L'évolution de nos traitements : pourquoi ? comment ? L'exemple de la maladie hémorroïdaire

P.-A. Lehur · G. Meurette · H. Mounier-Boutoille

© Springer-Verlag 2009

« Sommes-nous des girouettes insensées pour changer ainsi nos pratiques les plus courantes tous les cinq à dix ans ? »

La prise en charge de la maladie hémorroïdaire fait partie de nos préoccupations... et de nos interrogations quotidiennes

Qui ne se pose pas ces questions face à un patient se présentant pour maladie hémorroïdaire : faut-il ou non opérer ? Et si oui, comment ? Nous sommes à peu près tous d'accord sur les réponses à la première question, guidés en cela par les recommandations pour la pratique clinique (RPC) élaborées et publiées en 2001 [1] :

- le recours à la chirurgie ne s'envisage que chez des patients symptomatiques ;
- le traitement chirurgical est guidé par la situation anatomique, mais le rétablissement d'une anatomie normale n'est pas un objectif en soi ;
- le traitement chirurgical n'est proposé qu'après échec des traitements médicaux et instrumentaux, à l'exception de certaines situations particulières ;
- le consentement éclairé du patient sur les bénéfices et les risques thérapeutiques est obtenu avant l'intervention.

La méthode à employer reste plus discutée lorsque vient l'heure de la chirurgie. Cette question fait encore et toujours l'objet de débats passionnés lors de nos réunions scientifiques. Pour preuve, une session complète des dernières Journées de Coloproctologie (novembre 2008) a été consacrée aux techniques chirurgicales et pas moins de six options de prise en charge étaient discutées.

C'est souligner que les approches chirurgicales possibles sont nombreuses, traduction vraisemblable de la variété des

situations cliniques rencontrées, mais c'est également, il ne faut pas se le cacher, le reflet de pratiques extrêmement hétérogènes pour cette pathologie pourtant si commune. Cela ne peut que laisser perplexes nos patients informés, les collègues qui nous confient leurs patients et nos autorités sanitaires à l'heure de la standardisation des pratiques réglementées et tarifées.

Alors, peut-on décemment venir ajouter et défendre une nouvelle approche, moins de dix ans après avoir appris, développé, enseigné et promu, avec d'autres, la petite révolution qu'a été l'opération de Longo dans le traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire ?

C'est l'objet des réflexions développées dans cet éditorial.

L'excision du tissu hémorroïdaire a longtemps prévalu pour le traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire, quelle qu'en soit la modalité retenue (Milligan-Morgan, Ferguson ou Parks). Son caractère radical impliquant le sacrifice d'une structure fonctionnellement utile, ses risques potentiels et la douleur induite par le geste ont fait, dans le courant des années 1990, le lit d'une nouvelle approche, moins « invasive », plus respectueuse du canal anal : le « Longo » ou hémorroïdopexie agrafée rendue possible par le développement de nouveaux outils performants (agrafeuse circulaire PPH01, puis PPH03 proposée avec un ancillaire adapté – Lab. Ethicon-Endosurgery). Nous avons été parmi les centres pilotes français de formation et d'évaluation de cette technique [2,3]. Après un long et difficile travail des sociétés savantes et la rédaction d'un gros document de synthèse sous l'égide de la HAS [4], la technique a été officiellement reconnue en France avec, en point d'orgue, son inscription à la classification commune des actes médicaux sous le code 05NC10 (2007).

Malgré des évolutions récentes dans la prise en charge périopératoire, l'une et l'autre de ces approches restent agressives, pas toujours acceptées dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, notamment en raison du risque postopératoire immédiat de saignement et de douleurs. Plus à distance, le risque, même faible, d'incontinence, d'impériosité défécatoire, de sténose anale, la nécessité d'un arrêt de travail

P.-A. Lehur (✉) · G. Meurette · H. Mounier-Boutoille
Institut des maladies de l'appareil digestif, Hôtel-Dieu,
F-44093 Nantes cedex 01, France
e-mail : paulantoine.lehur@chu-nantes.fr

parfois prolongé demeurent des facteurs limitants de cette chirurgie fonctionnelle, même si, pour tous ces indicateurs de performance, le Longo « fait mieux » que la chirurgie conventionnelle [5,6]. Dans un tel contexte, la recherche d'une solution « mini-invasive » reste d'actualité, notamment pour les stades peu évolués, mais invalidants de la maladie hémorroïdaire.

Approche chirurgicale de la maladie hémorroïdaire : un reflet de nos évolutions chirurgicales... et sociétales globales

À observer l'évolution de nos pratiques chirurgicales que guident le progrès technique, la demande des patients et notre compréhension des processus pathologiques, on peut retenir plusieurs tendances de fond : l'approche mini-invasive, le respect des tissus (effet des théories du développement durable ?), la dimension « douleur » de la prise en charge, la démarche « risque zéro ». Et ce qui est vrai pour d'autres domaines de la chirurgie (digestive par exemple), l'est aussi pour la proctologie chirurgicale.

C'est pourquoi, une approche encore moins invasive de la chirurgie hémorroïdaire telle que la ligature artérielle doppler-guidée est attractive et mérite d'être testée sur le plan technique et évaluée pour ses résultats [7]. Elle représente en effet une innovation dans la prise en charge de la maladie hémorroïdaire et mérite à ce titre notre attention.

Son principe, simple, consiste en :

- un repérage par écho-doppler des branches terminales des artères hémorroïdales cheminant à la partie basse de la paroi rectale et irriguant le réseau hémorroïdaire interne ;
- une ligature au fil résorbable des artères ainsi détectées, éventuellement associée à une plicature de la muqueuse hémorroïdaire prolapsée assurant un repositionnement du tissu hémorroïdaire sans résection tissulaire.

Un matériel spécifique et fiable a été mis au point par différentes sociétés, et pour notre part, nous évaluons depuis plusieurs mois, avec satisfaction, le matériel de la société italienne THD-lab qui associe un anoscope transparent à usage unique de large diamètre et une restitution doppler d'une grande clarté sonore et d'une excellente fiabilité. Les publications commencent à apparaître, confirmant l'intérêt de la méthode, au moins dans le court-moyen terme, en matière de confort postopératoire et d'efficacité thérapeutique [8].

Alors quels sont les arguments qui poussent à développer cette technique, au risque d'être pris pour une girouette ?

- son caractère mini-invasif : certainement, et il est facile ici, dans une situation intermédiaire entre ligature élastique et Longo, d'envisager l'hospitalisation ambulatoire, sûre pour le patient en termes de seuil douloureux et de risque

de rétention urinaire. L'interruption des activités personnelles et professionnelles s'en trouve également très réduite, voire inexistante pour les plus motivés, avec les incidences économiques qu'on peut aisément imaginer ;

- la quasi-certitude d'une absence de douleur postopératoire répond à la demande des patients. Elle les incite même à se présenter plus tôt pour une prise en charge, et il serait intéressant de vérifier cette évolution dans les stades de prise en charge de la maladie hémorroïdaire à l'échelon d'une population ;
- le respect des tissus dont on connaît le rôle fonctionnel dans la continence, est une réalité qui différencie cette approche de l'hémorroïdectomie conventionnelle et du Longo. Il permet d'apporter une réponse chirurgicale adaptée lorsqu'il existe un risque d'incontinence, et l'on pense là aux femmes âgées à périmétrie fragile et anus hypotonique souffrant de prolapsus hémorroïdaire ;
- le risque médico-légal est également présent à l'esprit car, même si les complications de la chirurgie des hémorroïdes sont rares, elles sont lourdes de conséquences, rarement vitales, mais fonctionnelles, handicapantes. Pas toujours prévisibles, elles s'invitent dans le dialogue préopératoire qu'elles rendent difficile. Un tel risque est pratiquement inexistant avec la ligature artérielle et permet d'être très rassurant auprès du patient toujours inquiet.

Alors, même au prix d'un résultat incertain à long terme, qui ne serait pas tenté de prendre sa chance pour les bénéfices que l'on vient d'indiquer ? Il existe en effet une forte probabilité d'un risque significatif de récurrence avec cette nouvelle approche, déjà vérifiée dans les premiers travaux publiés : mais qui est sûr de l'avenir ? La récurrence surviendra-t-elle si une régularisation efficace du transit est instaurée ? Nécessitera-t-elle une résection hémorroïdaire complète ou seulement limitée à un paquet résiduel ? Autant d'éléments à évaluer, mais qui ne vont probablement pas contre la méthode.

Alors, vous l'aurez compris, au risque d'être pris pour une girouette attirée par la nouveauté, il nous apparaît licite et même recommandé pour le bénéfice de nos patients, de se lancer dans une nouvelle étape de mise en place et d'évaluation de faisabilité et d'efficacité de la technique de ligature artérielle doppler-guidée en traitement de la maladie hémorroïdaire, avant d'entamer, en cas de réponse positive, les démarches d'inscription à la CCAM... Mais cela est une autre histoire.

Références

1. Abramowitz L, Godeberge P, Staumont G, Soudan D (2001) Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. *Gastroenterol Clin Biol* 25:674–702 (*Ann Chir* 126:845–849)

2. Lehur PA, Gravié JF, Meurette G (2001) Circular stapled anopexy for hemorrhoidal disease: results. *Colorect Dis* 3:374–379
3. Gravié JF, Lehur PA, Hutten N et al (2005) Stapled hemorrhoidopexy versus Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. A prospective randomized multicenter trial with 2-year postoperative follow-up. *Ann Surg* 242:29–35
4. HAS, service évaluation des pratiques professionnelles. Hémorroïdopexie circulaire par agrafage. Juillet 2005. Accédé le 19 janvier 2009. <http://www.has-sante.fr>
5. Shao WJ, Li GC, Zhang ZH et al (2008) Systematic review and meta-analysis of randomized control trials comparing stapled haemorrhoidopexy with conventional haemorrhoidectomy. *Br J Surg* 95:147–160
6. Godeberge P, Siproudhis L, Faucheron JL (2008) Mise au point sur la maladie hémorroïdaire. Numéro spécial. *Colon Rectum* 2:S7–S20
7. De Parades V, Faucheron JL (2008) La ligature des artères hémorroïdales sous contrôle doppler : la nouvelle donne de la chirurgie hémorroïdaire. *Gastroenterol Clin Biol* 32:660–663
8. Faucheron JL, Gangner Y (2008) Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation for the treatment of symptomatic hemorrhoids: early and three-year follow-up results in 100 consecutive patients. *Dis Colon Rectum* 51:945–949