

HEMORROIDECTOMIE

RESUME DES RECOMMANDATIONS

Translated by Julien Raft

Remarques sur les recommandations PROSPECT

PROSPECT fournit, aux praticiens, des arguments pour ou contre sur l'utilisation de diverses méthodes de traitement de la douleur postopératoire basés sur des publications référencées et des opinions d'experts. Les praticiens doivent émettre des jugements personnels ou institutionnels en fonction des circonstances cliniques et des réglementations locales. À tout moment, les informations de prescription pour les médicaments mentionnés doivent être consultées au niveau local.

Douleur après hémorroïdectomie et objectifs de l'analyse PROSPECT

L'hémorroïdectomie est associée à des douleurs postopératoires modérées à sévères. De multiples traitements pharmacologiques, stratégies anesthésiques et techniques chirurgicales ont été étudiés pour l'analgésie postopératoire.

Les recommandations PROSPECT pour la gestion de la douleur postopératoire après hémorroïdectomie ont déjà été publiées en 2010 ([Joshi et al](#)) et 2017 ([Sammour et al](#)). Cependant, de nombreuses études ont été publiées depuis les dernières recommandations. L'objectif d'une récente revue de la littérature ([Bikfalvi et al 2023](#)) était de mettre à jour la littérature et les recommandations pour la prise en charge de la douleur après chirurgie hémorroïdaire. La période de recherche dans la littérature était du 1er janvier 2016 au 2 février 2022.

La méthodologie PROSPECT est disponible sur <https://esraeurope.org/prospect-methodology/>.

Résumé des recommandations et points clés

Résumé des recommandations et points clés pour le traitement de la douleur pour hémorroïdectomie	
Traitements médicamenteux	<p>Paracétamol associé aux AINS ou aux inhibiteurs sélectifs de la COX-2 en préopératoire ou peropératoire et post opératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucune nouvelle étude portant sur ces médicaments n'a été publiée depuis 2010 (Joshi 2010)
	<p>Dexaméthasone (injection intraveineuse unique)</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucune nouvelle étude portant sur les corticoïdes n'a été publiée depuis 2010 (Joshi 2010) Deux études précédentes incluaient de la bétaméthasone intramusculaire. Cependant la dexaméthasone est couramment utilisée comme antiémétique et une simple augmentation de la dose à 0,1 – 0,2 mg/kg procure un effet antalgique supplémentaire (De Oliveira 2011)
	<p>Laxatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette recommandation est basée sur des preuves incluses dans les précédentes recommandations (London 1987; Kecmanovic 2006)
	<p>Traitement par voie locale (ou topique) : metronidazole, diltiazem, sucralfate et trinitrate de glycéryle</p> <ul style="list-style-type: none"> Des preuves spécifiques ont révélé que les éléments suivants fournissaient une analgésie efficace : metronidazole par voie locale (Lyons 2017; Xia 2018; Xia 2020; Abbas 2020; Razzaq 2020; Xia 2022), diltiazem par voie locale (Xia 2020; Huang 2018; Yadav 2018; Bader 2020; Abidi 2021), sucralfate par voie locale (Xia 2020; Veidan 2020), et trinitrate de glycéryle par voie locale (Liu 2016; Vahabi 2019) Le choix d'un traitement topique postopératoire doit être laissé aux préférences de l'opérateur et adapté aux caractéristiques individuelles du patient
	<p>Toxine botulique</p> <ul style="list-style-type: none"> De nouvelles données indiquent que l'injection locale de toxine botulique réduit la douleur post opératoire (Alvandipour 2021; Sirikurnpiboon 2020; Cheng 2022), mais l'incontinence anale n'était pas un objectif recherché dans ces études.

	<ul style="list-style-type: none"> • Cependant, le coût peut être prohibitif en pratique courante. <p>Opioides de secours</p> <ul style="list-style-type: none"> • En raison des effets indésirables liés aux opioïdes tels que les nausées vomissements post opératoires (Frauenknecht 2019), la constipation avec douleur consécutive à la défécation et leur contribution à la crise sanitaire liée à l’addiction des opioïdes (Soneji 2016); les opioïdes doivent être uniquement considérés comme un antalgique de secours lorsque les pratiques recommandées ne sont pas adaptées.
<p>Bloc nerveux anesthésique et analgésique</p>	<p>Bloc pudendal bilatéral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des preuves indiquent les avantages du bloc pudendal bilatéral (Li 2021; Mongelli 2021; Di Giuseppe 2020; He 2021; Kumar 2016; Nadri 2018) • Cependant, le risque de lésion nerveuse et de névralgie pudendale en particulier si le bloc nerveux est effectué à l’aveugle, doit être mis dans la balance bénéfice risque.
<p>Procédures chirurgicales</p>	<p>Le choix de la technique chirurgicale doit être laissé à la discrétion de l’opérateur selon le type d’hémorroïdes, son expérience et son expertise.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il convient de noter que la chirurgie de résection hémorroïdaire selon Milligan-Morgan est plus douloureuse que les hémorroïdectomies avec agrafes, LigaSure™ ou ultrasons. Ces dernières sont plus douloureuses que la désartérialisation hémorroïdaire transanale ou à la ligature à l’élastique. • Ces résultats sont basés sur l’analyse de 54 études portant sur les différentes techniques chirurgicales.
<p>Autres modalités</p>	<p>Acupuncture</p> <ul style="list-style-type: none"> • L’acupuncture périopératoire peut être recommandée comme complément analgésique sur la base de preuves spécifiques à la procédure (Qin 2020; Wu 2018; Yeh 2018; Wang 2020) • Cependant, l’hétérogénéité des techniques étudiées, ainsi qu’une réduction du score de moins d’un point et la formation spécifique requise empêchent une large diffusion dans la pratique clinique

COX, cyclooxygenase; AINS, anti inflammatoire non stéroïdien.

Prises en charge NON recommandées

Prises en charge non recommandées pour le traitement de la douleur chez les patients subissant une chirurgie d'hémorroïdectomie

Types de prise en charge	Traitement	Raison d'une non recommandation
Traitement pharmacologique	Metronidazole oral	Preuves contractictoires
	Sebacoyl dinalbuphine ester intramusculaire	Preuves limitées
	Atorvastatine par voie locale	Preuves limitées
	Baclofène par voie locale	Preuves limitées
	Lidocaïne avec du diclofénac par voie locale	Preuves limitées
Stratégies anesthésiques et analgésiques	Rachianesthésie	Preuves limitées
	Morphine intrathécale	Preuves limitées
	Infiltration périanale de tramadol	Preuves limitées
	Infiltration périanale d'un anesthésique local	Manque de preuves
	Infiltration périanale de bupivacaine liposomale	Manque de preuves
	Infiltration périanale de bupivacaine liposomale avec de l'aloë vera	Preuves limitées
Procédures chirurgicales	Résection hémorroïdaire selon Milligan-Morgan	Manque de preuves
	Hémorroïdectomie selon Ferguson	Preuves contractictoires
	Mucopexie avec injections locales de sulfates d'aluminium et de potassium associées à de l'acide tannique	Preuves contractictoires
Other modalities	Checklist post opératoire des médicaments	Manque de preuves
	Pommade Shuangjin avec aescinate de sodium	Preuves limitées
	Décoction modifiée Buzhong Yiqi avec pommade Gangtai	Preuves limitées
	Bain du siège avec Xiaozhi	Preuves limitées
	Yoga Karamardadi avec du diclofénac	Manque de preuves
	Venoplant oral	Preuves limitées
	Flavonoïdes oral avec complexe dermique Centella	Manque de preuves

Tableau sur les recommandations générales PROSPECT

Recommandations générales pour le traitement de la douleur chez les patients subissant une chirurgie d'hémorroïdectomie

Traitement médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> • Paracétamol combiné avec AINS ou inhibiteurs sélectifs de la COX-2 administrés en préopératoire ou peropératoire et continués en post opératoire • Dexaméthasone (intraveineuse, dose unique) • Laxatifs • Par voie locale : metronidazole, diltiazem, sucralfate ou trinitrate de glycéryle • Toxine botulique • Opioïdes de secours
Stratégie anesthésique et analgésique	<ul style="list-style-type: none"> • Bloc nerveux pudendal bilatéral
Procédures chirurgicales	<ul style="list-style-type: none"> • Le choix de la technique chirurgicale doit être laissé à la discrétion de l'opérateur, son expérience et son expertise. Il convient de noter que la chirurgie de résection hémorroïdaire selon Milligan-Morgan est plus douloureuse que les autres techniques chirurgicales
Autres modalités	<ul style="list-style-type: none"> • Acupuncture

COX, cyclooxygenase; AINS anti inflammatoire non stéroïdien.

Publication PROSPECT

PROSPECT guideline for haemorrhoid surgery: A systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations.

Bikfalvi A, Faes C, Freys SM, Joshi GP, Van de Velde M, Albrecht E. on behalf of the PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy (ESRA).

[Eur J Anaesthesiol Intensive Care Med 2023; 2:3\(e0023\). DOI: 10.1097/EA9.000000000000023](https://doi.org/10.1097/EA9.000000000000023)

[PROSPECT guideline for haemorrhoid surgery-infographic FR](#)

prospect
procedure specific postoperative pain management

recommandations
pour hémorroïdectomie

Revue systématique et recommandations sur la gestion de la douleur post opératoire



Chirurgie

Le choix de la technique chirurgicale doit être laissé à la discrétion de l'opérateur selon son expérience, son expertise, le type d'hémorroïdes et le risque de récurrence. La chirurgie de résection hémorroïdaire est plus douloureuse que les autres techniques d'hémorroïdectomie.



Analgésie systémique

L'analgésie systémique doit inclure du paracétamol et des anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou des inhibiteurs de la cyclooxygénase (COX)-2 administrés en préopératoire ou peropératoire et poursuivis en postopératoire.



Dexaméthasone

Une dose unique de dexaméthasone par voie intraveineuse est recommandée pour ses effets analgésiques et antiémétiques.



Bloc pudendal bilatéral

Le bloc pudendal bilatéral procure un bénéfice analgésique.



Médication par voie locale

Les produits suivants produisent une analgésie efficace par voie locale : metronidazole, diltiazem, sucralfate et trinitrate de glycéryle.



Acupuncture

L'acupuncture peut être recommandée comme complément antalgique.



Toxine Botulique

L'injection locale de toxine botulique réduit la douleur post opératoire.



Opioides

Les opioïdes ne doivent être uniquement considérés comme une analgésie de secours.