelles de la chirurgie hémorroïdaire quelle que soit la technique employée concernant la femme enceinte, le patient immunodéprimé, le patient atteint de maladie intestinale inflammatoire, de troubles de la coagulation, sous traitement agissant sur la coagulation.

Ligature artérielle guidée par Doppler associée à une mucopexie (DGHAL pour Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation)

La ligature artérielle a pour but de « désartérialiser » les hémorroïdes en diminuant de façon sélective le flux artériel des plexus hémorroïdaires. On y associe systématiquement une mucopexie, ou *rectoanal repair* (RAR), qui fixe le plexus hémorroïdaire prolapsé. Au lieu d'exciser les hémorroïdes, le principe est donc de diminuer leur taille et de restaurer les rapports anatomiques des plexus hémorroïdaires dans le canal anal.

Elle est recommandée en cas de maladie hémorroïdaire interne de grades 2 et 3 symptomatique. L'association mucopexie/ligature artérielle donne de meilleurs résultats que la ligature seule sur le prolapsus et les rectorragies à court et à long terme.

Du fait de son mode d'action, elle n'est pas indiquée en cas d'hémorroïdes externes.

L'efficacité est obtenue chez près de 9 personnes sur 10 à un an et 3 personnes sur 4 à cinq ans. La récurrence du prolapsus est plus fréquente en cas de maladie hémorroïdaire de grades 3 et surtout 4.

À un an, l'efficacité est comparable à l'hémorroïdectomie fermée, avec une meilleure tolérance postopératoire, un temps d'hospitalisation plus court et une reprise plus rapide des activités. L'efficacité de la ligature artérielle guidée par Doppler avec mucopexie adaptée

au prolapsus est similaire à l'anopexie agrafée circulaire, et ses suites sont plus simples.

Les complications immédiates sont le plus souvent mineures (saignement, douleurs, thromboses, dyschésie, rétention d'urines). Les complications plus tardives sont rares (thromboses hémorroïdaires, fissure anale).

Elle est, de fait, à privilégier à une anopexie pour la même indication.

Il faut respecter les règles usuelles de la chirurgie hémorroïdaire quelle que soit la technique employée concernant la femme enceinte, le patient immunodéprimé, le patient atteint de maladie intestinale inflammatoire, de troubles de la coagulation, sous traitement agissant sur la coagulation.

Radiofréquence

La radiofréquence a pour but de détruire, par un effet de coagulation, le réseau vasculaire hémorroïdaire sous l'effet de la chaleur émise par une sonde de radiofréquence introduite dans le réseau hémorroïdaire interne.

Elle est utilisée en cas de maladie hémorroïdaire interne de grades 2 et 3 symptomatique. Du fait de son mode d'action, elle est inefficace en cas de maladie hémorroïdaire externe.

C'est une technique récente dans cette indication, avec, à ce jour, peu de publications mais dont les résultats sont encourageants.

Elle a été évaluée pour le contrôle des saignements hémorroïdaires et du prolapsus hémorroïdaire. Le seul essai prospectif randomisé comparant la radiofréquence et l'hémorroïdectomie était significativement en faveur de la technique mini-invasive concernant la durée d'hospitalisation, les douleurs postopératoires, la cicatrisation des plaies et le retour à une activité normale. Un travail rétrospectif français récent montrait à cinq ans une récurrence chez 1 patient sur 5 mais avec un sentiment d'amélioration globale tel que 92 % se feraient réopérer avec la même technique.

Les complications sont mineures et rares et traitées le plus souvent médicalement : rétention urinaire (2,2 %), hémorragie immédiate ou retardée (1 à 8 %), thrombose (10 %), sténose (0,7 %) et incontinence transitoire aux gaz (0,1 %). Des faux besoins peuvent survenir et s'amender avec un traitement adapté.

La radiofréquence aura certainement une place dans les prochaines recommandations si ces premiers résultats sont confirmés.

Algorithmes de prise en charge

(fig. 2-4)

Si les symptômes motivent un traitement, le grade anatomique oriente le choix du traitement. La tendance actuelle inclut dans la décision thérapeutique, notamment chirurgicale, le choix du patient entre la technique la plus efficace, la moins morbide ou permettant une reprise rapide des activités habituelles. 