

## HEMORROÏDES ET ACCOUCHEMENT

Après un accouchement, 20% des femmes vont souffrir de maladie hémorroïdaire (1). L'intérêt que porte votre entourage à votre bébé et à votre suivi gynécologique, place cette région anale au troisième plan et pourtant c'est parfois un souvenir plus douloureux que l'accouchement lui-même.

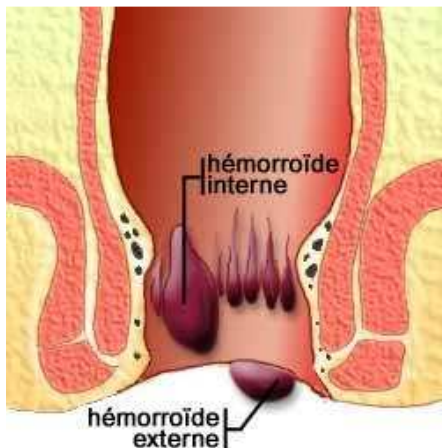
### ANATOMIE

Nous appelons hémorroïdes les petits coussinets vasculaires situés dans le canal anal au bout des artères hémorroïdaires. Il y a habituellement trois artères hémorroïdaires et donc le plus souvent trois hémorroïdes.

Ces coussinets, appelés coussinets de Thompson (Voir Figure 1), sont composés d'anastomoses artérioveineuses (zone de transition entre les artérioles et les veines) et de lacs vasculaires. Ils participent à la continence anale.

Le canal anal est divisé en deux par la ligne pectinée (voir Figure 2). Au dessus de la ligne pectinée, on parle d'hémorroïdes internes qui sont recouvertes de muqueuse, en dessous on parlera d'hémorroïdes externes recouvertes d'épiderme (la peau).

Ainsi, nous avons tous des hémorroïdes.



**Figure 1** : Dessin en coupe du Canal anal avec les hémorroïdes.



**Figure 2** : Les 3 paquets hémorroïdaires.

### PHYSIOPATHOLOGIE

Après un accouchement, 20% des femmes vont souffrir de maladie hémorroïdaire (1). L'intérêt que porte votre entourage à votre bébé et à votre suivi gynécologique, place cette région anale au troisième plan et pourtant c'est parfois un souvenir plus douloureux que l'accouchement lui-même.

L'origine de la maladie hémorroïdaire n'est pas formellement connue mais plusieurs hypothèses sont formulées.

Lorsque les hémorroïdes internes gonflent au point de s'engager dans le canal anal où elles se font étrangler par le sphincter anal, elles deviennent inflammatoires, turgescents et donc susceptibles de saigner et de faire mal. La circulation sanguine dans ce coussinet hémorroïdaire se faisant mal, il se forme parfois un caillot de sang que l'on appelle thrombose hémorroïdaire. Cette thrombose est alors soit interne (située au dessus de la ligne pectinée, au niveau de l'hémorroïde interne) soit externe (située au dessous de la ligne pectinée, au niveau de l'hémorroïde externe). Elle est le plus souvent externe.

L'hyperpression vasculaire pendant la grossesse favorise la formation d'une turgescence hémorroïdaire. Les poussées importantes au moment de l'accouchement favorisent l'extériorisation de ces hémorroïdes. Lorsque ces coussinets hémorroïdaires se font étrangler dans le canal anal par le sphincter anal à la suite de leur extériorisation, cela favorise l'apparition de thromboses et d'inflammations.

Si en plus se surajoutent des poussées itératives aux toilettes en raison d'une constipation non traitée, ou des selles fréquentes et acides en cas de diarrhées alors tout est réuni pour que la crise arrive.

On verra ainsi que les troubles du transit jouent un rôle important même si l'accouchement reste un facteur déclenchant.

L'imprégnation hormonale durant la grossesse joue aussi certainement un rôle, comme les modifications hormonales qui interviennent après l'accouchement. Le tissu hémorroïdaire est en effet riche en récepteurs hormonaux (2).

## ETIOLOGIE DE LA MALADIE HEMORROÏDAIRE EXTERNE

Les facteurs de risque prouvés de thrombose hémorroïdaire après accouchement sont la dyschésie (difficultés à évacuer les selles, également appelée constipation terminale) et l'accouchement tardif, au-delà de 39,7 semaines d'aménorrhée (1). Un gros bébé et une première phase de travail trop longue sont aussi des facteurs de risque de thrombose externe hémorroïdaire (3).

Ainsi, la césarienne semble protéger des thromboses : 4% de thromboses hémorroïdaires externes après césarienne contre 20% après un accouchement par voie basse. Pour autant l'existence d'une thrombose hémorroïdaire ne constitue pas une indication de césarienne.

---

## SYMPTÔMES

La thrombose hémorroïdaire externe est la pathologie hémorroïdaire la plus fréquente après un accouchement mais plusieurs types de maladies hémorroïdaires peuvent se présenter.

- **La thrombose hémorroïdaire externe** : il s'agit d'un caillot de sang qui se forme dans les petits coussinets hémorroïdaires situés sous la ligne pectinée. Il crée une réaction inflammatoire très douloureuse, et une tuméfaction anale bien ressentie par la patiente. Cette thrombose s'accompagne parfois d'un œdème. Ce petit nodule se résorbe en plusieurs jours, la



douleur disparaissant en 2 à 4 jours puis la thrombose pouvant mettre plusieurs jours voire plusieurs semaines à disparaître. Elle laisse parfois une excroissance cutanée disgracieuse mais peu gênante appelée marisque (voir Figure 3).



**Figure 3** : Thrombose externe et marisque.

- **La thrombose hémorroïdaire interne** : parfois ce caillot touche l'ensemble de l'hémorroïde, sa partie externe comme la partie interne. L'ensemble du paquet hémorroïdaire est thrombosé et s'extériorise. Ce type de thrombose est particulièrement douloureux. Son évolution est identique à la thrombose externe mais sa résorption est en générale plus longue.
- **Le prolapsus thrombosé circulaire** : dans des cas plus rares, les 3 paquets sont extériorisés, inflammatoires et thrombosés. Ils constituent le prolapsus hémorroïdaire thrombosé circulaire. Cette maladie nécessite un traitement plus lourd et parfois une chirurgie en urgence.

Les thromboses sont source de douleur. La simple turgescence et l'œdème des hémorroïdes internes induisent une tension et une pesanteur parfois aussi douloureuses.

## LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

L'examen proctologique fera le diagnostic. L'examen de la marge anale permet de repérer une éventuelle thrombose hémorroïdaire externe sous forme d'une tuméfaction anale bleutée avec ou sans œdème.

L'anuscopie, examen à l'aide d'un spéculum adapté au canal anal, permet l'observation des hémorroïdes internes. Cet examen n'est pas possible en période douloureuse. L'examen proctologique est essentiel pour faire le diagnostic car les douleurs anales après accouchement ne sont pas forcément liées à une maladie hémorroïdaire.

## DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La fissure anale, plaie du canal anal, est fréquente après un accouchement. Elle touche 15% des femmes après un accouchement (1). Elle est source de douleurs après la selle disparaissant progressivement après. Elle entraîne parfois des saignements.

Il faut également se méfier des maladies anales non liées à l'accouchement et pouvant se révéler durant cette période. Comme l'abcès de la marge anale, tuméfaction douloureuse parfois accompagnée d'un écoulement purulent, le mélanome malin dont l'évolution est bien différente : nodule noirâtre infiltrant, peu douloureux, ne régressant pas. Il ne faut ainsi pas hésiter à consulter son médecin.

## TRAITEMENT

### Le traitement des troubles du transit

Il est essentiel, même si son efficacité n'est prouvée qu'en cas de diarrhée (4). En effet, la constipation reste mal vécue en cas de douleur anale et son traitement a donc aussi un effet antalgique.

Les mesures diététiques qui consistent à boire beaucoup d'eau, au minimum 2 litres par jour, à user et abuser des fibres (fruits, légumes, céréales) sont à envisager en premier lieu. Mais si malgré une bonne hygiène alimentaire, la constipation persiste, un traitement laxatif peut aider. De même, les pansements coliques permettent d'avoir des selles plus moulées et moins acides en cas de diarrhée. Ce traitement est à envisager seulement après avis de votre médecin ou gynécologue.

### Les traitements locaux

Une large gamme de suppositoires et de pommades est à notre disposition. Ces topiques associent différentes molécules, souvent des anti-inflammatoires voire des corticoïdes, un anesthésique local, un fluidifiant comme l'héparine, de la vitamine P et des flavonoïdes ... En fonction du symptôme dominant, on adaptera au mieux la molécule nécessaire. Ainsi en cas de thrombose ou de microthromboses internes, on utilisera une association d'anti-inflammatoires et d'anticoagulant ; en cas de douleurs, on préférera les anesthésiques locaux associés aux anti-inflammatoires, et en cas d'œdème, les corticoïdes locaux ...

Les suppositoires ont aussi un rôle de lubrifiant du canal anal, facilitant ainsi l'évacuation des selles. S'ils sont efficaces pour soulager les patients, ils ne permettent pas d'éviter les crises. Habituellement, les suppositoires sont préférés pour les hémorroïdes internes et les pommades pour les hémorroïdes externes ou les hémorroïdes internes prolabées, extériorisées. Aucune étude n'a comparé ces divers traitements et l'automédication dans ce domaine est importante. Ces traitements locaux peuvent être utilisés même en cas d'allaitement.

### Les médicaments

Il faut savoir penser aux antalgiques par voie générale. Ils sont utilisés dans beaucoup de situations douloureuses comme les maux de tête mais très souvent oubliés dans les douleurs proctologiques.

Le paracétamol est à utiliser en premier lieu pendant la grossesse et en postpartum mais s'il n'est pas suffisant, un avis médical est nécessaire. Les anti-inflammatoires sont proscrits pendant la grossesse et à manipuler avec prudence en cas d'allaitement. Des antalgiques plus puissants contenant des dérivés morphiniques sont aussi utilisables sur avis médical. Les veinotoniques n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, ils accélèreraient la résorption de la thrombose et peuvent être utilisés pendant la grossesse et en cas d'allaitement. En cas d'œdème important, la cortisone est efficace soit en application locale soit *per os*. Enfin, dans le cas du prolapsus hémorroïdaire circulaire thrombosé, les traitements locaux et

*per os* peuvent ne pas suffire. Les corticoïdes et les antalgiques en intraveineux sont alors utilisés.

### **Les traitements instrumentaux**

Il s'agit de traiter les hémorroïdes internes. Ce sont l'infrarouge, les ligatures élastiques ou la cryothérapie. Ces traitements sont pratiqués par un proctologue. Ils sont peu utilisés en pratique après un accouchement, la principale pathologie hémorroïdaire étant représentée par les thromboses qui constituent une contre-indication aux traitements instrumentaux. Ils sont par contre très utiles en cas de pathologie hémorroïdaire interne si l'extériorisation de l'hémorroïde n'est pas trop importante.

### **La chirurgie**

Elle est à éviter le plus possible après un accouchement. En effet, l'imprégnation hormonale des tissus rend la cicatrisation plus difficile et l'évolution est le plus souvent favorable dans les jours qui suivent l'accouchement. De plus, seules un tiers des patientes souffrent encore de leurs hémorroïdes six mois après l'accouchement (5).

Néanmoins, en cas de thrombose hémorroïdaire externe résistant au traitement, la chirurgie permet de soulager rapidement.

En cas de thrombose hémorroïdaire purement externe, sans œdème, l'incision avec thrombectomie c'est-à-dire évacuation complète de la thrombose, sous anesthésie locale ( sans adrénaline en cas de grossesse), est un traitement efficace. Mais il ne s'agit pas d'un traitement radical et l'apparition d'autres thromboses est possible. Ce traitement est inefficace si la thrombose s'accompagne d'un œdème.

Si la thrombose touche l'hémorroïde interne, dans certains cas extrêmes d'échec du traitement médical, il faut alors effectuer une résection complète de l'hémorroïde, en disséquant l'ensemble du coussinet hémorroïdaire, le libérant ainsi du sphincter anal interne, jusqu'à l'artère hémorroïdaire qui est ligaturée. Il reste alors une plaie ouverte que l'on peut suturer (c'est la chirurgie de Ferguson) ou laisser ouverte. De toute façon, cette chirurgie ne soulage de la douleur que plusieurs jours après quand la cicatrisation du canal anal est complète. Quand il s'agit d'un prolapsus hémorroïdaire thrombosé circulaire, en cas d'échec du traitement médical, une chirurgie radicale emportant les trois paquets hémorroïdaires peut-être proposée. Il s'agit de l'intervention de Milligan-Morgan décrite en 1937 (6). Elle laisse trois plaies ouvertes qui vont mettre plus de trois semaines à cicatriser. Il faut donc tout tenter avant d'envisager une telle chirurgie.

S'il est vrai que la maladie évolue favorablement après l'accouchement, il arrive parfois que la maladie hémorroïdaire perdure et au-delà de six mois, si les symptômes sont suffisamment gênants pour la patiente, un traitement plus radical est alors souhaitable. A ce moment là, c'est une chirurgie qui le plus souvent proposée.

Mise à jour : décembre 2008

---

### Pour en savoir plus

1. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Darai E, Mignon M, Madelenat P. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002 May;45(5):650-5.
2. Saint-Pierre A, Treffet M, Martin JP. Hormonal receptors and haemorrhoidal disease. *Coloproctology* 1982;4:116-120.
3. Rouillon JM, Blanc P, Garrigues JM et al. Analyse de l'incidence et des facteurs étiopathogéniques des thromboses hémorroïdaires du post partum (abstract). *Gastroenterol Clin Biol* 1991 ;15 :A300.
4. Johanson JF, Sonnenberg A. Constipation is not a risk factor for hemorrhoids: a case-control study of potential etiological agents. *Am J Gastroenterol.* 1994 Nov;89(11):1981-6.
5. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth : associations with parity and method of birth. *Birth.* 2002 Jun;29(2):83-94.
6. Milligan ETC, Morgan CN, Jones LE, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* 1937;2:1119-1124.