



Le traitement médical des hémorroïdes

Deux points sont d'emblée à souligner :

Le traitement médical de la maladie hémorroïdaire n'existe pas, il est uniquement indiqué dans certains accidents de thromboses hémorroïdaires.

Il est donc réservé aux hémorroïdes compliquées, de volumineuses hémorroïdes ne donnant lieu à aucun trouble ne justifient aucun traitement.

Les règles hygiéno-diététiques sont classiquement proposées.

Soulignons d'emblée, qu'en aucun cas elles ne peuvent suffire à elle-même et qu'aucune n'ont fait la preuve de leur intérêt, si ce n'est peut-être la régularisation du transit intestinal.

Pour mémoire nous nous proposons, compte tenu de leur « classicisme », de les citer :

1. Régularisation du transit intestinal:

1.1. La constipation :

Elle se définit par l'association d'un ralentissement du transit et d'une déshydratation des selles. Et il faut savoir que dans la maladie hémorroïdaire, c'est plus la consistance des selles (dures et déshydratées) que leur fréquence qui pose problème. Ainsi une personne qui irait à la selle une fois par semaine pour faire « un boudin de consistance et de volume normal » n'est pas une personne constipée à la différence d'un patient qui aurait une exonération quotidienne de matières, dures, déshydratées, « en crottes de chèvres ».

1.1.1. Les laxatifs stimulants sont à proscrire

Qu'il s'agisse de l'acide ricinoléique, des acides biliaires, du dioctylsulfosuccinate de sodium, des dérivés du diphénylméthane ou des anthraquinones.

Le mode d'action de ces produits fait intervenir un ou plusieurs des mécanismes suivants : inhibition non compétitive des enzymes de la cellule intestinale, en particulier de la Na-K-ATPase, stimulation de l'adénylate-cyclase membranaire et augmentation de l'AMP cyclique, enfin augmentation de la perméabilité cellulaire.

En clair, cela veut dire que tous ces laxatifs agissent en modifiant le comportement des cellules intestinales et coliques, dont ils inversent le régime tout en accélérant au maximum ce qui pourrait se comparer à une voiture conduite en marche arrière! Les cellules qui devraient normalement absorber de l'eau se voient, au contraire, obligées de sécréter du liquide.

Ce mode d'action entraîne en effet des modifications considérables du transport de l'eau et des électrolytes avec diminution de l'absorption et augmentation de la sécrétion.

Théoriquement, leur action sur la motricité intestinale est limitée, mais en fait elle reste aussi bien réelle et dissociée de l'action sécrétoire.

Par prudence, pour la plupart d'entre eux, il est conseillé de ne pas utiliser ces produits chez la femme durant les trois premiers de la grossesse et en période d'allaitement, ceci en raison de l'éventualité d'un passage placentaire et dans le lait maternel.

Leur utilisation prolongée et intensive peut entraîner une atteinte de la muqueuse rectocolique (nigrose rectocolique, maladie des laxatifs).

1.1.2. Il faudra également déconseiller l'utilisation régulière de laxatifs utilisés par voie rectale.

En effet pour certains ils joueraient un rôle déclenchant dans la poussée hémorroïdaire.

Cette famille est très artificielle car elle regroupe des laxatifs de compositions chimiques très différentes n'ayant en commun que leur mode d'action et lieu d'introduction :

Les effets péristaltogènes de la glycérine la font utiliser sous la forme de suppositoires.

L'association de bitartrate de potassium et de bicarbonate de sodium, en milieu humide, libère environ 50 ml (chez l'enfant) ou 100 ml chez l'adulte) de gaz carbonique qui, augmentant la pression intra-rectale, déclenche le réflexe exonérateur et l'envie d'aller à la selle.

Par ailleurs, divers laxatifs stimulants sont commercialisés sous forme de suppositoires ou de microlavements. Leur action stimulante paraît avoir un effet local, mais il est difficile d'éliminer toute possibilité d'absorption. Leurs effets secondaires, lorsqu'ils sont utilisés de façon abusive, peuvent se manifester par des rectites d'intensité variable.

1.1.3. Des règles hygiéno-dietétiques seront données :

Il faut recommander à ces malades constipés :

- de boire de grandes quantités d'eau (deux litres d'eau au moins par jour)
- et d'augmenter le bol fécal par l'absorption :
- de légumes verts plutôt crus que cuits,
- de fruits frais et secs (figes, abricots, pruneaux...),
- de céréales,
- pain complet, pain au son,
- de son de blé.

1.1.4. Si les résultats ne sont pas suffisants, il faudra traiter cette constipation par au choix, un ou deux laxatifs de différentes familles qui comprennent :

a) Les laxatifs de lest :

Les mucilages sont, au point de vue chimique, des membranes végétales, en général mixtes, cellulopectosiques, et peuvent être considérés comme des cousins germains des fibres alimentaires. Les principaux sont extraits d'algues marines : carragheen, de gomme (sterculia, karaya, guar), de graines (psyllium, isphagule).

Leur prescription doit s'accompagner de l'ingestion d'une quantité suffisante d'eau.

Des risques exceptionnels d'obstruction digestive par des mucilages ont été décrits lors de l'existence d'une affection organique sténosante ou inflammatoire de l'appareil digestif, entraînant un rétrécissement de la lumière du tube.

Plus fréquemment des sensations de ballonnements provoqués par des fermentations excessives peuvent survenir au début de traitement surtout lorsque la dose est importante.

b) les laxatifs lubrifiants :

Les huiles de vaseline ou de paraffine possèdent une action laxative mécanique en retardant l'absorption de l'eau et, non comme on pourrait le croire, en favorisant le glissement des matières au contact de la muqueuse colique.

Ces huiles minérales, mélanges d'hydrocarbure, ont une efficacité proportionnelle à leur viscosité. Le début de leur action se manifeste en six à huit heures, mais leur utilisation prolongée est souvent nécessaire pour traiter efficacement une constipation chronique.

Ces huiles sont en général bien tolérées et très peu absorbées contrairement aux huiles alimentaires. Cela explique que, parfois, leur administration à forte dose puisse provoquer des suintements anaux ou du prurit anal qui peuvent être considérés comme des signes de consommation excessive et d'inefficacité relative.

Leur utilisation prolongée et massive serait théoriquement susceptible d'entraîner des carences vitaminiques (A, D, E, K) en interférant avec l'absorption des vitamines liposolubles ainsi qu'une malabsorption des contraceptifs par voie orale et des oestrogènes.

En pratique, le seul danger est la possible remontée de l'huile dans l'oesophage et son passage au niveau des bronches chez un sujet âgé présentant un reflux gastro-oesophagien, important, d'où une broncho-pneumopathie grave. Il faut donc éviter de prendre de l'huile le soir avant le coucher.

c) Les laxatifs salins (sodium, magnésium, sulfate, phosphate, tartrate) sont :

En pratique courante, à proscrire car ces solutions hypertoniques, en particulier le sulfate de sodium et le sulfate de magnésium, agissent en attirant dans la lumière intestinale un volume hydrique important (ce qui déclenche des mouvements péristaltique), en stimulant la libération de cholécystokinine et en inhibant l'absorption d'eau et d'électrolytes au niveau du jéjunum et de l'iléon.

d) Les laxatifs sucrés :

Ils sont représentés par les disaccharides de synthèse qui sont des sucres ne pouvant être ni digérés ni absorbés car l'intestin ne possède pas le matériel enzymatique nécessaire.

Ces sucres, restants tels quels dans la lumière intestinale, augmentent la pression osmotique et vont provoquer un appel d'eau d'où une meilleure hydratation des selles.

Les deux principaux laxatifs sucrés sont le lactitol et le lactulose.

Des effets indésirables peuvent apparaître, en début de traitement, et sont le plus souvent provoqués par des fermentations coliques importantes, résultant du métabolisme du laxatif sucré sous l'action des bactéries intestinales.

Il s'agit de ballonnements, flatulences excessives, douleurs abdominales mais généralement ces troubles disparaissent après quelques jours de traitement.

En cas de persistance le traitement doit être arrêté.

Le sorbitol est un polyalcool glucidique peu absorbé et peut être considéré comme un traitement d'appoint de la constipation, mais a surtout des effets cholagogues.

Le pentaérythritol polyalcool ramifié, peut être classé dans ce groupe. Il augmente globalement le volume du bol fécal.

Le mannitol, alcool hexatomique, est un laxatif osmotique pouvant être utilisé comme traitement d'appoint.

e) Les régulateurs à base de macrogol :

Le polyéthylène glycol 4000 ou macrogol 3350 est un mélange de polymères de polyéthylène glycol de haut poids moléculaire, supérieur à 1000, en moyenne 3350. En raison de ce poids moléculaire élevé, le macrogol n'est pas absorbé par la muqueuse intestinale. Cela confère au produit des effets laxatifs de type osmotique par attraction de l'eau dans la lumière intestinale.

Les solutions à base de PEG ont d'abord été utilisées pour la préparation colique pour les coloscopies avec l'ingestion de trois ou quatre litres. Une modification dans leur composition a permis d'optimiser leurs effets au niveau du tube digestif afin de pouvoir considérer comme nuls les échanges électrolytiques intestin-plasma.

Sur cette base rationnelle le macrogol apporte une nouvelle possibilité dans le traitement quotidien, de la constipation en permettant un effet iso-osmotique sans conséquences autres qu'une meilleure hydratation des selles.

En effet une relation linéaire a été établie entre la dose ingérée de macrogol et le volume d'eau fécale, ce qui n'existe pas avec les autres laxatifs osmotiques sucrés.

D'autre part, le macrogol n'induit pas de fermentations coliques car son action est indépendante de l'état qualitatif et quantitatif de la flore bactérienne colique.

Enfin le macrogol n'entraîne pas d'apport calorique.

Pour conclure ce chapitre sur les laxatifs :

A noter qu'il existe des produits pharmaceutiques constitués par l'association de différents laxatifs : psyllium et huile de paraffine, lactulose et huile de paraffine, huile de paraffine et malt.

Rappelons qu'il est possible, en cas de constipation rebelle d'associer deux voire trois laxatifs, à conditions qu'ils n'appartiennent pas à la même famille.

1.2. La diarrhée

Elle n'est, en fait, jamais responsable de crises hémorroïdaires.

En effet, il ne faut en aucun cas rapporter un prurit anal secondaire aux hémorroïdes mais bien aux rhagades provoquées soit par une hygiène locale excessive ou au contraire aux difficultés de nettoyage local.

Enfin, il faudra toujours éliminer une fausse diarrhée à traiter comme une constipation.

Cette fausse diarrhée est évoquée devant une alternance de selles dures et liquides, et devant la présence de matières à la rectoscopie alors même que le patient se plaint de « diarrhée ».

Notons dans ce cas qu'il faudra bien expliquer au patient que ses selles liquides sont bien une constipation au risque qu'il ne suive pas bien son traitement.

2. Hygiène alimentaire

Le régime alimentaire qui devrait exclure les épices (poivre, moutarde, cumin, piments, paprika etc.), les boissons alcoolisées et les excitants (thé, café, Coca-Cola etc.), est désespérément classique. Aucun de ses produits ne peut être incriminé dans la genèse de la maladie hémorroïdaire.

Tout ou plus ses produits peuvent, en cas d'hémorroïdes volumineuses, entraîner une gêne ou des rectorragies et encore, il s'agit d'une susceptibilité individuelle que le patient apprend vite à reconnaître.

De même aucun de ses produits n'est de façon certaine responsable d'accident de thrombose hémorroïdaire. Nous verrons d'ailleurs qu'il n'existe aucun traitement préventif pour ce type d'accident hémorroïdaire.

Les médicaments proposés dans la maladie hémorroïdaire voire dans la crise hémorroïdaire sont nombreux.

Une nouvelle fois répétons :

Que le terme maladie hémorroïdaire ne regroupe pas une seule entité mais bien toutes les manifestations cliniques que peuvent entraîner les hémorroïdes (rectorragies, thromboses et prolapsus). Pour prendre un exemple le terme de colite définit un état inflammatoire affectant plusieurs ou la totalité des segments du côlon, que cette inflammation soit due à des mécanismes spécifiques connus et identifiables (colite bactérienne, amibienne, cryptogénétique (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn) ou aspécifiques. Chacune de ses causes a un traitement spécifique. Il ne peut donc y avoir un traitement unique de la maladie hémorroïdaire.

La crise est, par définition, un accident subit survenant chez une personne en bonne santé apparente ou un changement rapide des signes au cours de l'évolution d'une maladie.

Dans le cadre des hémorroïdes, le seul accident douloureux est la thrombose hémorroïdaire.

Les autres manifestations évoluant au contraire à bas bruits comme le prolapsus ou par poussée comme les rectorragies.

Le terme de crise hémorroïdaire est donc inadapté.

Nous allons passer en revue ces médicaments, en précisant leur indication respective.

1. Par voie orale

1.1. Les phlébotoniques et les vasculotropes :

Ils ont été proposés depuis longtemps pour agir sur la paroi vasculaire en augmentant la résistance et en baissant la perméabilité des capillaires.

Cette activité est due à des principes actifs riches en vitamine P comme les flavonoïdes, les tanins, les anthocyanes. Ces produits sont traditionnellement extraits de plantes médicinales.

Ainsi, parmi les nombreux médicaments citons et par ordre alphabétique :

Diosmine.

Ginkgo Biloba.

Heptaminol adénosine phosphate.

Hespéridine méthyl chalcone.

Marron d'inde.

Mélilot.

Ruscoides.

Troxérutine.

Bien que la plupart de ces drogues n'aient pas subi l'épreuve d'une expérimentation en double aveugle, elles semblent efficaces de manières transitoires, à fortes doses dans les accidents de thrombose oedémateuse et en particulier dans la polythrombose hémorroïdaire interne, extériorisée et oedémateuse.

Ces médicaments ne doivent pas être conseillés dans les autres symptômes de la maladie hémorroïdaire en particulier les rectorragies.

Même si une étude a montré l'efficacité de la diosmine dans sa forme micronisée, à fortes doses, prescrite pendant deux mois.

En effet son efficacité à moyen terme (trois mois) n'a pas été évaluée alors que le traitement instrumental (sclérose, photocoagulation à l'infrarouge, ligature élastique) est simple et a fait la preuve de son efficacité à moyen voire long terme.

De même, ils ne doivent pas être prescrit à l'aveugle devant toute douleur anale, ce qui reste hélas trop souvent le cas, ni être utilisé en traitement d'entretien à titre préventif de poussées hémorroïdaires ultérieures, car ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Ceci d'autant plus que les poussées de thrombose hémorroïdaire sont très espacées dans le temps une crise tous les deux ou trois ans, le plus souvent.

1.2. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

Ils sont aussi régulièrement utilisés lors de la polythrombose hémorroïdaire interne, extériorisée et oedémateuse.

On fait peut faire appel par exemple à : l'acide tiaprofénique, diclofénac, kétoprofène, naproxène.

1.3. Les corticoïdes

Elles peuvent être utilisées en courte durée et à fortes doses, uniquement chez la femme enceinte à la place des anti-inflammatoires non stéroïdiens qui sont contre-indiqués en cas de grossesse, lors de la polythrombose hémorroïdaire interne, extériorisée et oedémateuse.

2. Par voie locale

Ce sont des médications de contact utilisées en suppositoires pour les lésions intracanalaires ou en pommades pour les lésions marginales. Les deux formes peuvent être associées, en recouvrant le suppositoire de pommade.

L'industrie pharmaceutique offre un grand choix de produits constitués d'associations médicamenteuses d'actions polyvalentes :

2.1. Les topiques simples à base de carraghénates, de titane, de sels de bismuth, d'oxyde de zinc. Ces topiques ont un effet décongestionnant et réalisent un pansement protégeant la muqueuse contre l'agression des selles.

2.2. Les topiques avec corticoïdes : le plus utilisé est l'acétate d'hydrocortisone possédant une action anti-inflammatoire.

Aux corticoïdes, il est parfois associé des anesthésiques de contact en raison de leur effet antalgique et antiprurigineux. Cependant, il faut se méfier de leur action allergisante.

2.3. Les indications de ces différents topiques sont limitées, et seules les préparations à base de corticoïdes et d'héparine sont utiles lors des accidents de thromboses hémorroïdaires internes.

En conclusion de ce chapitre, insistons sur deux points importants :

Le traitement médical n'est utile que dans les accidents de thrombose hémorroïdaire quand l'excision n'est pas possible.

L'utilisation des veinotoniques et autres phlébotoniques ainsi que des différents topiques locaux est excessive.

En effet, répétons qu'il n'existe pas de traitement médical ou préventif de la maladie hémorroïdaire.

Et que trop souvent ses produits sont prescrit à l'aveugle devant des douleurs anales qui nous le savons, en dehors des accidents de thromboses ne sont pas secondaires aux hémorroïdes.

Par contre la régularisation du transit est toujours justifiée.

Et terminons par la seule indication du traitement médical : les thromboses hémorroïdaire

1. la thrombose hémorroïdaire interne

Son traitement peut-être à travers l'anuscope, l'incision au bistouri à lame fine qui libère le caillot. Ou un traitement médical comparable à celui de

2. La polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et oedémateuse :

Le traitement, est dans un premier temps, médical et associe : par voie orale des phlébotropes, à fortes doses, un anti-inflammatoire non stéroïdien et des antalgiques à la demande.

Localement, on utilisera, matin, midi et soir, des dermo corticoïdes et des suppositoires à base d'hydrocortisone.

En cas d'échec de ce traitement médical, ou d'emblée devant une polythrombose en voie de nécrose il ne faut hésiter à opérer le patient en urgence.

En effet, contrairement à une notion ancienne, il n'existe aucune difficulté particulière dans ce type d'accident.

Les suites sont souvent même plus faciles, le patient étant rapidement soulagé par l'intervention.

3. La thrombose hémorroïdaire externe

Le traitement de cette thrombose externe est l'excision après anesthésie locale.

Cette petite intervention doit être faite le plus rapidement possible. En effet, elle n'a plus d'intérêt lorsque la douleur a disparu, sauf si l'on craint la formation d'une marisque inesthétique ou inconfortable