

Traitement chirurgical des hémorroïdes

DIFFERENT KINDS OF HEMORRHOIDS



混合痔



肛周湿疹



外痔



混合痔



外痔，肛乳头肥大



脱肛



血栓性外痔



二期内痔



环状痔

Dr Christine Casa

Le contexte

Tout le monde a des hémorroïdes (4,4 à 86 %) !!!

4 à 10 % en souffrent

1/3 consultent

10 % maximum sont opérés

1 français sur 2 est douloureux 1 fois par an

Dissociation clinique / symptomatologie

Traitement médical de 1ère intention

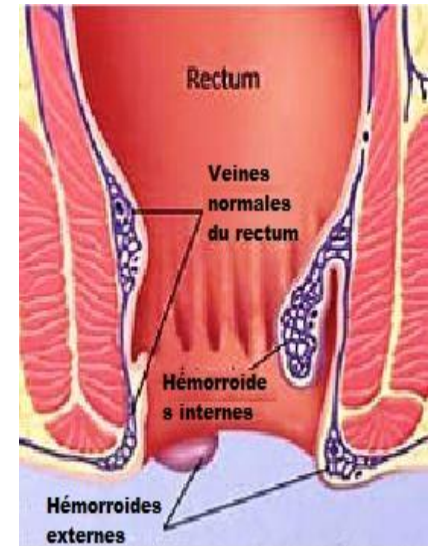
Un peu de physiopathologie...

Théorie **vasculaire** : shunts AV avec ectasie progressive

Théorie **mécanique** : distension du tissu de soutien (procidence)

Un peu d'anatomie...

	H. externes	H. internes
Anatomie	SOUS la ligne pectinée	AU DESSUS de la ligne pectinée
Vascularisation	Artère pudendale	Artère hémorroïdale supérieure
Symptomatologie	THE, marisques	Rectorragies, prolapsus muqueux 4 stades



Les éléments décisionnels à froid

Traitement **médical**, instrumental, chirurgical

Terrain

Stade des hémorroïdes

Rapport **efficacité / morbidité**

Le terrain

Classification **ASA**

Anémies sévères

Associations morbides (fissure, fistule...)

Risque hémorragique

HBPM en curateur >> Clopidogrel > AVK

Aspirine OK

Grossesse

Les 4 stades des hémorroïdes internes

Stade 1 : H. congestives

Stade 2 : H. se prolabant à la défécation
mais **réintégration spontanée**

Stade 3 : H. se prolabant à la défécation et
nécessitant une **réintégration manuelle**

Stade 4 : prolapsus **permanent et non**
réintégré



Les techniques chirurgicales

Milligan Morgan (hémorroïdectomie pédiculaire)

1937



La plus **efficace**

Douleurs postopératoires

Morbidité faible, peu grave

Les techniques chirurgicales

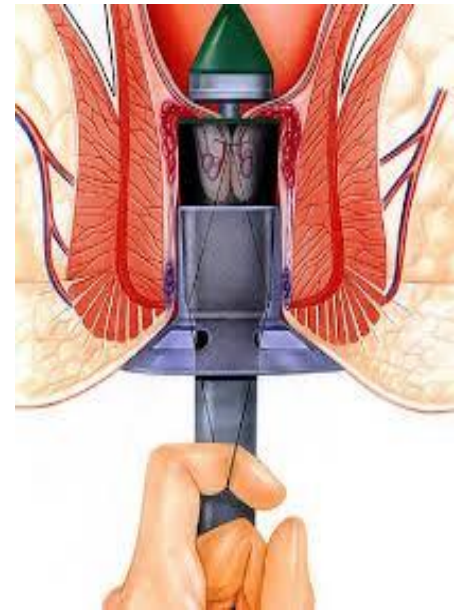
Longo (hémorroïdopexie circulaire)

1998

Efficace

Peu douloureux

Morbidité faible , mais parfois **sévère**



Les techniques chirurgicales

Ligatures artérielles Doppler avec mucopexies (THD)

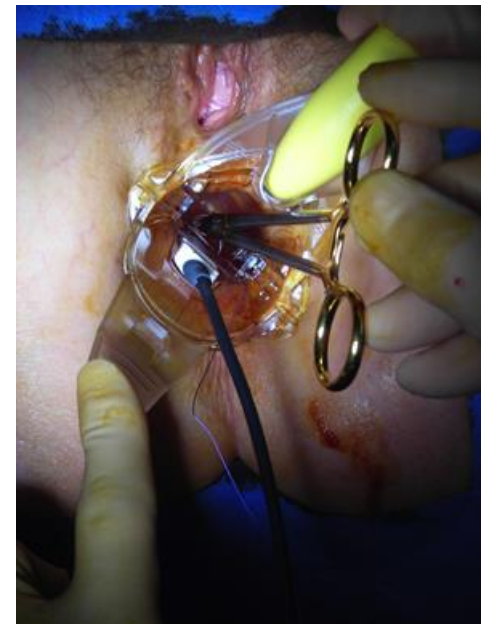
1995 – 2006

HAL,DGHAL, HAL- Doppler, HAL-RAR

Efficace

Peu douloureux

Le moins morbide



[vidéo](#)

Bloc pudendal neurostimulé



Les résultats

	MM	LONGO	THD
Efficacité	+++	++	++
Douleurs postop	+++		
Douleurs résiduelles		+	
Rectorragies	+	+	
Complications graves		+	
Durée AT	2 à 4 semaines	7 à 14 jours	7 à 14 jours
Durée hospit	2 à 5 jours	24 H / AMBU	24 H / AMBU

Indications et stades

Stade **I** : traitement **médical**

Stade **IV** : **Milligan Morgan**

Stades **II** et **III** : **HAL-D** (ou Longo)

Etude LigaLongo...

Etude LigaLongo

Etude **française** prospective, multicentrique,
randomisée

> 400 patients, Annals of Surgery (11/2016)

HAL-D = LONGO

POUR RESUMER...

Le plus **efficace** : Milligan Morgan

Les **moins douloureux** : HAL-D et LONGO

Le **moins morbide** : HAL-D

Reprise **précoce** d'activité : HAL-D et LONGO

Les complications communes

Douleurs

Fécalome

RAU

Hémorragie

Incontinence

Sténose

Ambulatoire et hémorroïdes

20 % seulement en France

Objectif 2016 : **60 %**

Oui avec le **THD**

Terrain : **ASA 1 ou 2**

Patient opéré en début de programme...

Patient bien informé, peu algique...

Ordonnances de sortie à la **Cs préop**



Soins post opératoires

Milligan Morgan: douches, bains de siège

HAL-D / Longo : **0**

AINS (+ IPP), **antalgiques**, **laxatifs**, Métronidazole

Pas de TR systématique

+ ou – pommades et suppositoires

Chirurgie en urgence

THE

Incision sous **AG** (AL ?)

Régulariser le transit

Antalgiques et AINS



Conclusions

Chirurgie **seulement après échec** des différents traitements médicaux et instrumentaux (sauf urgence)

Savoir proposer le meilleur geste possible en s'adaptant au **terrain** et à la **demande** du patient