SAVOIR la patho

La maladie hémorroïdaire

Banale en apparence, la crise hémorroïdaire doit amener à consulter, afin d'écarter toute autre pathologie colorectale. La prise en charge s'articule autour de traitements pour soulager la douleur et de règles hygiénodiététiques pour réguler le transit.

La maladie

Physiopathologie

Rappels

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires présentes de façon normale au niveau du canal anal dès la naissance. Elles sont constituées de petites « poches » sanguines associées à un riche réseau de vaisseaux artériels et veineux au sein d'un tissu conjonctif de soutien, de muscles lisses et de ligaments.
Anatomiquement, on distingue :
- les hémorroïdes externes, situées en dessous de la zone pectinée *(voir Dico+ p. 28)*, sous la peau de la marge de l'anus, dont la vascularisation dépend essentiellement de l'artère rectale inférieure ;
- les hémorroïdes internes, dans la partie haute du canal anal, fixées à la paroi en grappes réparties en trois ou quatre paquets, essentiellement vascularisées par l'artère rectale supérieure.
Physiologiquement, les hémorroïdes participent à la continence fine du canal anal, qui empêche la fuite de gaz et de selles liquides au repos et lors d'efforts abdominaux hors défécation.

Pathogénie

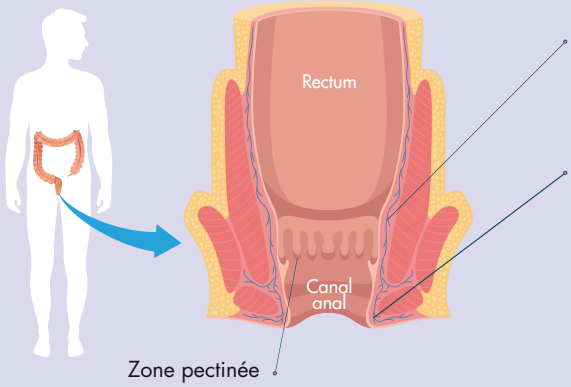
La maladie hémorroïdaire, couramment mais improprement nommée « hémorroïdes », est l'ensemble des troubles et des symptômes occasionnés par une anomalie de ces formations vasculaires.
La physiopathologie n'est pas exactement connue, mais elle impliquerait différents facteurs pouvant expliquer les manifestations de la maladie :
- des facteurs mécaniques, avec une destruction des tissus conjonctifs et musculaires à l'origine d'une hyperlaxité (élasticité excessive) des tissus de soutien affectant l'ancrage des hémorroïdes à la paroi du canal anal ;
- des facteurs vasculaires, avec un déséquilibre des flux, une augmentation du volume et une distension des plexus artérioveineux *(voir Dico+ p. 28)*.
La maladie hémorroïdaire est fréquente, mais sa prévalence est difficilement appréciable car elle n'est pas systématiquement prise en charge médicalement (fréquente automédication). On estime qu'un adulte sur trois en a déjà souffert. Elle touche plus particulièrement les femmes enceintes et les adultes, quel que soit le sexe, après 40 ans. Elle est rare chez l'enfant *(lire Info+ p. 28)*.-

Facteurs déclenchants et favorisants

Comme les causes de la maladie, les facteurs favorisants restent discutés. Les mieux documentés sont :
- les troubles du transit. La constipation est le plus souvent en cause, en raison notamment des efforts de poussée (augmentant la pression dans les vaisseaux sanguins hémorroïdaires), mais la diarrhée, irritante, est également un facteur de risque et d'aggravation ;
- la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Environ une femme sur trois souffre d'hémorroïdes durant sa grossesse, 20 % en post-partum immédiat. Elles seraient notamment liées à la compression vasculaire

Les hémorroïdes

1 La maladie hémorroïdaire touche des formations vasculaires anales internes et externes normalement présentes dans le canal anal.



Repères

Les hémorroïdes internes sont situées au-dessus de la zone pectinée, vascularisées par l'artère rectale supérieure.

Les hémorroïdes externes sont situées à la marge de l'anus, vascularisées par l'artère rectale inférieure.

Elles participent à la continence anale.

En chiffres

1 adulte sur 3 en aurait déjà souffert au cours de sa vie. Fréquence augmentée après 40 ans.
1 femme enceinte sur 3 en souffre et **20 %** après l'accouchement.

Source : Ameli

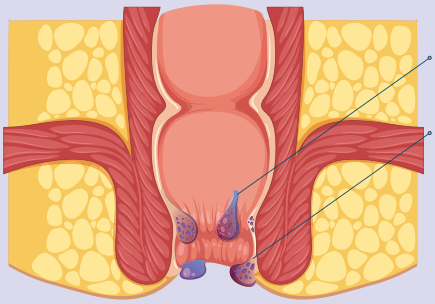
2 Les anomalies surviennent sous l'effet de facteurs vasculaires et mécaniques.

Destruction de tissus musculaires et conjonctifs :
- hyperlaxité des tissus de soutien ;
- prolapsus (descente des hémorroïdes internes).

Déséquilibre des flux vasculaires :
- congestion et augmentation de volume des plexus hémorroïdaires.

Formation éventuelle de caillots :
- thrombose hémorroïdaire.

Principaux facteurs de risque
- Troubles du transit (constipation, diarrhées)
- Grossesse, post-partum



3 Les symptômes de la crise hémorroïdaire sont atypiques et diversement associés.



Gêne ou douleur anale, vive en cas de thrombose



Rectorragies indolores



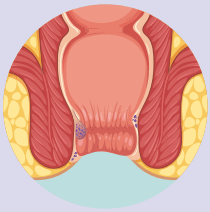
Prurit



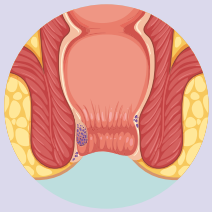
Prolapsus (extériorisation) des hémorroïdes

Aucun symptôme n'étant spécifique, un diagnostic médical est nécessaire pour éliminer d'autres causes.

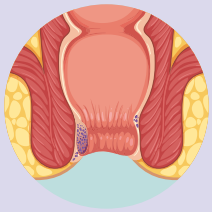
4 Quatre grades sont décrits selon le degré de prolapsus des hémorroïdes internes.



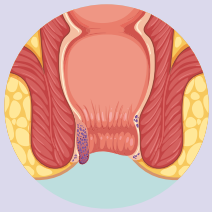
Grade 1
Hémorroïde congestive, prolapsus visible dans l'anuscope



Grade 2
Prolapsus lors de la défécation, réintégration spontanée



Grade 3
Prolapsus lors de la défécation, réintégration manuelle



Grade 4
Prolapsus permanent, réintégration manuelle impossible

© Conception : Anne Gaëlle Harlaut – Réalisation : Farida Marouf/iStock



Dico+

> Zone pectinée : zone de transition entre l'ampoule rectale et le canal anal.

> Plexus artérioveineux : réseau de petits vaisseaux artériels et veineux réunis entre eux de façon complexe.

> Sphacèle : nécrose d'un tissu qui s'élimine par fragments.



Info+

> La maladie hémorroïdaire chez l'enfant est rare mais possible. Une évaluation médicale par examen clinique doit être systématique, notamment pour éliminer le diagnostic différentiel de fissure anale.

exercée par l'utérus, les modifications hormonales qui peuvent favoriser le relâchement des tissus de soutien, la constipation fréquente et les efforts de poussée durant l'accouchement.
D'autres facteurs sont avancés : les activités physiques qui contraignent au port de charges lourdes, le stress, la sédentarité, les laxatifs irritants, le surpoids et l'obésité, un terrain familial, la prise d'alcool.
La consommation d'épices, notamment de piment, est le facteur de risque le plus communément admis par les patients, mais les rares études disponibles montrent des résultats contradictoires : si un lien existe, il est inconstant d'un patient à l'autre et ne constitue probablement pas un facteur de risque majeur.

Signes cliniques

Les anomalies vasculaires et mécaniques expliquent les symptômes de la maladie, qui surviennent de façon aiguë sous forme de crise et sont plus ou moins associés et d'intensité variable selon les individualités.
> Les « hémorroïdes internes » se manifestent typiquement par :
- **des rectorragies,** indolores (au contraire des fissures anales) avec émission de sang rouge plus ou moins abondant lors de la défécation (le sang éclabousse classiquement la cuvette des toilettes après la selle ou se retrouve sur le papier lors de l'essuyage), lors de l'émission de gaz ou lors du passage en position accroupie (sang retrouvé dans le sous-vêtement) ;
- **un prolapsus,** qui correspond à la procidence (« descente ») des hémorroïdes internes en dessous de la ligne pectinée et à leur extériorisation par l'orifice anal. Il apparaît de façon intermittente lors de la défécation ou d'un effort (avec réintégration manuelle ou de façon spontanée dans le canal anal) ou de façon permanente (sans réintégration possible) ;
- **une douleur**, qui peut se traduire par une gêne avec sensation de gonflement et de pesanteur au niveau de l'anus liée à la congestion des plexus vasculaires et généralement aggravées à la défécation. Elle peut être plus intense, notamment en cas de thrombose des hémorroïdes (formation de caillot), qui peuvent rester à l'intérieur du canal rectal ou, le plus souvent, s'extérioriser sans réintégration possible. La thrombose interne non extériorisée se manifeste par une douleur anale intense avec une marge anale normale et, si le toucher anal est possible, la perception d'un relief douloureux « en grain de plomb ». Lorsqu'elle est extériorisée, elle apparaît comme une tuméfaction œdémateuse, de couleur violet noir, localisée ou circulaire (plusieurs caillots). La douleur peut alors être permanente, vive, irradiante et un suintement local sérosanglant est fréquent ;
- **le prurit,** généralement dû aux suintements sérosanglants, voire aux souillures fécales plus particulièrement associées à un prolapsus permanent.

> Les « hémorroïdes externes », dues à la présence de caillots, se manifestent par une thrombose externe à la marge de l'anus, avec tuméfaction indurée bleutée, le plus souvent douloureuse et parfois œdémateuse, unique ou multiple. Cette dénomination d'hémorroïde externe, courante en France, n'est pas reconnue dans les recommandations européennes (qui classent tous les cas en « hémorroïdes internes »).

Évolution et complications

La majorité des crises hémorroïdaires sont spontanément résolutives en quelques jours, mais elles ont tendance à récidiver.
En cas de thrombose hémorroïdaire, l'évolution se fait généralement sur 2 à 3 semaines (parfois 2 à 3 mois), le caillot se résorbant progressivement ou, plus rarement, évoluant vers le sphacèle *(voir Dico+)* avec saignement spontané. Des séquelles sont possibles, des replis cutanés (marisques) résiduels pouvant persister, plus ou moins volumineux, parfois responsables d'une gêne à l'essuyage, de prurit, de gonflements intermittents, notamment en période prémenstruelle chez la femme. À noter qu'en cas de thrombose hémorroïdaire, le caillot ne migrant pas, il n'y a pas de risque de thromboembolie. Si les crises se répètent et si la maladie hémorroïdaire évolue sur plusieurs années, des symptômes peuvent devenir chroniques : sensation de gonflement et faux besoins de se rendre à la selle, prolapsus permanent, saignements, suintements mucoglaireux et prurit anal…
Une anémie ferriprive est possible en cas de saignements répétés.

Diagnostic

- **Aucun des symptômes** de la maladie hémorroïdaire n'étant spécifique, l'examen clinique doit être systématique pour écarter

d'autres causes : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), fissure anale, cancer colorectal, infections sexuellement transmissibles…
L'examen proctologique comprend l'inspection de la marge anale et un toucher anal puis rectal en position de décubitus latéral gauche ou genu pectorale (à genoux, torse incliné vers l'avant, poitrine au contact de la table d'examen). L'anuscopie, grâce à un appareil éclairé introduit dans le canal anal, permet de visualiser les plexus hémorroïdaires, d'établir un diagnostic positif le cas échéant et d'apprécier l'importance du prolapsus.

- **La classification** anatomique de Goligher est la plus couramment utilisée pour différentier différents grades de la maladie hémorroïdaire interne, selon l'importance du prolapsus, et orienter sa prise en charge *(voir le tableau ci-contre)*.

Classification de Goligher : les grades de la maladie hémorroïdaire

Présentation anatomique	Présentation clinique
Grade I	Hémorroïdes proéminentes dans l'anuscope.
Grade II	Hémorroïdes se prolabant lors de la défécation et se réintégrant spontanément après le passage à la selle.
Grade III	Hémorroïdes se prolabant lors de la défécation nécessitant une réintégration manuelle.
Grade IV	Hémorroïdes prolabées en permanence ne pouvant pas se réintégrer manuellement.

Le traitement

Objectifs et stratégie

Quand le diagnostic est posé, l'objectif du traitement est de soulager les symptômes et, autant que possible, de limiter les récidives.

L'approche médicale, toujours en première intention

- **Les règles hygiénodiététiques,** visant notamment la régularisation du transit, sont proposées systématiquement durant la crise pour améliorer la consistance des selles, réguler leur fréquence, faciliter leur évacuation, limiter la douleur et les saignements. La lutte contre la constipation, ou plus rarement la diarrhée, est la seule mesure ayant montré un intérêt dans la prévention des récidives : elle est une priorité et doit être maintenue au long cours. Si besoin, des laxatifs doux ou ralentisseurs du transit peuvent venir en complément.
- **Les topiques** sont également proposées systématiquement, à court terme. Il n'y a pas d'études démontrant la supériorité d'efficacité des différents topiques et de leurs composants, mais les topiques à base de corticoïdes sont davantage indiqués en cas de thrombose œdémateuse, et ceux contenant un anesthésique local en cas de douleurs. Ils n'ont pas montré d'action préventive.
- **Les antalgiques et anti-inflammatoires** (anti-inflammatoires non stéroïdiens – AINS – ou corticoïdes) *per os* sont prescrits en cas de douleurs, notamment liées à la thrombose.
- **Les phlébotropes** par voie orale, agissant sur les facteurs vasculaires de la maladie hémorroïdaire, ont montré un bénéfice contre les rectorragies. Ils sont proposés en cure courte, notamment en cas de thrombose et/ou de saignements. Leur bénéfice sur le long terme n'a pas été démontré.

Il n'y a pas de preuve de l'intérêt de l'association des différents traitements médicaux, mais, en pratique, la coprescription est courante.

L'intervention, seulement en cas d'échec

Des traitements instrumentaux ou chirurgicaux peuvent être proposés en cas d'échec des traitements médicaux. Le choix de la technique est orienté par le grade anatomique de la maladie, mais il doit aussi être discuté avec le patient après l'avoir informé des différentes options, de leur efficacité, de leur innocuité et du temps de récupération. Ces interventions peuvent être réalisées chez les patients atteints de MICI, en l'absence de signe d'activité de la maladie, et après interruption du traitement anticoagulant chez les patients souffrant de troubles de la coagulation.

- **À noter :** les injections sclérosantes ne sont plus pratiquées en France.

Le traitement médical

Règles hygiénodiététiques

Les mesures de lutte contre la constipation ou la diarrhée font partie intégrante du traitement et doivent être mises en place de façon curative, mais aussi préventive au long cours. Elles englobent, si besoin,

des conseils sur l'alimentation, l'hydratation, l'activité physique et des mesures positionnelles pour faciliter l'évacuation des selles *(voir Conseils aux patients p. 34)*.

Topiques

Certains sont des médicaments *(voir Tableau page ci-contre)*, d'autres des dispositifs médicaux (Circulymphe Complexe H Crème et suppositoire, Neo-Fitoroïd Pommade, Biogaran Conseil Crème hémorroïde, Cicatridine Suppositoire à l'acide hyaluronique…).

■ **Composants et mode d'action.** Lubrifiants, filmogènes et mucoprotecteurs (vaseline, beurre de karité, carraghénate – extrait d'algues rhodophycées donnant un mucilage en milieu humide, acide hyaluronique…), assainissants (dioxyde de titane, oxyde de zinc), anesthésique local (lidocaïne, pramocaïne, benzocaïne…), anti-inflammatoire (fluocortolone, prednisolone, enoxolone…), antiseptique (bromure de dodéclonium), phlébotrope (esculoside, fragon, hélichryse, petit houx, marronnier d'Inde…), cicatrisants et apaisants (aloe vera, acide hyaluronique…).

■ **Formes.** Ils sont disponibles sous forme de crèmes, gels, pommades et suppositoires.

> Effets indésirables : possibles réactions au site d'application (prurit, irritation, brûlure, rash…) et réactions allergiques (notamment pour les anesthésiques locaux et la lanoline).

> Contre-indications : les références à base de cortisone ne sont pas indiquées en cas de maladies anales d'origine bactérienne, mycosique, virale ou parasitaire, en l'absence de traitements anti-infectieux concomitants.

■ **Remboursement.** Ces produits ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie.

Phlébotropes

On les retrouve dans des médicaments *(voir le tableau p. 33)* ou en compléments alimentaires (solution buvable Histo-Fluine P, comprimés et sticks à boire Circulymphe complexe H, Néofitoroïd gélules…).

■ **Principes actifs.** Plantes ou actifs d'origine végétale (vigne rouge, hamamélis, marronnier d'Inde, fragon, ginkgo biloba, esculoside, rutosides…) et/ou molécules de synthèse (diosmine, troxérutine, heptaminol…).

> Contre-indications : l'heptaminol est contre-indiqué en cas d'hyperthyroïdie et en association aux inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO), le moclobémide et l'isoniazide exposant à un risque de poussées hypertensives. Le mélilot ne doit pas être utilisé chez les patients ayant des troubles hépatiques, sous traitement par anticoagulants ou sous interféron ß (interférences rapportées). Les références contenant de l'acide ascorbique ne doivent pas être utilisées en cas de troubles du stockage du fer (thalassémie, hémochromatose…).

> Précautions d'emploi : l'heptaminol, vasoactif, doit être évité en cas d'hypertension mal équilibrée. Le ginkgo biloba, qui a des effets antiagrégants plaquettaires, doit être évité chez les personnes sous anticoagulants, acide acétylsalicylique ou AINS et arrêté 3 à 4 jours avant une intervention chirurgicale (augmentation du risque de saignement) ; il doit être utilisé avec prudence chez les personnes épileptiques (risque d'apparition de crises supplémentaires). Son action sur le cytochrome P450 et les P-glycoprotéines est à prendre en compte en cas d'association à la nifédipine (augmentation de l'effet) et est déconseillé en association à l'éfavirenz (risque de diminution d'effet). La présence d'acide ascorbique dans certaines spécialités doit être prise en compte s'il était associé à la déféroxamine et au défériprone (risque de troubles cardiaques).

■ **Remboursement.** Ces produits ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie.

Régulateurs du transit

■ **Laxatifs oraux doux.** Ils retiennent l'eau dans la lumière intestinale pour augmenter le volume et améliorer la consistance des selles. Les laxatifs de lest (psyllium, gomme guar, pectines de fruit…) agissent après un délai moyen de 2 à 3 jours, les laxatifs osmotiques (polyols : lactitol, lactulose, sorbitol ; polyéthylène glycol (PEG) : macrogols) en 1 ou 2 jours.

> Effets indésirables : ils peuvent induire des ballonnements et douleurs abdominales, en particulier les polyols fermentés par la flore colique.

> Contre-indications : les laxatifs osmotiques ne doivent pas être utilisés en cas de maladie inflammatoire sévère de l'intestin (MICI), de suspicion d'occlusion intestinale, de risque de perforation digestive. Le sorbitol est, de plus, contre-indiqué en cas d'obstruction des voies biliaires et ne doit pas être utilisé en association aux résines de polystyrène sulfosodique ou sulfocalcique (Kayexalate, ResiKali) en raison d'un risque de nécrose colique potentiellement mortelle.

■ **Les laxatifs locaux** en suppositoires, lavements ou microlavements sont déconseillés en cas de manifestation hémorroïdaire aiguë.

■ **Les antidiarrhéiques.** Les ralentisseurs du transit (lopéramide) réduisent les contractions de l'intestin et diminuent la fréquence des selles. Le racécadotril diminue l'hypersécrétion d'eau dans la lumière intestinale.
> Précautions d'emploi : à utiliser, hors contre-indications, uniquement ponctuellement en cas de diarrhée persistante malgré un régime alimentaire adapté. Le lopéramide est contre-indiqué en cas de diarrhée présumée d'origine bactérienne. Le racécadotril ne doit pas être utilisé en cas d'antécédents d'angio-œdèmes ou en association à des traitements favorisant ce risque (IEC, gliptines…).
■ **Les adsorbants intestinaux type diosmectite,** d'action plus modeste, peuvent être utilisés à distance des autres traitements oraux, mais ne sont pas recommandés durant la grossesse et l'allaitement en raison de la présence de plomb.

Antalgiques et AINS

Les AINS (ibuprofène, kétoprofène…) sont efficaces pour lutter contre l'inflammation et la douleur de la crise hémorroïdaire,

Principaux médicaments topiques utilisés dans la crise hémorroïdaire

Spécialités	Composition	Posologies
Topiques sans anesthésique ni corticoïde		
Titanoréïne crème et suppositoire	Carraghénates + dioxyde de titane + oxyde de zinc	**Crème :** une application matin et soir et après chaque selle sans dépasser 4 applications par jour, 7 jours maximum. Canule fournie déconseillée *(voir Conseils aux patients)*. **Suppositoire :** 1 à 2 par jour, 7 jours maximum. Réservé à l'adulte.
Avenoc pommade et suppositoire	Vaseline ou glycérides + complexe homéopathique	**Pommade :** 3 à 4 applications par jour en couche mince. **Suppositoire :** 1 matin et soir. 7 jours maximum.
Topiques avec anesthésique local		
Titanoréïne à la lidocaïne 2 % crème	Carraghénates + dioxyde de titane + oxyde de zinc + lidocaïne	1 application (0,5 à 2 g) renouvelable si besoin avec un intervalle de 3 heures minimum. À partir de 6 ans (avis médical nécessaire chez l'enfant). Maximum 7 jours
Tronothane 1 % gel **Pramocaïne chlorhydrate 1 % Arrow Conseil** gel **Pramocaïne chlorhydrate 1 % Biogaran Conseil** gel **Cemaukor 1 %** gel	Chlorhydate de pramocaïne	1 application locale matin et soir. Traitement de courte durée.
Sedorrhoïde crème et suppositoire	Bromure de dodéclonium, esculoside, enoxolone, benzocaïne	**Crème :** 2 à 3 applications par jour. Canule fournie déconseillée *(voir Conseils aux patients)*. **Suppositoire :** 2 à 3 suppositoires par jour. Maximum 7 jours. Avis médical nécessaire chez l'enfant.
Topique avec anesthésique local et corticoïde		
Deliproct pommade et suppositoire	Prednisolone + chlorhydrate de cinchocaïne	**Pommade :** 1 à 2 applications par jour en couche mince (3 ou 4 applications le 1er jour en cas de crise aiguë). Canule fournie déconseillée *(voir Conseils aux patients)*. **Suppositoire :** 1 par jour (2 à 3 le 1er jour si crise aiguë). Traitement de courte durée.
Ultraproct pommade et suppositoire	Fluocortolone + chlorhydrate de cinchocaïne	

notamment en cas de thrombose. Les corticoïdes oraux pouvant être prescrits en cas de contre-indications aux AINS et/ou en cas d'œdème important. Les antalgiques périphériques voire centraux sont utilisés lorsque la douleur n'est pas suffisamment contrôlée, éventuellement associés aux AINS.

Les traitements instrumentaux

Thrombose hémorroïdaire externe

L'incision (ouverture et curetage de la thrombose pour évacuer le caillot) ou l'excision (exérèse du sac thrombotique et du caillot) peuvent être pratiquées en ambulatoire, sous anesthésie locale. La cicatrisation est obtenue en 2 à 3 jours, laissant une plaie minime.

- **Indications.** Le geste peut être indiqué si la thrombose externe est très douloureuse, unique et non œdémateuse et/ou pour éviter la formation de marisques au niveau de la marge anale.

Hémorroïdes internes

Des moyens physiques ou chimiques permettent, en détruisant des tissus au sommet des plexus hémorroïdaires internes, de créer une fibrose cicatricielle, qui va à la fois fixer la muqueuse anale aux muscles sous-jacents (renforcement du tissu de soutien), obturer le réseau vasculaire sous-muqueux (dévascularisation) et, pour la ligature élastique uniquement, « remonter » le plexus prolabé. Ces techniques sont pratiquées au cabinet, sans anesthésie.

- **Indications.** Échec du traitement médical d'une maladie hémorroïdaire des grades I à III localisé. Plusieurs techniques existent, mais deux sont à retenir :

> ***La photocoagulation infrarouge*** utilise un procédé thermique qui transforme les rayonnements infrarouges en chaleur. Appliquée en plusieurs points du plexus hémorroïdaire, elle provoque une brûlure circulaire dont la cicatrisation (en 3 semaines en moyenne) induit la fibrose. Elle est notamment indiquée en cas de rectorragies des hémorroïdes de grades I et II, à raison de deux à quatre séances en général, espacées d'un mois.

- **Principaux effets indésirables :** gêne transitoire, douleurs modérées, rectorragies et suintements sérosanglants pendant environ 10 jours.

> ***La ligature élastique*** consiste à placer un élastique à la base d'un paquet hémorroïdaire. Les tissus ainsi ligaturés se nécrosent, le sphacèle est éliminé et la cicatrisation se fait en 2 à 3 semaines. Cette technique est particulièrement recommandée en cas de rectorragie et

› Prise en charge chez la femme enceinte

Les poussées hémorroïdaires, le plus souvent des thromboses internes extériorisées et externes, peuvent être prévenues par la régularisation du transit. En cas de crise, outre les mesures hygiénodiététiques et si besoin un laxatif, le Centre de références sur les agents tératogènes (Crat) admet l'utilisation d'un traitement local et/ou oral, quel que soit le terme de la grossesse, en privilégiant les spécialités pour lesquelles on dispose d'un bon recul d'usage en cours de grossesse.

> **Topiques :** sans anesthésique ni corticoïde (Titanoréine), avec anesthésique local (Titanoréine à la lidocaïne, Tronothane) ou avec anesthésique et corticoïde (Deliproct, Ultraproct).

> **Veinotoniques :** Diosmine (Daflon, Diovénor, Eudion, Médiveine, Xuveniol), hespéridine (Daflon, Eudion, Cyclo 3 Fort), troxérutine (Rhéoflux, Veinamitol), rutoside (Esberiven Fort, Veliten).

> **Le paracétamol** peut être utilisé mais les AINS sont déconseillés durant les premiers mois de grossesse et formellement contre-indiqués à partir du début du 6e mois. En cas de thrombose, des corticoïdes par voie orale peuvent être prescrits.

> **Pendant l'allaitement,** les mêmes traitements peuvent être utilisés et les AINS ne sont pas contre-indiqués.

Principaux médicaments phlébotropes utilisés dans la crise hémorroïdaire

Spécialités	Composition	Posologie dans la crise hémorroïdaire
Daflon 500 et **1 000 mg** cp **Eudion 500 mg** cp **Flavonoïdes 500 mg Viatris Conseil** cp **Flavonoïdes 500 mg Zentiva Conseil** cp	Fraction flavonoïque purifiée micronisée (Diosmine + hespéridine)	1 000 mg 3 fois par jour les 4 premiers jours, puis 1 000 mg 2 fois par jour pendant 3 jours.
Diovenor 600 mg cp et génériques (Diosmine 600 mg, Mediveine 600 mg...) **Diosmine 600 mg Conseil Arrow** cp	Diosmine	1 comprimé 2 à 3 fois par jour.
Xuveniol 500 mg cp		2 comprimés 3 fois par jour pendant 4 jours, puis 2 comprimés 2 fois par jour pendant 3 jours.
Rhéoflux 3 500 mg pdre p. sol. buv. en sachet et ampoule **Veinamitol 3 500 mg** pdre p.sol. buv. en sachet et ampoule	Troxérutine	1 sachet ou 1 ampoule par jour, dans un verre d'eau, à prendre de préférence au cours des repas.
Veliten cp	Acide ascorbique + alpha-tocophérol + rutine	2 comprimés 3 fois par jour pendant 7 jours.
Histofluine P sol. buv.	Anémone + bourse à Pasteur + esculoside + hamamélis + marron d'Inde	30 gouttes (1 ml) à 60 gouttes 2 ou 3 fois par jour dans un peu d'eau.
Ginkor Fort gél.	Ginkgo biloba + heptaminol + troxérutine	3 à 4 gélules réparties au cours des repas pendant 7 jours.
Cyclo 3 Fort gél.	Ruscus + acide ascorbique + hespéridine	4 à 5 gélules par jour pendant 7 jours.
Esberiven Fort cp	Coumarine + mélilot + rutoside	1 comprimé matin et soir.

de prolapsus modéré ou limité à un seul paquet d'hémorroïdes internes ou en cas d'échec de la photocoagulation. Plusieurs séances peuvent être nécessaires, espacées d'au moins 1 mois.

- **Principaux effets indésirables :** douleurs, rectorragies.
- **Complications** (1 à 5 % des cas) : abcès local, thrombose hémorroïdaire, dysurie, rares hémorragies et infections sévères.

> Les injections sclérosantes, qui apparaissent toujours dans les recommandations européennes, ne sont plus pratiquées en France. Le seul médicament ayant une autorisation dans cette indication (chlorhydrate double de quinine urée : Kinuréa-H) n'est plus disponible. De meilleurs résultats avec des effets indésirables moindres sont par ailleurs obtenus avec la photocoagulation infrarouge.

Efficacité à court et long terme

Ces techniques montrent une amélioration ou une disparition des symptômes dans 70 à 90 % des cas, mais seule la ligature élastique montre un maintien de ce bénéfice à trois ans. L'efficacité de la photocoagulation chute à 40 % après un an.

Les traitements chirurgicaux

Après échec des traitements médicaux et instrumentaux, ou d'emblée en cas de maladie hémorroïdaire interne de grade III circulaire (plusieurs paquets hémorroïdaires atteints), de stade IV ou de complications aiguës (plusieurs thromboses très douloureuses), les traitements chirurgicaux sont proposés. L'hémorroïdectomie est la technique de référence. C'est la seule qui soit définitive, mais les suites

opératoires sont plus contraignantes que les techniques « mini-invasives » dont l'efficacité est comparable, même si elles impliquent un risque de récidive. Les traitements chirurgicaux sont aujourd'hui souvent proposés en deuxième intention, après les traitement instrumentaux, sauf en cas de prolapsus hémorroïdaire permanent (maladie de grade IV) sur lequel ils sont plus efficaces.

> L'hémorroïdectomie pédiculaire consiste à sectionner le tissu hémorroïdaire au niveau de son pédicule (vaisseau alimentant l'hémorroïde), les plaies pouvant être suturées ou non. Les suites opératoires sont douloureuses, avec soins pluriquotidiens et arrêt d'activité de 2 à 3 semaines.

- **Complications :** risque de fécalome, de rétention urinaire, de suppurations, de marisques, d'hémorragie, voire exceptionnellement de gangrène de Fournier (fasciite nécrosante).
- **Séquelles possibles :** sténose anale, incontinence anale, suintement anal.

> L'hémorroïdopexie ou « anopexie » circulaire consiste à sectionner un anneau de muqueuse au sommet des hémorroïdes, puis à suturer la zone par des agrafes permettant ainsi de retendre la muqueuse et de « remonter » l'hémorroïde (tel un lifting). La douleur postopératoire est moindre que celle liée à l'hémorroïdectomie pédiculaire.

- **Complications.** Elles sont identiques à celles de l'hémorroïdectomie, mais s'y ajoutent des complications spécifiques exceptionnelles : perforation rectale, hématome périrectal nécessitant une réintervention en urgence. Elle est de moins en moins réalisée au profit de la technique suivante.

> La ligature des artères hémorroïdaires guidée par doppler (DGHAL) associée ou non à une mucopexie constitue une alternative bien évaluée. Elle consiste à ligaturer les artères qui alimentent les hémorroïdes (pour diminuer leur taille) et, en parallèle, à remonter et à fixer le plexus hémorroïdaire (mucopexie qui réduit le prolapsus).

- **Complications :** saignements, douleurs, thrombose, dysurie. Les complications tardives (thrombose, fissure anale) sont très rares.

> Autres techniques « mini-invasives » : récentes et bien que moins évaluées, d'autres techniques sont également utilisées avec de bons résultats comme l'hémorroïdoplastie au laser ou l'utilisation d'une sonde de radiofréquence, qui sclérosent le réseau vasculaire local.

Les conseils aux patients

Mesures hygiénodiététiques

Les conseils destinés à réguler le transit durant la crise et au long cours faisant partie intégrante de la prise en charge, ils doivent être rappelés systématiquement.

En cas de tendance à la constipation

- **Adopter de bons réflexes défécatoires.** Se présenter à la selle à horaires réguliers, de préférence après un repas pour profiter du réflexe gastrocolique postprandial, choisir un moment tranquille, prendre son temps sans toutefois rester trop longtemps en position. Pour favoriser la défécation, relever la hauteur des genoux avec un petit tabouret sous les pieds.
- **Adapter son alimentation.** Augmenter l'apport en fibres : consommer davantage de fruits frais, légumes verts, légumes secs (lentilles, pois cassés…), fruits oléagineux (amandes, noix…), céréales complètes ou semi-complètes (qui génèrent moins de ballonnements) en privilégiant les fibres solubles, notamment présentes dans l'orge, les pruneaux, les pommes, les agrumes, les courgettes… Sur le long terme, augmenter les fibres progressivement, sur plusieurs semaines pour limiter le risque de ballonnements, en atteignant un minimum de 15 g et jusqu'à 40 g par jour.

Augmenter les apports hydriques si besoin : au moins 1,5 litre de liquides par jour, en privilégiant les eaux riches en magnésium (Rozana, Badoit, Hépar, Contrex…)

- **Bouger plus.** Réduire les temps de sédentarité, pratiquer une activité physique régulière, quotidienne (marcher, monter les escaliers, bricoler…) et, si possible, sportive ou de loisir selon ses possibilités, plusieurs fois par semaine.
- **Arrêter si possible les médicaments qui peuvent constiper,** sur avis médical (opioïdes, antiacides, fer…).

En cas de diarrhée

- **Alimentation.** Boire en abondance pour compenser les pertes en eau et en élec-

› Avis de spé

« Tout saignement par la marge anale, notamment après 40 ans, doit pousser à consulter »



Dr Thierry Higuero,
gastro-entérologue et proctologue médico-chirurgical, président de la Commission proctologie de la Société française d'hépato-gastro-entérologie libérale (SFHGL) et membre du conseil d'administration de l'Association française de formation médicale continue en hépato-gastro-entérologie (FMC-HGE).

Quels sont les points de vigilance face à une plainte pour hémorroïdes en officine ?
En cas de douleurs et de saignements au niveau de l'anus, les gens ont tendance à penser qu'il s'agit systématiquement d'hémorroïdes, et des traitements sont délivrés sans que ce diagnostic ne soit vérifié. Or, si l'automédication est possible, elle doit être raisonnée et limitée par la présence de signaux d'alerte. Tout saignement par la marge anale, notamment après 40 ans et en cas d'antécédents familiaux, doit pousser à consulter pour ne pas méconnaître un cancer colorectal ou un cancer anal. Ce dernier est fréquent, chez la femme âgée en particulier, et trop souvent découvert de façon tardive. Une douleur intense, insomniante et progressivement croissante évoque jusqu'à preuve du contraire un abcès : la prise en charge et l'examen doivent être conseillés en urgence et la prise d'anti-inflammatoires, potentiellement catastrophique dans ce cas, doit être évitée.

Pourquoi les gastro-entérologues recommandent souvent de ne pas utiliser les canules fournies avec certains topiques ?
Certaines personnes savent introduire doucement une canule rectale comme on le ferait pour un lavement, mais si l'on est malhabile en cas de congestion hémorroïdaire importante, on risque d'embrocher l'hémorroïde et même d'injecter le produit par voie sous-muqueuse. On préconise donc de ne pas utiliser la canule afin de réduire ces risques à zéro. D'autant plus que la canule n'a pas réellement d'intérêt : on peut utiliser des suppositoires en cas d'hémorroïdes internes qui, une fois fondus, ont le même effet que la crème ou la pommade.

Est-ce utile d'enrober les suppositoires de topique antihémorroïdaire pour faciliter leur administration ?
Oui, c'est utile pour faciliter le glissement du suppositoire, mais le frein peut être économique car se procurer les deux produits, non remboursables, représente aujourd'hui une somme considérable pour certains patients. Généralement, ils utilisent un topique en cas d'hémorroïde externe ou des suppositoires en cas d'hémorroïde interne. Pour faciliter le glissement des suppositoires, on peut aussi conseiller d'humidifier le suppositoire ou d'utiliser une autre crème compatible avec cet usage, type Cicalfate, ou encore un lubrifiant à l'eau sans parfum que nombre de patients ont déjà chez eux.

trolytes. Alléger et fractionner les repas, limiter les aliments riches en fibres, gras (charcuterie, crème fraîche, fritures…) et les produits lactés, au profit de ceux pauvres en résidus : riz blanc, pommes de terre, pâtes, semoule, carottes cuites, viandes maigres, bananes, coings en compote…

■ **Limiter** la consommation d'alcool, de tabac, de café. La recherche et la prise en charge d'une cause sous-jacente à la diarrhée comme un syndrome de l'intestin irritable (MICI) doivent être conseillées.

À propos des traitements

Topiques antihémorroïdaires

> ***Hémorroïdes externes :*** appliquer le topique au bout du doigt, éventuellement à l'aide d'un doigtier jetable, sur la marge anale.

> ***Hémorroïdes internes :*** utiliser un suppositoire ou appliquer les topiques avec le doigt enduit de crème à l'intérieur du canal anal. L'application manuelle est préférable à l'utilisation de la canule, qui comporte ▶


© iStock

En savoir+

> Site de la FMC-HGE

Le site de l'Association française de formation médicale continue en hépato-gastro-entérologie met à disposition des publications sur la prise en charge des hémorroïdes : fmcgastro.org. La rubrique POST'U propose notamment une synthèse en français des recommandations européennes de 2021.

des risques de blessures. L'introduction des suppositoires peut être plus facile et moins douloureuse en les enduisant d'un peu de topique *(lire l'Avis du spé p. 35)*.

■ **L'utilisation des topiques** doit être courte, généralement limitée à 7 à 12 jours : ils n'ont pas d'effet préventif et leur utilisation prolongée expose à un risque d'effets indésirables locaux, voire généraux (nerveux, cardiovasculaires) pour ceux contenant des anesthésiques.

Laxatifs

Boire suffisamment d'eau pour optimiser l'efficacité des laxatifs de lest : un grand verre d'eau à chaque prise.

Introduire progressivement les laxatifs de lest ou osmotiques pour limiter le risque de ballonnements.

Respecter un intervalle de 1 à 2 heures entre la prise d'un laxatif osmotique et celle de médicaments à marge thérapeutique étroite, en raison d'une diminution possible de leur absorption.

Antidiarrhéiques

Ne pas utiliser d'antisécrétoires ou ralentisseurs du transit sur une longue durée sans avis médical : pas plus de 2 jours de traitement pour le lopéramide ou de 3 jours pour le racécadotril.

Phlébotropes

Prendre le traitement de préférence au cours du repas afin de limiter le risque d'effets indésirables gastro-intestinaux. Utiliser à dose maximale d'emblée, mais en cure courte, selon les indications de chaque spécialité (généralement 7 jours).

Antalgiques et AINS

En automédication, utiliser à la dose la plus faible possible le paracétamol et les AINS et sur la durée la plus courte possible, sans dépasser 5 jours de traitement hors avis médical. Ne pas utiliser d'aspirine qui pourrait favoriser les saignements. Ne pas utiliser d'AINS chez la femme enceinte.

Vie quotidienne

■ **Toilette locale douce.** Procéder à une toilette locale de préférence à l'eau pure ou avec un savon doux sans parfum pour limiter le risque d'irritation, matin et/ou soir et après chaque selle. Sécher délicatement avec un linge propre, sans frotter. Éviter les bains chauds, qui favorisent la vasodilatation. Après la défécation, préférer une toilette à l'eau avec le plat de la main, en évitant le gant de toilette. De façon occasionnelle, il est possible d'utiliser du papier humidifié pour s'essuyer en tamponnant, voire des lingettes sans alcool et sans parfum.

■ **Vêtements.** Porter des vêtements et sous-vêtements (de préférence en coton) qui soient plutôt amples pour éviter les frottements douloureux.

■ **Interaction.** Certains topiques contenant des produits gras peuvent réduire l'efficacité des préservatifs en latex.

■ **Facteurs déclenchants/aggravants.** Éviter les facteurs repérés individuellement : port de charge lourde, épices, alcool, repas riches…

■ **Surveillance.** Noter la fréquence des crises et consulter impérativement en cas de douleurs permanentes, d'écoulement purulent, de saignements répétés. ■

Anne-Gaëlle Harlaut

Avec l'aimable collaboration du Dr Thierry Higuero, gastro-entérologue et proctologue médico-chirurgical, président de la commission proctologie de la Société française d'hépato-gastro-entérologie libérale (SFHGL) et membre du conseil d'administration de l'Association française de formation médicale continue en hépato-gastro-entérologie (FMC-HGE).