

## **V.2 Facteurs déclenchant**

- Les troubles du transit : la constipation, les diarrhées ou fausses diarrhées.
- Les épisodes physiologiques de la vie génitale : la menstruation, la grossesse, l'accouchement peuvent être à l'origine de ces poussées hémorroïdaires.
- Mode de vie : activité physique excessive ou bien qui affecte la zone anorectale, immobilité pendant des périodes prolongées (orthostatisme, sédentarisme).
- Alimentation : aliments de digestion lente et difficile, substances irritantes comme le café, l'alcool, les épices (Bernier J. J, 1986 ; Denis J, 1976 ; Brondel H, 1976).
- Iatrogénie médicamenteuse : les laxatifs, les médicaments locaux comme les suppositoires, lavement, savonnages irritants (Sarles et al, 1990).

## **VI. ETUDE CLINIQUE DE LA MALADIE HEMORROIDAIRE**

### **VI.1 Les manifestations cliniques**

#### **VI.1.1 La crise hémorroïdaire**

Il s'agit d'une inflammation locale des paquets hémorroïdaires, elle est banale et sans gravité mais l'aspect des hémorroïdes se modifie peu à peu au cours des poussées inflammatoires (Adelakoun, 1990) d'où les complications.

## **VI.1.2 Les hémorragies ou rectorragies**

On devait les appeler plutôt anorragies que rectorragies puisqu'elles se traduisent par l'émission de sang rouge habituellement non mélangé aux matières (Guéye, 2008). Elles ne sont pas toujours un symptôme de la maladie hémorroïdaire, elles peuvent provenir d'un cancer d'où la règle absolue : toute hémorragie rectale quels que soient ses caractères doit faire pratiquer un examen proctologique complet et une rectoscopie pour rechercher son étiologie (Document Midy, 1968). Ces rectorragies peuvent par leur abondance ou leur caractère répétitif être à l'origine d'une anémie ferriprive (Berrebi, 2006).

## **VI.1.3 Suintement et prurit anal**

Un suintement peut être lié à des hémorroïdes prolabées en permanence ; il est alors à l'origine du prurit. Cependant il faut rechercher les autres causes de suintement et de prurit anal (Adelakoun, 1990).

## **VI.1.4 Les thromboses**

Ce sont l'une des complications des hémorroïdes. Elles sont douloureuses et ne s'accompagnent de sang que si elles s'ulcèrent (Document Midy, 1968). On distingue les thromboses externes et les thromboses internes

### **– Les thromboses externes :**

Elles apparaissent sous forme d'une tuméfaction anale et se présentent sous deux aspects ; un aspect simple qui se traduit par une masse arrondie siégeant au niveau de la marge anale, affleurant l'orifice anal dans le quel elle ne pénètre pas et un aspect œdémateuse se traduisant par plusieurs logettes noyées dans de l'œdème (Bensaude A, 1955 et Duhamel J, 1972).

### – Les thromboses internes :

Elles aussi réalisent deux aspects ; La thrombose interne non extériorisé qui se manifeste par une douleur intracanalairé avec au toucher rectal un relief arrondi, unique plutôt que multiple, induré, douloureux, bleuâtre à l’anuscopie (Guéye, 2008) et la thrombose hémorroïdaire interne prolabée et irréductible qui est improprement appelée « étranglement hémorroïdaire ». Elle apparaît souvent après un effort de défécation en général sur des hémorroïdes anciennes et prolabées. Le malade ressent une vive douleur. Cette douleur s’irradie à l’ensemble du périnée et dans le pelvis avec parfois rétention d’urines ensuite celle-ci disparaît au bout de huit à dix jours (Denis, 1987).

### **VI.1.5 Les procidences ou prolapsus**

Il s’agit d’une extériorisation des hémorroïdes internes par l’anus sous forme de tuméfaction. Ils peuvent être ou non hémorragiques (Adelakoun, 1990). Le patient constate alors une boule sortant par le canal à l’occasion des selles, à l’effort ou bien en permanence. Ce sont les signes les plus gênantes des hémorroïdes. La procidence hémorroïdaire se confond souvent au prolapsus rectal ; la différence reste que dans les prolapsus hémorroïdaires, les stries sont radiés et anales alors que dans les prolapsus rectales, les stries sont concentriques et rectales (Bernier J, 1984 et Soullard et al, 1984).

## **VI.2 Diagnostic**

Il est basé sur un examen physique qui se repose sur un examen proctologique. L'examen proctologique comporte quatre étapes :

- Interrogatoire ;
- Inspection ;
- Toucher anorectale ;
- Anuscopie.

### **VI.2.1 Interrogatoire**

Elle permet de rechercher la notion de douleur spontanée lors des selles ou lors de la station assise, d'écoulement transanal de sang ou de pus, de sérosités, de plaie, de trouble du transit (Guéye, 2008).

### **VI.2.2 Inspection**

Elle détermine l'état de la peau, les marisques, les prolapsus permanents ou d'effort, les thromboses (Sagna, 2000). L'éclairage est sans doute nécessaire.

### **VI.2.3 Toucher anorectale**

On utilise un doigtier lubrifié. L'index en crochet vers l'avant fait sailli à la paroi antérieure du rectum (Guéye, 2008).

Cet étape permet d'explorer les différentes faces à la recherche d'une tumeur ou d'un abcès (Frexinós et al, 2004).

Il est systématiquement complété par l'anuscopie (Autier et al, 2004).

## **VI.2.4 Anuscopie**

Elle permet la visualisation des hémorroïdes (Vilotte et al, 1996). En effet la constatation d'un prolapsus ou d'hémorroïdes turgescents à l'anuscopie ne doit pas dispenser de rechercher une tumeur recto colique chez un sujet qui a des rectorragies.

## **VII. TRAITEMENT DES HEMORROIDES PAR LA MEDECINE MODERNE**

La maladie hémorroïdaire est une cause très fréquente de consultation en proctologie, gastro-entérologie, chirurgie viscérale, médecine générale et dans les autres spécialités traitant les maladies du périnée. Le traitement de la maladie hémorroïdaire a pour but de supprimer les manifestations fonctionnelles en rapport avec les hémorroïdes. Il est mis en place uniquement quand les hémorroïdes sont gênantes ou compliquées. Il repose sur un diagnostic fondé sur un interrogatoire et un examen clinique comprenant au minimum une anuscopie pour une visualisation directe et une coloscopie en cas de saignement.

Les principales modalités thérapeutiques sont :

- Traitement médical (local et ou voie générale)
- Traitement instrumental
- Traitement chirurgical

Dans la pratique ils peuvent être associé et souvent se succéder.

### **VII.1 Traitement médical**

Il vise l'action sur l'état congestif (Adelakoun, 1990). Les plantes occupent une place importante dans cette thérapeutique en tant que sources naturelles de nombreux principes actifs. Les substances à activité vitaminique P

sont ici les plus en vu mais en tenant compte de l'étiologie et de la physiopathologie de la maladie, le traitement doit associer des substances d'action thérapeutique autre que celles actives sur les vaisseaux. Il s'agit des modificateurs du transit, des anti-inflammatoires et des anesthésiques locaux.

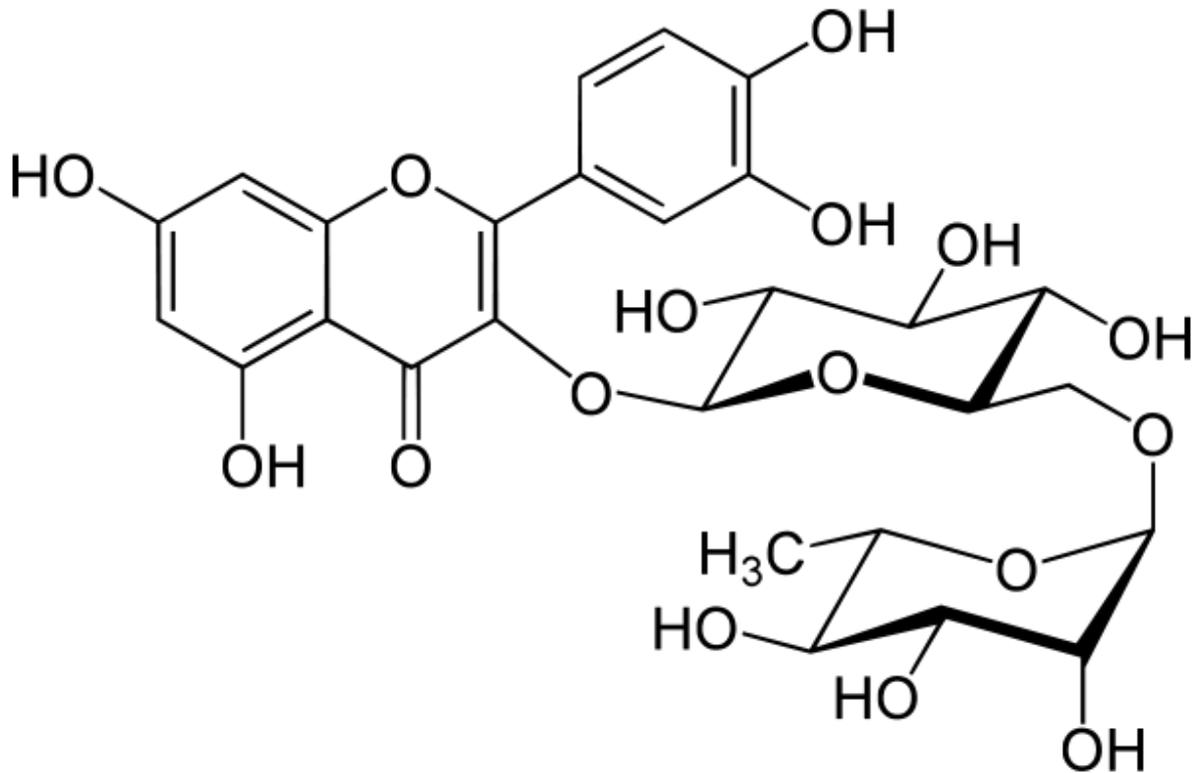
### **VII.1.1 Traitement par voie générale**

#### **a) Les veinotoniques**

Plusieurs études, partant de concepts physiopathologiques impliquant la composante vasculaire des hémorroïdes ont suggéré l'utilisation des substances veinotoniques prescrites pour le traitement de l'insuffisance veineuse. Les veinotoniques sont des substances à activité vitaminique P. L'activité vitaminique se traduit par leur capacité de renforcer la résistance des veines et de diminuer leur perméabilité.

De nombreuses préparations sont retrouvées sur le marché. Leur activité est difficile à apprécier, probablement mineure en dehors d'une période de crise (Sagna, 2000). Ce sont des préparations qui contiennent pour la plus part des flavonoïdes. Ces veinotoniques et vasculo-protecteurs possèdent de nombreux principes actifs dont le chef de file est le rutoside (Dorosz. Ph, 1999; Bruneton J, 1987; Pradal H, 1974).

Le rutoside est commercialisé sous les noms de Relvène® ; Esberiven Fort® ; Véliten®. On a d'autres principes actifs comme la Diosmine commercialisée sous les noms de Diovenor® ; Daflon®, le citroflavonoïde commercialisé sous le nom de Cyclo 3 Fort®.



**Formule chimique du rutoside**

### **b) Les modificateurs du transit**

Pour les hémorroïdes externes et internes il est recommandé de prendre en charge les troubles du transit. Compte tenu du rôle de la constipation dans la genèse des maladies hémorroïdaires, plusieurs études ont porté sur les modificateurs du transit (Webster et al, 1978 ; Moesgaard et al, 1982).

L'apport de fibres alimentaires diminue les symptômes suivant des maladies hémorroïdaires : douleur (Moesgaard et al, 1982), le saignement (Perezmiranda et al, 1996), les prolapsus (Webster, 1978). La régulation du transit intestinal est capitale et beaucoup d'hémorroïdes sont définitivement guéries par cette seule précaution (Cope, 1983). Les mucilages améliorent le transit des patients, cette amélioration se poursuit jusqu'à la sixième semaine de traitement et probablement au-delà si le traitement est poursuivi (Moesgaard et al, 1982).

### **c) Les anti-inflammatoires**

Les anti-inflammatoires ont été proposés en poste opératoire (kétoprofène, naproxène) ou traitement primaire de la douleur (phénylbutazone, oxyphénylbutazone). Mais il s'agit de données disparates et en dehors de toute étude spécifique, aucune recommandation ne peut être formulée pour la maladie hémorroïdaire en dehors de leur traitement chirurgical.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont cependant efficaces dans la thrombose hémorroïdaire. L'utilisation de l'aspirine n'est pas logique, compte tenu du risque hémorragique, en cas de manifestations douloureuses, mais aucune recommandation ne peut être établie pour les patients ayant des symptômes hémorroïdaires et traités par de faibles doses d'aspirine pour pathologies cardiovasculaires. On ne dispose pas de données concernant la cortisone et ses dérivés.

### **VII.1.2 Traitement par voie locale**

Dans la littérature internationale, de nombreuses thérapeutiques locales, physiques ou médicamenteuses (utilisation du froid, bain de siège, anesthésiques locaux, topiques comportant prokinétique ou un veinotonique), ont été suggérées ou proposées. Mais en l'absence d'études d'un niveau d'étude correct, on ne peut dégager un argumentaire suffisant pour étayer des recommandations. On note néanmoins que l'utilisation de ce type de traitement est largement diffusée dans la pratique (Zeitoun, 2003).

Il est donc retenu les conclusions suivantes sur des arguments indirects le plus souvent. Compte tenu de l'existence de phénomènes inflammatoires locaux et du rôle pathogénique présumé de la constipation, les topiques contenant de l'hydrocortisone (ou l'un de ses dérivés) ainsi que ceux comportant un excipient lubrifiant ou protecteur, peuvent être prescrits brièvement pour atténuer les

symptômes fonctionnels (Smith L. E, 1987). L'absence de bénéfice à long terme et d'action préventive démontrée sur de nouvelles poussées, ne permet pas de conseiller l'utilisation prolongée des traitements locaux.

Les traitements sont disponibles sous formes de suppositoires, de crèmes ou de pommades. La galénique de ces produits n'a pas été spécifiquement étudiée. En revanche, les complications traumatiques des laxatifs locaux du type lavements ou micro lavements, conduisent à les déconseiller en cas de manifestations hémorroïdaires (Debarades et al, 1996).

## **VII.2 Traitement instrumental**

### **VII.2.1 Les injections sclérosantes**

Il s'agit de l'injection sous la muqueuse rectale au dessus des hémorroïdes d'un produit irritant pour l'ensemble des tissus. Elles ont été introduites en France en 1920 (Khoury.G.A et al, 1985 ; Sim.G.J et al, 1983 ; Fillipi. M, 1968).

Les injections espacées de semaine en semaine seront réparties sur la circonférence anale en évitant les deux pôles postérieurs coccygiens et antérieurs péri-anal (Guéye, 2008).

Deux produits sont utilisés :

- Le chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5% qui est la solution de base et de choix.
- L'huile phéniquée à 5% (Debray et al, 1977).

Cette huile est en phase de disparition (Sagna, 2000). Toute fois chez les intolérants à la quinine on utilise la solution d'huile phéniquée à 5% c'est le cas de la femme enceinte ou des sujets atteints de névrites auditives et optiques (Bensaude. A, 1955). Cette sclérose est efficace contre les rectorragies et les

procidences mineures. Cependant cette efficacité est à court terme et la récurrence est la règle (Sagna, 2000).

### **VII.2.2 La cryothérapie**

Elle consiste à congeler les paquets hémorroïdaires à basse température particulièrement dans l'azote liquide à 180°C (Berta, 1980). Il s'en suit une nécrose et une chute des paquets. C'est une technique réalisée aux Etats Unies dès 1965 (Brondel et al, 1977). On peut aussi utiliser le protoxyde d'azote liquide.

### **VII.2.3 La ligature élastique**

Elle a été diffusée par Baron en 1962 et introduite en France par Souillard et a remplacé la ligature à griffes par un système d'aspiration (Arabi et al, 1977). C'est une méthode ambulatoire peu douloureuse permettant parfois une intervention chirurgicale militante (Cougard, 1980). Elle consiste à introduire un anneau élastique à la base du paquet hémorroïdaire situé au dessus de la ligne pectinée, dans une zone où la muqueuse recouverte d'un épithélium cylindrique est peu ou pas sensible (Debray et al, 1977). Des thromboses hémorroïdaires externes, une dysurie, des hémorragies et chute d'escarre à partir du dixième jour constituent les principales complications possibles (Bigard et al, 2001).

### **VII.2.4 La photo coagulation infrarouge**

Elle a été présentée en 1977 par Neiger. Cette technique nécessite une photo coagulation à rayon infra rouge qui transforme en chaleur le rayonnement émis par une ampoule de tungstène focalisée sur une tige en quartz au point d'application (Leicester et al, 1981).