

# COMMENT JE TRAITE....

## Les hémorroïdes en ambulatoire

R. LOMBARD (1)

**RÉSUMÉ :** Nouvelle approche du traitement des hémorroïdes internes, la D.G.H.A.L. (Doppler Guided Hemorrhoid Arterial Ligation) a pour but de provoquer leur élimination en ligaturant les artères (au nombre de 6) qui les alimentent.

L'intervention peut être pratiquée sans hospitalisation et effectuée sous anesthésie locale.

Elle consiste à repérer au Doppler les artères hémorroïdales supérieures par l'intermédiaire d'un proctoscope équipé d'un capteur d'ultrasons. En amont de celui-ci, une fenêtre permet la mise en place d'un fil de ligature.

L'intervention dure environ 30 minutes. Elle peut laisser subsister une gêne locale d'importance très variable laquelle peut se maintenir pendant quelques jours.

Les patients sont revus après un mois, temps nécessaire à l'effacement appréciable des hémorroïdes internes. A ce moment, la correction d'une hémorroïde externe persistante ou d'une marisque résiduelle peut être envisagée sous anesthésie locale.

Cet article a pour but de présenter la technique et d'en décrire notre expérience personnelle.

A ce jour et depuis novembre 2001, plus de 350 patients ont été traités et nous rapportons ici les données de 150 d'entre eux. Avec un recul de 6 mois à deux ans, 85 % à 90 % se déclarent satisfaits.

**MOTS-CLÉS :** Hémorroïdes internes – Ligature guidée par Doppler des artères hémorroïdales

Rares sont sans doute les êtres humains qui, à un moment donné de leur existence, n'ont pas souffert d'une manifestation, si minime soit elle, qualifiée d'hémorroïdes (1).

A côté des nombreux facteurs susceptibles de favoriser le développement des hémorroïdes (hérédité, grossesse, constipation), notre mode de vie actuel et son plus grand confort, en limitant l'activité physique et en multipliant les accros à une saine diététique, ont tendance à accroître cette propension. Si des sujets jeunes peuvent parfois présenter très tôt une pathologie hémorroïdaire, celle-ci est surtout observée à l'âge adulte; elle a tendance à s'estomper dans les dernières décennies de l'existence.

Il n'est pas inutile d'en rappeler les quatre stades classiques établis en fonction de leur importance et de leur manifestation:

1) 1er stade : Hémorroïdes congestives non prolabées.

2) 2ème stade : Extériorisation à la poussée, lors des selles, mais rentrée spontanée.

3) 3ème stade : Idem, mais nécessité de refoulement manuel.

### HEMORRHOIDS AMBULATORY TREATMENT

**SUMMARY :** DGHAL (Doppler Guided Hemorrhoid Arterial Ligation) represents a new approach to the treatment of internal hemorrhoids; it entails exact and selective ligation of the arteries supplying the piles (hemorrhoids).

The intervention can be performed on ambulatory patients under local anaesthesia.

An anoscope is used which incorporates a Doppler head. The superior hemorrhoidal arteries are identified under guidance of the arterial Doppler sound and ligated through a window located just above the Doppler head.

The intervention lasts some 30 minutes. Local discomfort can ensue for a few days following surgery. At one month, the time required for the internal haemorrhoids to fade away, the patient is seen again; an external hemorrhoid or residual skintag can then be considered for treatment under local anaesthesia if needed.

As of November 2001 until today, more than 350 patients have been treated, and we report here on 150 of them. Long term data (6 months to 2 years) have been collected which includes 85 to 90% patient satisfaction.

**KEYWORDS :** Internal hemorrhoids - Doppler - Guided hemorrhoidal artery - Artery ligation

4) 4ème stade : Extériorisation permanente, non réductible.

Il existe un nombre impressionnant de traitements médicaux et autres (!) destinés à atténuer ou à mettre un terme à une poussée hémorroïdaire laquelle peut être consécutive à une fatigue, un repas bien arrosé, un long trajet en voiture ou survenir le plus souvent sans cause apparente.

A côté de ces médications, se sont développés un certain nombre de procédés visant à réduire la turgescence des veines hémorroïdales et ses conséquences: douleurs et saignements notamment. On citera, entre autres, les injections sclérosantes, la cryothérapie, la laserthérapie, la diathermie bipolaire, la photocoagulation par infrarouges, les ligatures élastiques.

Lorsque ces procédés frénateurs s'avèrent malgré tout insuffisants, la solution chirurgicale est envisagée (2, 3). Les patients la redoutent car les suites immédiates bien douloureuses ne sont que trop connues. Plusieurs semaines, souvent assez pénibles, devront s'écouler avant qu'enfin une sédation définitive soit obtenue.

Nouvelle venue dans la panoplie des traitements proposés en pathologie hémorroïdaire, la D.G.H.A.L (Doppler Guided Hemorrhoid Artery Ligation) se caractérise par une approche toute différente de cette affection.

On la doit à l'école japonaise, et notamment au groupe de Morinaga, 1994 (4). Au lieu de

(1) Ancien Chef de Service de Chirurgie, Clinique Saint Joseph, Liège

focaliser toute l'attention sur les dilatations veineuses, l'abord est ici proposé au stade artériel qui les précède.

Repérées au Doppler, les artères hémorroïdales supérieures, habituellement au nombre de six, sont électivement ligaturées. Il s'ensuit une réduction le plus souvent spectaculaire des veines hémorroïdales sous-jacentes. La suppléance assurée par les artères hémorroïdales moyennes et inférieures est amplement suffisante au niveau du canal anal : aucune manifestation d'ischémie compromettante ne sera relevée. Dans un faible pourcentage de cas, les veines hémorroïdales continuent d'être alimentées probablement par le réseau latéral dans une mesure bien difficile à quantifier. Le résultat risque d'être moins évident tout au moins dans l'immédiat.

Peu de temps après sa première publication, cette innovation bien particulière de l'abord de la pathologie hémorroïdaire a été testée, puis largement utilisée par différents auteurs et, parmi les premiers, Sohn et al. aux USA (5).

## TECHNIQUE

A partir de novembre 2001, nous avons progressivement adopté ce nouvel abord de la pathologie hémorroïdaire dans le cadre d'une consultation privée extra-hospitalière.

Le déroulement de l'intervention est devenu tout à fait stéréotypé après la première cinquantaine de patients. En effet, lors de la première série de cas, quelques évolutions, fonction de l'expérience acquise, ont été introduites. Ainsi, nous avons abandonné l'anesthésie générale (Dormicum) au profit d'une sédation loco-régionale. Par ailleurs, les ligatures ont été systématiquement limitées au nombre de 6, ligatures simples ou en huit suivant la prise plus ou moins satisfaisante. Nous avons acquis la conviction que la multiplication des ligatures, sans être béné-

fique, rendait les suites plus pénibles. Il nous paraît souhaitable de les placer sur un même niveau et de réaliser ainsi un écran comparable à celui formé par l'agrafage («stapler»).

La préparation est simple:

- patient à jeun de solides et qui a assuré, la veille ou le matin même, l'évacuation rectale soit spontanément, soit à l'aide d'un suppositoire de glycérine. Ni laxatif, ni lavement ne sont suggérés: ils pourraient laisser subsister dans l'ampoule rectale un reliquat de matières liquides gênant pour la procédure.

- la veille, le jour même et le lendemain, prise matin et soir d'un antibiotique (Norfloxacine) qui préviendra une éventuelle complication septique exceptionnelle dans notre expérience.

Le patient est installé en décubitus latéral gauche, genoux fléchis et légère inclinaison de la table (Trendelenbourg).

Au travers d'un long anoscope, un spray de xylocaïne 10% est d'abord vaporisé dans le canal anal et à la partie basse de l'ampoule rectale. Ensuite, une longue et fine aiguille permet l'injection sous-muqueuse de procaïne à 2% (sans adrénaline) aux quatre points cardinaux (en tout 10 cc au maximum) au-dessus de la ligne pectinée, à la limite supérieure du canal anal.

L'appareillage utilisé (fig.1 a et b) se présente comme un long proctoscope de 10 cm de long et de 3 cm de diamètre. Il est équipé d'un capteur d'ultrasons qui permettra le repérage sélectif des artères hémorroïdales supérieures, habituellement au nombre de 6, réparties par quadrant (1-3-5-7-9-11 heures). Au travers d'une fenêtre sise



Fig. 1 a et b : Proctoscope spécial utilisé

en amont du capteur et grâce à un éclairage interne adéquat, un long porte aiguille permettra la mise en place d'une ligature appropriée (fil résorbable 00 et aiguille courbe 5/8).

L'intervention dure en moyenne 30 à 40 minutes. Elle s'achève avec une sensation de gêne transitoire sans doute liée à la présence du proctoscope pendant tout ce temps.

Dans 30 à 40% des cas, subsistera pendant 2 à 3 jours, parfois une semaine, une sensibilité du canal anal rendant la position assise parfois inconfortable.

Habituellement la reprise des selles ne posera guère de problème et sera parfois simplement un peu différée.

Des médications sédatives (paracétamol) seront les bienvenues et prises à la demande durant quelques jours si nécessaire.

La reprise d'activités peut-être envisagée rapidement et en fonction de l'éventuelle composante douloureuse toujours bien difficile à prédire la première semaine, surtout si un geste complémentaire a été effectué (ablation d'une hémorroïde externe, par exemple).

Un mois après la procédure, un rendez-vous est donné au patient qui livrera ses premières constatations et sera à nouveau examiné.

## RÉSULTATS

Fin décembre 2004, nous avons traité 351 patients dont 46% d'hommes et 54% de femmes. Parmi celles-ci, on relève chez 12% l'absence de maternité.

La répartition des âges était la suivante (Tableau I) :

Cette pathologie intéresse, on le voit, tous les âges avec une prédominance entre 40 et 60 ans.

Dans de nombreux dossiers, nous avons retrouvé le symptôme cardinal, à savoir la perte de sang, essentiellement lors des exonérations. Elle est constatée depuis des temps variables, souvent des mois ou des années, et mentionnée comme épisodique (139 fois), fréquente (135

TABLEAU I : RÉPARTITION DES PATIENTS PAR TRANCHES D'ÂGE

- moins de 20 ans	2
- de 20 à 29 ans :	13
- de 30 à 39 ans :	56
- de 40 à 49 ans :	90
- de 50 à 59 ans :	93
- de 60 à 69 ans :	55
- de 70 à 79 ans :	38
- 80 ans ou plus :	4

fois), parfois très importante (13 fois). Extrêmement variable d'un patient à l'autre et chez le même patient, il s'agit parfois de simples traces de sang sur le papier de toilette, d'autres fois d'une coloration rougeâtre et inquiétante de l'eau, avec tous les intermédiaires possibles.

La composante douloureuse, à l'occasion de ou après les selles, est très variable. Gêne transitoire épisodique ou douleur vive, réveillée par le passage des selles, elle fluctue considérablement d'un patient à l'autre, mais aussi chez le même patient. Elle est souvent signalée comme modérée (129 fois), plus importante (64 fois), ou, rarement, intense.

Les autres symptômes rencontrés dans la pathologie hémorroïdaire sont moins spécifiques et plus difficiles à quantifier.

Nous nous sommes plus particulièrement intéressés à l'étude des dossiers des 150 patients consécutifs, traités d'avril 2002 à septembre 2003. Dans le suivi du premier mois, nous avons relevé 14% d'incidents (Tableau II) :

Ultérieurement, un questionnaire fut adressé à ces mêmes 150 patients pour lesquels nous avons un recul de 6 mois à 2 ans. 70% d'entre eux (105) ont bien voulu répondre aux quatre questions posées (Tableau III).

Une constatation s'impose d'emblée : l'efficacité évidente au niveau des pertes de sang. Les autres interrogations appellent des réponses beaucoup plus subjectives; elles sont rapportées ici à titre indicatif.

## DISCUSSION

La technique des ligatures élastiques avait progressivement supplanté la douloureuse cure chirurgicale des hémorroïdes (sauf pour les stades 4). S'exécutant en ambulatoire, elle permettait une réduction satisfaisante et peu douloureuse des hémorroïdes du premier, deuxième et troisième grades. Néanmoins et pour que la procédure soit tolérée, il était dans notre pratique habituelle, difficile de traiter plus d'une hémorroïde par séance. Les séances s'espacant le plus souvent de 15 en 15 jours, la cure complète nécessitait 3 - 4 prestations et parfois plus.

TABLEAU II. INCIDENTS DU PREMIER MOIS POST-OPÉATOIRE (SUR UN TOTAL DE 150 CAS).

- Thrombose veineuse superficielle	4 cas
- Fissure dans les huit premiers jours	5 cas
- Sang dans les urines ( ou sperme)	4 cas
- Hématome abcédé	1 cas
- Prurit anal important	6 cas

TABLEAU III. PLAINTES NOTÉES DANS LES 6 MOIS À 2 ANS  
APRÈS L'INTERVENTION (105 PATIENTS)

	<i>Nulles ou très rares</i>	<i>Épisodiques</i>	<i>Fréquent(e)s</i>
Pertes sanguines	96	8	1
Suintements	94	6	5
Prurit	92	9	4
Douleur	92	10	3

La persistance des bons résultats ne pouvait être garantie à long terme. Souvent, quelques années après, parfois plus tôt, la réapparition de nouvelles dilatations hémorroïdaires nécessitait la reprise de la procédure en fonction des récurrences constatées.

La nouvelle façon d'aborder le traitement des hémorroïdes par repérage et ligature des artères qui les alimentent nous semble à la fois plus efficace et moins coercitive à court et moyen termes. S'adressant aux hémorroïdes des stades 2 et 3, elle règle le problème en une séance, de façon nettement plus décisive, et ce dans 85 à 90% des cas. Le repérage au Doppler des artères hémorroïdales supérieures nous paraît nécessaire : leur exacte localisation varie facilement de quelques degrés d'une personne à l'autre.

Après avoir traité au 31-12-04, 351 patients, nos constatations rejoignent celles des auteurs (6-12) qui ont adopté cette forme de traitement avant nous. Ils sont unanimes, dans l'immédiat, à confirmer le maintien des excellents résultats initiaux.

Il faut remarquer que cette technique s'apparente à la procédure développée notamment par Longo et al. (13-16), c'est-à-dire l'agrafage d'un anneau de muqueuse isolé au dessus de la ligne pectinée. L'efficacité principale, cette dernière technique consiste également à interrompre, mais de façon plus diffuse et peut-être plus complète, la circulation artérielle provenant des artères hémorroïdales supérieures. Accessoirement, la résection de l'anneau de muqueuse n'a d'utilité réelle que si les hémorroïdes sont prolabées (stades 3 et 4). Malgré ses excellents résultats, le coût de l'agrafeuse rend son utilisation prohibitive. Si on ajoute les quelques accidents infectieux (17, 18), rares sans doute mais qui ont pu conduire jusqu'à l'obligation de confectionner un anus iliaque temporaire, on comprend la réticence générale à adopter de façon courante ce type de suture automatique pour la cure hémorroïdaire.

## CONCLUSION

Cet abord nouveau de la pathologie hémorroïdaire courante apparaît séduisant.

Affection très répandue, les hémorroïdes empoisonnent la vie de nombre de patients qui le plus souvent évitent cependant d'en parler comme s'il s'agissait d'une maladie honteuse. Pathologie donc très confidentielle, ses épisodes aigus sont soulagés par des petits moyens transitoirement efficaces, et ainsi supportés. Ils se succèdent néanmoins à une cadence très variable, laissant subsister chaque fois une région anale un peu plus détériorée avec une tendance de plus en plus manifeste à l'extériorisation des complexes hémorroïdaires. La perspective éventuelle du traitement opératoire classique est redoutée tant ce geste a une mauvaise réputation entretenue par ceux qui ont dû la subir.

Aussi, la nouvelle approche du traitement des hémorroïdes dans ses premiers stades paraît bien intéressante: elle est susceptible de mettre un frein décisif à l'évolution de la pathologie sans que la procédure soit trop contraignante.

Evidemment, nous manquons de recul pour affirmer le maintien dans le temps des bons résultats de cette technique. C'est avant tout les hémorroïdes de stade 2, les plus fréquentes, qui nous paraissent bénéficier de façon décisive de cette technique.

Pour les stades plus avancés (3), il pourra être nécessaire de compléter par un ou plusieurs gestes d'exérèse des hémorroïdes qui restent extériorisées et vraiment gênantes. Souvent, l'intervention initiale entraîne une réduction appréciable des hémorroïdes externes, dès lors beaucoup mieux tolérées, surtout si, à leur origine, on place l'une ou l'autre ligature élastique en complément.

Au cas où réapparaîtraient des dilatations veineuses, la reprise du traitement suivant le même schéma pourrait à nouveau être envisagée étant donné sa simplicité et son caractère peu pénible.

Soulignons encore la bonne tolérance des ligatures artérielles et l'absence de complications sérieuses au travers de toutes les séries publiées dans le monde entier. A celles-ci nous ajouterons notre statistique personnelle à l'heure actuelle de plus de 300 patients traités en un peu plus de 3 ans. Nous avons la conviction qu'il s'agit d'une approche nouvelle et pleine de promesses pour le traitement de la pathologie hémorroïdaire dans ses 3 premiers stades.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Sarles JC, Leandri R.— Anatomie chirurgicale de l'anus. Techniques Chirurgicales - Appareil digestif. *Encyclopédie Médicale Chirurgicale*, 40680, **4**, 7-12
2. Milligan ETC, Morgan C, Naughton JLF, Office RR.— Surgical anatomy of the canal anal and the operative treatment of hemorrhoids. *Lancet*, 1937, **2**, 1119-1124
3. Parks AG.— The surgical treatment of hemorrhoids. *Br J Surg*, 1956, **43**, 337-351
4. Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T.— A novel therapy for internal hemorrhoids : ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. *Am J Gastroenterol*, 1995, **90**, 610-613
5. Sohn N, Aronoff JS, Cohen FS, Weinstein MA.— Transanal hemorrhoidal dearterialization is an alternative to operative hemorrhoidectomy. *Am J Surg*, 2001, **182**, 515-519
6. Arnold S, Antonietti S, Rollinger G, Scheyer M.— Doppler guided hemorrhoid artery ligation : a new treatment of hemorrhoids. *Chirurg Spinger Verlag*, 2002, **73**, 269-73
7. Bursics A, Morvay K, Kupcsulik P, Flautner L.— Comparison of early and 1-year follow-up results of conventional hemorrhoidectomy and hemorrhoid artery ligation : a randomised study. *Int J Colorect Dis*, 2003, **384**, 517-519
8. Charua Giundic L, Fonseca Munoz E, Garcia Perez NJ, et al.— Hemorrhoidal desarterialization guided by doppler. A surgical alternative in hemorrhoidal disease management. *Rev Gastroenterol Mex*, 2004, **69**, 83-87
9. Tagariello C, Dal Monte PP, Sarago M.— Doppler-guided transanal hemorrhoidal dearterialization. *Chir Ital*, 2004, **56**, 693-697
10. Narro H.— Hemorrhoid therapy with doppler-guided hemorrhoid artery ligation via proctoscope. *Zentralgl Chir*, 2004, **129**, 208-210
11. Vavra P, Dostalík J, Gunkova P, Matinek L, Gunka I.— Initial experience with Doppler Guided Hemorrhoidal Ligation (DGHAL). *Rozhl Chir*, 2004, **83**, 79-81
12. Shelygin IuA, Titov A Ia, Veselov VV, Kanamator MKh.— Results of ligation of distal branches of the upper rectal artery in chronic hemorrhoid with the assistance of Doppler ultrasonography. *Khirurgiia* (Mosk), 2003, **1**, 39-44
13. Longo A.— *Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse. Suturing device : a new procedure*. Sixth world Congress of Endoscopic Surgery, Rome-Italy. Monduzzi Publishing Co, 1998, 777-84
14. Singer MA, Cintron JR, Fleshman JW et al.— Early experience with stapled hemorrhoidectomy in the United States. *Dis Colon Rect*, 2002, **45**, 360-69
15. Pernice L, Bartalucci B, Bencini L.— Early and late (10 years) experience with circular stapler hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rect*, 2001, **44**, 836-841
16. Gabrielli FR, Chincelli M, Cioffi U, et al.— Day surgery for mucosa hemorrhoidal prolapse using a circular stapler and modified regional anesthesia. *Dis Colon Rec*, 2001, **44**, 842-844
17. Ripetti V, Caricato M, Arullani A.— Rectal perforation, retroperitoneum and pneumomediastinum after stapling procedure for prolapsed hemorrhoids. Report of a case and subsequent considerations. *Dis Colon Rec*, 2002, **45**, 269-270
18. Maw A, Kong Weng E, Seors-Choen F.— Retroperitoneal sepsis complicating stapled hemorrhoidectomy : report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rec*, 2002, **15**, 826-828

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. Lombard, Boulevard Piercot, 20, 4000, Liège