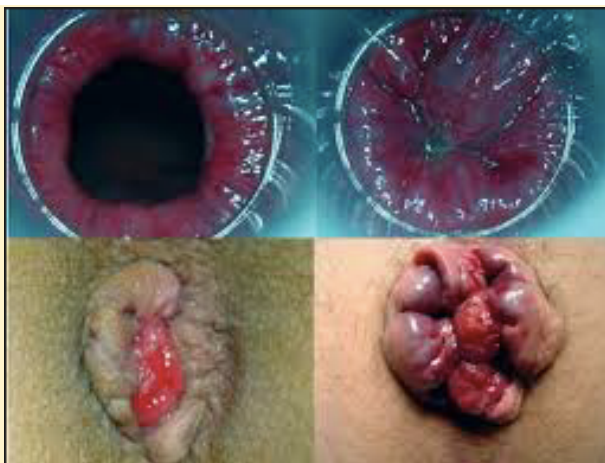


Item 285 – Pathologie hémorroïdaire

Anatomie	▪ Lacs veineux, de petites artérioles sous-muqueuses et d'un intense réseau anastomotique ▪ => plexus hémorroïdaire interne (au-dessus de la ligne pectinée) et plexus hémorroïdaire externe (sous-cutané dans les plis radiés de l'anus) ▪ Plexus participent à la continence anale										
Epidémiologie	▪ 1/3 des adultes ont déjà eu 1 pbl hémorroïdaire, >1/3 d'entre eux lors des 12 derniers mois ▪ ¾ consultent le généraliste										
Facteurs de risque	▪ T3 grossesse ▪ Accouchement, post-partum immédiat ▪ Trb transit intestinal (dyschésie ++)										
Symptomatologie	▪ <u>Stade précoce</u> : ○ Douleurs ➢ Gêne : prurit, tiraillement, brûlure anale ⇔ remaniement inflammatoire anal et/ou stase vasculaire => anoscopie ➢ Crise hémorroïdaire : consécutives soit à des efforts (dyschésie), excès de table soit consécutives à épisode diarrhéique/constipation ➢ Sensation de chaleur ou de pesanteur périnéale accentuée lors du passage de la selle ou de l'exercice physique - Crises de 2-4 jours ➢ Endoscopie : aspect congestif, œdémateux +/- semis de micro-thromboses ➢ Thrombose : dlr intenses, brutales (+/- déclenchées par exercice, contrainte mécanique ou traumatisme (accouchement) Tuméfaction bleutée, douloureuse, dans les plis radiés de l'anus + réaction œdémateuse et inflammatoire - Distinction : thromboses hémorroïdaires externes (+++), internes (tuméfactions + importantes, irréductibles, accouchées par l'anus) - Tt : incision ou excision de la zone thrombosée ○ Hémorragies hémorroïdaires : émission de sang rouge rutilant au décours d'un épisode défécatore, non mélangé aux matières ○ Prolapsus ou procidences hémorroïdaires : dus à laxité du tissu conjonctif sous-muqueux des hémorroïdes internes => procidence lors de la défécation voire en permanence => gêne mécanique, suintements, brûlures anales ▪ <u>Stade tardif</u> : évolution depuis plusieurs années, plaintes davantage prononcées, dlr quotidiennes, saignements peuvent être abondants (+/- anémie), procidence +/- permanente, +/- prurit, +/- suintements muco-sanglants ▪ <u>Maladies associées</u> : ○ Locales : ➢ Fissures anales : caractère durable post-défécatore de la dlr ➢ Fistule anale : présence de pus dans les sous-vêtements ➢ Marisque : tuméfaction permanente péri-anales séquellaire ➢ Autres affection associée bénigne ou non : fistule, abcès, cancer ○ Générales : éliminer anomalie de la coagulation constitutionnelle ou acquise										
Examen clinique	▪ <u>Examen péréal</u> : tuméfactions douloureuses bleutées, procidence spontanée ou intermittente des plexus hémorroïdaires internes, affections associées à la maladie hémorroïdaire (marisques, fissure anale) ▪ <u>Examen endocanal</u> (toucher doux, exploration anoscopique) : plexus hémorroïdaires int dans partie haute du canal anal (coussinets vasculaires) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grade anatomique</th><th>Degré de procidence du tissu hémorroïdaire interne</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grade 1</td><td>Pas de procidence dans la lumière de l'anuscope</td></tr> <tr> <td>Grade 2</td><td>Procidence dans la lumière de l'anuscope</td></tr> <tr> <td>Grade 3</td><td>Procidence anale extériorisée en poussée mais réductible</td></tr> <tr> <td>Grade 4</td><td>Procidence anale extériorisée non réductible</td></tr> </tbody> </table>	Grade anatomique	Degré de procidence du tissu hémorroïdaire interne	Grade 1	Pas de procidence dans la lumière de l'anuscope	Grade 2	Procidence dans la lumière de l'anuscope	Grade 3	Procidence anale extériorisée en poussée mais réductible	Grade 4	Procidence anale extériorisée non réductible
Grade anatomique	Degré de procidence du tissu hémorroïdaire interne										
Grade 1	Pas de procidence dans la lumière de l'anuscope										
Grade 2	Procidence dans la lumière de l'anuscope										
Grade 3	Procidence anale extériorisée en poussée mais réductible										
Grade 4	Procidence anale extériorisée non réductible										





- Palpation abdominale, aires inguinales (ADP ?)
- Diagnostic clinique
- Examens slt pour éliminer dg général associé ou dg #el

Explorations complémentaires

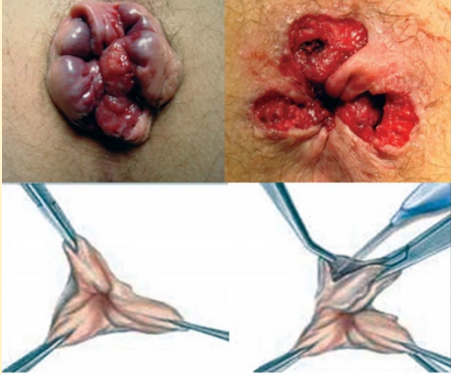
Diagnostics #el

Nature de la douleur	Rythme	Durée	Signes associés	Etiologie la + probable
Cuison	Per et post-défécatore	24-72h	Œdème procidence et saignement	Crise hémorroïdaire
Brûlure	Per et post-défection durable	Périodes de pls semaines	Saignement	Fissure anale
Douleur intense (« exquise »)	Non rythmée par la selle	Qq h à qq jours	Tuméfaction anale douloureuse bien limitée	Thrombose hémorroïdaire
Tension et dlr pongitive	Positionnelle de contact	Récente et continue	Tuméfaction périanale mal limitée et douloureuse Dysurie	Abcès
Epreintes et dlr expulsives	Pré- et per-défécatrices ou permanentes	Pls jours	Suintements et incontinence	Fécalome
Brûlures intenses	Périanale en quadrant	Qq jours	Dysurie hyperesthésie régionale Lésions ulcérées et érosives périanales	Herpès
Crampe intense	A début brutal sans facteur déclenchant franc	Peu durable (qq min), parfois nocturne	Aucun	Proctalgie fugace

Thérapeutique

Tt médical

- **Règles hygiéno-diététiques** : prise régulière de fibres alimentaires et laxatifs doux
- **Médicaments anti-hémorroïdaires** :
 - **But** : ↓ composante inflammatoire (**topiques locaux à base d'héparine et/ou d'hydrocortisone**), composante œdémateuse, favoriser la cicatrisation (**oxyde de zinc, oxyde de titane**)
 - Antalgiques
 - **Médicaments veinotoxiques** : **diosmine micronisée** à forte dose en cure courte => Tt des hémorroïdes internes

		- Topiques locaux : dérivés corticoïdes ou excipient lubrifiant ou protecteur mécanique en cure courte => Tt des manifestations fonctionnelles (dlr, saignements) des hémorroïdes internes et/ou externes - PAS d'utilisation à long terme, ni en prévention
	Tt endoscopique	▪ Injection sclérosantes, ligature élastique, photocoagulation infrarouge, cryothérapie, électrocoagulation bipolaire ▪ <u>But</u> : retendre le tissu de soutien de la muqueuse hémorroïdaire interne => réalisation d'une fibrose rétractile au sommet des paquets hémorroïdaires int ▪ <u>Indications</u> : malades souffrant de façon régulière d'une procidence ou d'un saignement avec hémorroïdes moyennes ▪ Ligature élastique expose aux complications les + graves (infection, hémorragie sur chute d'escarres, dlr post-thérapeutiques intenses ▪ Tt endoscopique : manifestations hémorragiques de grande abondance ou avec retentissement général ou procidence de la maladie hémorroïdaire <u>A propos des Tt instrumentaux</u> : ▪ Tt instrumentaux n'enlèvent par les hémorroïdes ▪ +/- El préoccupants (dlr importantes, fièvre, RU, saignements) => consultation en urgence ▪ Génèrent souvent des signes modérés 24-72h : pesanteur, brûlure, tiraillement ▪ Efficacité diminue au cours du temps
	Tt chirurgical	▪ Excision et/ou résection pédiculaire du tissu vasculaire et de soutien des plexus hémorroïdaires ▪ <u>Indications</u> : après échec des Tt instrumentaux ou maladie anatomique trop importante (hémorroïdes extériorisées en permanence) ou maladies générales (trb coagulation, prise à vie d'anticoagulant) ▪ <u>Techniques</u> : ○ Hémorroïdectomie pédiculaire : enlever les plexus en 3 paquets séparés sous AG : hémorroïdectomie de type Milligan-Morgan ○ Anopexie : résection de la muqueuse rectale à la partie haute des hémorroïdes internes, de leur tissu de soutien + suture muco-muqueuse circulaire en 1 temps ○ Ligatures sous contrôle Doppler : réalisation de plusieurs ligatures artérielles des pédicules hémorroïdaires 
PEC		▪ Procidence hémorroïdaire localisée et symptômes peu fréquents => Tt instrumental ▪ Saignements d'hémorroïdes de petite taille => injection sclérosantes et photocoagulation infrarouge ▪ Hémorroïdes de plus grande taille et une procidence marquée => ligatures élastiques ▪ Hémorroïdes de grande taille, multiples et procidence habituelle, plaintes plurihebdomadaires et échec du Tt instrumental => Tt chirurgical