



## Les manifestations cliniques des hémorroïdes

Les hémorroïdes ont des manifestations différentes selon que sont intéressées les hémorroïdes externes ou internes. Il faut souligner en préambule que: l'existence d'une douleur anale n'est en aucun cas synonyme «d'hémorroïdes». En effet, celles-ci ne se manifestent par des douleurs que lorsqu'elles sont thrombosées. Seuls 15% des «hémorroïdaires» ont des thromboses, ce qui représente moins de la moitié des causes de douleur anale.

Il n'existe aucun parallélisme entre l'importance des hémorroïdes et leurs symptomatologies. Même en cas de volumineuses hémorroïdes, il faudra alors éliminer, en cas de douleurs, une fissure anale, un abcès ou une névralgie anale.

### Les thromboses

Les thromboses ne sont pas liées à une coagulation intravasculaire, comme l'est une thrombophlébite, mais à une coagulation extravasculaire : la rupture d'une veine superficielle des plexus hémorroïdaires entraîne la constitution d'un hématome sous tension. Le terme de «thrombose hémorroïdaire» est donc inadéquat, il faudrait mieux l'appeler «hématome hémorroïdaire».

Certains facteurs déclenchants sont classiquement décrits: repas trop riches ou trop épicés, épisodes de la vie génitale, prise de médicaments, efforts de poussée. Leur rôle réel n'est pas clairement démontré.

Leur symptomatologie diffère en fonction de leur localisation sur les plexus hémorroïdaires externes ou internes.

### La thrombose hémorroïdaire externe

Est un accident aigu banal survenant au niveau du plexus hémorroïdaire externe qui est habituellement invisible sous la zone cutanée lisse.

Cet épisode ne traduit pas un stade évolutif de la maladie hémorroïdaire. Il peut rester unique ou se répéter.

Elle se manifeste par l'apparition brutale d'une douleur et d'une tuméfaction de la marge anale.

La palpation montre une masse de consistance inégale avec des zones souples d'oedème et d'autres plus dures, bleuâtres, de thrombi multiples.

L'évolution spontanée, parfois lente, est le plus souvent favorable. La douleur s'atténue en même temps que le caillot s'organise et que l'oedème éventuel disparaît.

Parfois, la surface de revêtement cutané s'érode avec apparition d'un suintement séro-sanglant traduisant l'énucléation du caillot.

A distance, il y a restitution ad integrum ou formation d'une marisque, appelée souvent à tort «hémorroïde externe».

### Thrombose hémorroïdaire externe

Le traitement de la thrombose hémorroïdaire externe est l'excision après une anesthésie locale :

Le premier temps est l'injection sous le plancher de la thrombose d'un à deux ml de Lidocaïne à 2%.

Ensuite on saisit le sommet de la thrombose à l'aide d'une pince de Chaput.

Puis on en assure l'exérèse à l'aide d'une paire de ciseaux.

Afin d'obtenir une plaie plane et l'évacuation complète du caillot.

Cette excision se fait perpendiculairement aux plis radiés de l'anus afin d'éviter la survenue d'une fissure anale iatrogène.

Etant donné la largeur de la plaie, il n'y a pas de risque de récurrence par accolement des bords, ce qui est le plus souvent le cas lorsque l'on se contente d'une simple incision.

Des soins locaux biquotidiens associant un antiseptique local dilué et une pommade dite "cicatrisante" permettent une cicatrisation sans marisque en une semaine de jours.

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.

## La thrombose hémorroïdaire interne

Il s'agit d'une thrombose au niveau du plexus hémorroïdaire interne pouvant être ou non extériorisée.

1. La thrombose interne intra-canalair non extériorisée est exceptionnelle.

- Elle se manifeste par une douleur vive intra-canalair pouvant faire suspecter une fissure ou un abcès intramural, avec au toucher une ou plusieurs tuméfactions rondes, indurées, douloureuses, visibles à l'anuscopie sous forme de petites lésions bleutées.
- Elle peut s'énucléer spontanément et alors être responsable de rectorragies parfois abondantes.
- Elle peut évoluer vers la constitution d'un reliquat fibreux, une papille hypertrophie, improprement appelée polype hémorroïdaire.
- Insistons cependant sur le fait que si ces thromboses internes sont indolores à l'examen elles ne peuvent être retenues, alors, comme responsables d'une douleur anale. L'anite bleue, si elle existe, n'est qu'un aspect endoscopique sans aucune manifestation clinique et qui ne nécessite donc aucun traitement.
- le traitement est le plus souvent médical par des suppositoires et de la pommade anti-inflammatoire à base d'hydrocortisone associés éventuellement à un AINS et à un Phlébotonique ou veinotonique.
- Exceptionnellement, on peut faire une incision au bistouri à lame fine qui libérera le caillot, mais cette technique est assez difficile à réaliser sous anuscopie.

Les hémorroïdes ont des manifestations différentes selon que sont intéressées les hémorroïdes externes ou internes. Il faut souligner en préambule que:

- l'existence d'une douleur anale n'est en aucun cas synonyme «d'hémorroïdes». En effet, celles-ci ne se manifestent par des douleurs que lorsqu'elles sont thrombosées. Seuls 15% des «hémorroïdaires» ont des thromboses, ce qui représente moins de la moitié des causes de douleur anale.
- Il n'existe aucun parallélisme entre l'importance des hémorroïdes et leurs symptomatologies. Même en cas de volumineuses hémorroïdes, il faudra alors éliminer, en cas de douleurs, une fissure anale, un abcès ou une névralgie anale.

## 2. La polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et oedémateuse

Souvent improprement appelée "étranglement hémorroïdaire", constitue un accident parfois atrocement douloureux et pouvant constituer une véritable urgence proctologique.

Les hémorroïdes extériorisées ne peuvent plus se réintégrer spontanément dans le canal anal du fait d'une hypertonie sphinctérienne concomitante. Celle-ci gêne la circulation de retour, mais non la circulation artérielle, ce qui provoque la congestion, l'oedème et une évolution spontanée vers la nécrose des hémorroïdes prolabées.

Le tableau clinique est le plus souvent bruyant :

Le malade ressent une douleur très vive en même temps qu'apparaît une tuméfaction tendue, douloureuse, avec en son centre une zone noirâtre violacée, et à la périphérie, une zone oedémateuse plus rose, translucide.

Cette thrombose peut être localisée à un quadrant, à une demi-circonférence; elle est parfois circulaire

L'évolution peut se faire sous traitement ou spontanément vers la résorption lente. La douleur s'atténue en quelques jours; la tuméfaction diminue d'abord rapidement par résorption de l'oedème, puis beaucoup plus lentement laissant parfois un séquelle sous forme de marisque ou de papille hypertrophique fibreuse.

Elle peut se faire également vers le sphacèle pouvant nécessiter un geste chirurgical d'urgence.

Le traitement de la polythrombose hémorroïdaire interne extériorisée et oedémateuse est d'abord médical.

Le traitement, dans tous les cas prescrit, associe :

- per os des phlébotoniques fortement dosés à raison de deux comprimés à chaque repas, un anti-inflammatoire non stéroïdien et des antalgiques à la demande.
- Localement, on utilisera, matin, midi et soir, des pommades et des suppositoires à base de corticoïdes.

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, cet accident n'est pas une contre-indication. Il n'existe aucune difficulté opératoire particulière dans ce type d'accident, les suites sont souvent même plus faciles, le patient étant rapidement soulagé par l'intervention.

Il s'agira alors d'une hémorroïdectomie classique avec anoplastie au pôle postérieur type BELLAN. La chirurgie est également indiquée en de thrombose externe ou interne récidivante et invalidante. Il n'existe en effet aucun traitement préventif pour ce type d'accident hémorroïdaire.

Les autres manifestations de la maladie hémorroïdaire sont liées au plexus hémorroïdaire interne.

## **1. Les rectorragies**

Les hémorragies sont bien le symptôme le plus représentatif en apparence des hémorroïdes puisqu'elles lui doivent leur nom et motivent le plus souvent la consultation médicale et sont d'ailleurs la seule vraie manifestation des hémorroïdes internes.

Typiquement :

Il s'agit de sang rouge rutilant, survenant à la fin de la selle.

Elle est d'importance variable, éclaboussant la cuvette, ou coulant goutte à goutte, ou simplement visible sur le papier.

Ce saignement a pour caractéristique de céder automatiquement lors de l'occlusion de l'anus après la défécation.

Par ailleurs, il ne se produit pas à chaque défécation mais plutôt de manière sporadique.

Des facteurs favorisants, jouent un rôle accessoire (sédentarité, constipation, usage de laxatifs irritants et de suppositoires médicamenteux, alcool, épices) en augmentant la pression anale ce qui favorise l'effraction des péripapillaires artériels.

Les rectorragies hémorroïdaires sont relativement bien tolérées et compensées malgré leur répétition fréquente.

Cependant elle peut être responsable d'anémie. Il existe en effet incontestablement des anémies hémorroïdaires.

Il s'agit d'une situation rare mais non exceptionnelle.

Dans ces cas, il paraît illusoire de proposer un traitement médical.

En effet dans cette circonstance, il s'agit d'une fragilité excessive de la muqueuse hémorroïdaire qui est fragile et saigne au moindre contact et il faut donc proposer d'emblée l'hémorroïdectomie quelque soit le volume des hémorroïdes.

Elles peuvent d'ailleurs, être assez peu volumineuses dans cette circonstance.

Cette anémie hémorroïdaire représente 1% des indications d'hémorroïdectomies à l'hôpital Léopold BELLAN.

Très exceptionnellement, il existe de grandes hémorragies pouvant refluer dans le colon terminal et être évacuées de manière tout à fait atypique en dehors des selles.

Dans tous les cas, il paraît inutile de rappeler que l'origine hémorroïdaire des rectorragies ne doit être affirmée qu'après avoir éliminé une lésion sus-jacente, en particulier par la coloscopie totale à effectuer chez tous les sujets de plus de quarante ans ou présentant des antécédents personnels ou familiaux.

Le traitement des rectorragies hémorroïdaires repose (en l'absence de prolapsus associé) sur plusieurs techniques instrumentales qui ont des résultats comparables.

La sclérose hémorroïdaire est une technique simple et peu coûteuse.

Son mécanisme d'action reste mal connu, passant probablement par une diminution de l'élasticité de la muqueuse et du flux sanguin.

Le geste consiste à injecter 0,5 à 1 ml de Chlorhydrate de QUININE-UREE en différents sites de l'espace sous-muqueux sus-hémorroïdaire.

Plusieurs séances sont nécessaires à 15 jours d'intervalle.

Les injections sclérosantes peuvent être utilisées avec prudence chez les sujets sous anticoagulants.

Les effets secondaires sont : allergie, syncope dite «du métro» (malaise d'allure vagale survenant un quart d'heure après l'injection), rectorragies à la chute d'escarre (rares), injections trop profondes pouvant causer des douleurs, une spermaturie, une prostatite (éviter les injections antérieures). La photocoagulation infrarouge réalise une coagulation vasculaire au niveau de la muqueuse sus-hémorroïdaire de façon à créer une sclérose secondaire à la nécrose. Plusieurs impacts d'une seconde sont effectués par séance au sommet d'un paquet hémorroïdaire, en zone sus-pectinéeale. Deux à trois séances espacées de quinze jours sont nécessaires. Les effets secondaires sont : douleur et rectorragie à la chute d'escarre parfois importante, contre-indiquant ce traitement chez les patients sous anticoagulants.

## **2. Le prolapsus hémorroïdaire**

Est réalisé par l'extériorisation des hémorroïdes à travers l'anneau sphinctérien, du fait de la laxité pathologique de l'appareil conjonctivo-musculaire de soutien. C'est à dire les expansions de la couche longitudinale externe à travers le sphincter jusqu'au solide ligament de Parks.

Son importance est variable. Il est parfois total, des trois paquets hémorroïdaires: antérieur, postéro-droit et postéro-gauche; plus souvent localisée à une héli-circonférence ou à quadrant, avec en particulier le paquet antéro-droit réalisant le classique paquet de Vh, fréquent chez la femme. Cette procidence apparaît d'abord à la selle, se réintégrant spontanément, puis il se produit aussi lors des efforts et nécessite alors souvent une réintégration manuelle. Au maximum il devient permanent avec un suintement séro-sanglant, tachant le linge et pouvant entraîner un prurit. Il faut toujours éliminer un prolapsus rectal vrai en faisant pousser le malade en position accroupie. On éliminera aussi le prolapsus d'une tumeur bas situé, d'une volumineuse papille hypertrophiée.

Le retentissement douloureux du prolapsus hémorroïdaire est minime, limité au maximum à un prurit et seulement en cas de prolapsus permanent. En cas de douleurs vraies, il faudra toujours éliminer une fissure associée typique par sa douleur déclenchée par la selle, une névralgie anale caractérisée par une douleur permanente, non rythmée par la selle, souvent aggravée par la position assise, soulagée par la position couchée.

Le traitement dépend évidemment de l'importance du prolapsus en cas de prolapsus modéré et limité à un quadrant on peut essayer une ligature élastique. Il faut cependant savoir que cette ligature ne peut en aucun cas remplacer la chirurgie en cas de prolapsus circulaire, survenant à l'effort et a fortiori en cas de prolapsus permanent. La ligature élastique consiste à placer, par aspiration, un anneau élastique au sommet des paquets hémorroïdaires, en zone sus-pectinéeale insensible. Le paquet hémorroïdaire en lui-même n'est donc pas étranglé. Le geste est d'autant plus facile qu'il existe une laxité de la muqueuse rectale associée. Le tissu va progressivement se nécroser et la chute d'escarre se fait en deux à dix jours. Le mode d'action de la ligature est donc comparable à celui des injections sclérosantes ou de la photocoagulation par infrarouge. Une ou plusieurs séances peuvent être nécessaires. Les effets secondaires sont : douleur, syndrome fissuraire (ligature placée trop bas), rectorragie à la chute d'escarre (contre-indication chez le patient sous anticoagulants), bactériémie, gangrène gazeuse (exceptionnelle).

En conclusion

Les hémorroïdes volumineuses mais asymptomatiques ne doivent pas être traitées. Le traitement médical de la maladie hémorroïdaire n'existe pas. Il est uniquement indiqué dans certains accidents de thromboses. Les autres manifestations relèvent du traitement instrumental ou chirurgical