

Hémorroïdes : maladie des veines ou d'un quatrième facteur ? Essai d'analyse physiopathologique. Conséquences thérapeutiques.

C. FRANCESCHI

(Paris)

Les «hémorroïdes» feraient souffrir un sujet sur trois, autant dire qu'elles constituent une véritable maladie sociale. Ces «petites infirmités», enfouies dans le dernier camp retranché de l'intimité, souvent cachées par ceux qui en sont affligés comme une tare humiliante et ne pouvant être proposées au médecin que dans une posture de soumission honteuse, ne peuvent pas laisser l'angéiologue indifférent, puisqu'il s'agit à première vue de veines turgescences, de thromboses et de saignements. Mais s'agit-il vraiment d'une maladie primitivement vasculaire ?

BASES PHYSIOPATHOLOGIQUES : LES HYPOTHESES

Trois facteurs responsables à des degrés variables de la maladie hémorroïdaire sont envisagés par les auteurs d'aujourd'hui (Sarles et Copé).

Un *facteur mécanique* : il s'agirait de glissement et prolapsus des hémorroïdes favorisés par la laxité de la sous-muqueuse anale et des éléments musculo-ligamentaires de soutien et provoqués par la poussée de la défécation, poussée d'autant plus forte et donc d'autant plus pathogène que le sujet est plus constipé.

Un *facteur vasculaire* : ici dominant les shunts artério-veineux de la sous-muqueuse anale superficielle surtout et profonde, s'ouvrant sous l'effet d'agressions alimentaires du tube digestif et mécaniques de la région ano-rectale, capables de modifier la vasomotricité pelvienne et digestive, et responsables des érythèmes et saignements, indépendamment le plus souvent des hémorroïdes elles-mêmes.

Un *facteur sphinctérien* : une hypertonicité sphinctérienne de base, fréquente chez les patients souffrant d'hémorroïdes qui provoquerait paradoxalement la procidence, responsable des rectorragies, et retarderait le réintégration muqueuse après la défécation tout en gênant la circulation de retour par strangulation.

Les auteurs concluent : «il reste toutefois que ces conceptions étiopathogéniques nouvelles font apparaître les hémorroïdes comme des formations normales et dans certaines limites utiles».

12 avenue de Wagram, 75008 Paris.

En dehors de ces trois facteurs que nous venons de rappeler, nous proposons d'envisager un quatrième, qui, les complétant sans les contredire, nous semble déterminant, non seulement pour mieux comprendre la physiopathologie, mais encore pour en tirer des conséquences thérapeutiques les plus simples et les plus efficaces possibles, puisque selon certains, nous le répétons, un sujet sur trois souffrirait d'hémorroïdes.

LE QUATRIEME FACTEUR

La maladie hémorroïdaire serait pour l'essentiel la conséquence d'une maladie de la muqueuse anale, maladie provoquée par une agression directe double, mécanique et chimique (mais dont la seconde est seule nécessaire et suffisante, la première étant surtout aggravante) en raison du mauvais fonctionnement de la défécation, en grande partie lié aux conditions de vie civilisée, qui laisserait des résidus fécaux sur une muqueuse du canal anal, peu tolérante aux déchets de la digestion, sa nature la différenciant de celle de la muqueuse proprement digestive, non seulement par son histologie (épithélium de transition à partir de la ligne pectinée) mais sans doute aussi par sa physiologie.

Cette maladie de la muqueuse entraînerait des réactions inflammatoires locales responsables d'hypervascularisation, de veinite et de thrombose hémorroïdaire, de fragilisation muqueuse aux agressions mécaniques (fissures, saignements) et bactériennes (suintements, abcès).

Pourquoi cette muqueuse anale serait-elle plus «fragile» que le tube digestif à ces agressions ? On peut conjecturer comme nous l'avons annoncé, qu'il ne s'agit pas, au même titre que la muqueuse oro-pharyngée, d'une muqueuse digestive, mais d'une muqueuse de transition (cf. l'embryologie) qui tolère mal les résidus fécaux, même en très petite quantité (influence particulièrement «nocive» de certains aliments notamment). Le piment qui brûle la bouche, traverse en silence l'intestin et provoque une poussée d'inflammation anale le lendemain, aurait sans doute le même effet, mais immédiat s'il était directement introduit dans le canal anal. Pourtant, l'exonération physiologique idéale aboutit à une évacuation «parfaite», sans aucun résidu, du canal anal.

Il faudrait donc que cette fonction ne soit pas parfaitement remplie pour que la muqueuse anale devienne malade. C'est sans doute le cas. En effet, les habitudes engendrées par la civilisation favorisent la stase fécale rectale et la dessiccation du bol fécal distal dont l'évacuation est non seulement agressive mécaniquement pour le canal, mais y laisse des résidus. De plus cette stase favoriserait une macération intra-rectale, dont les produits s'écoulerait au-delà de la ligne pectinée. Le cercle vicieux serait ainsi déclenché, l'irritation du canal engendrant à son tour des troubles de l'exonération. (Fig 1)

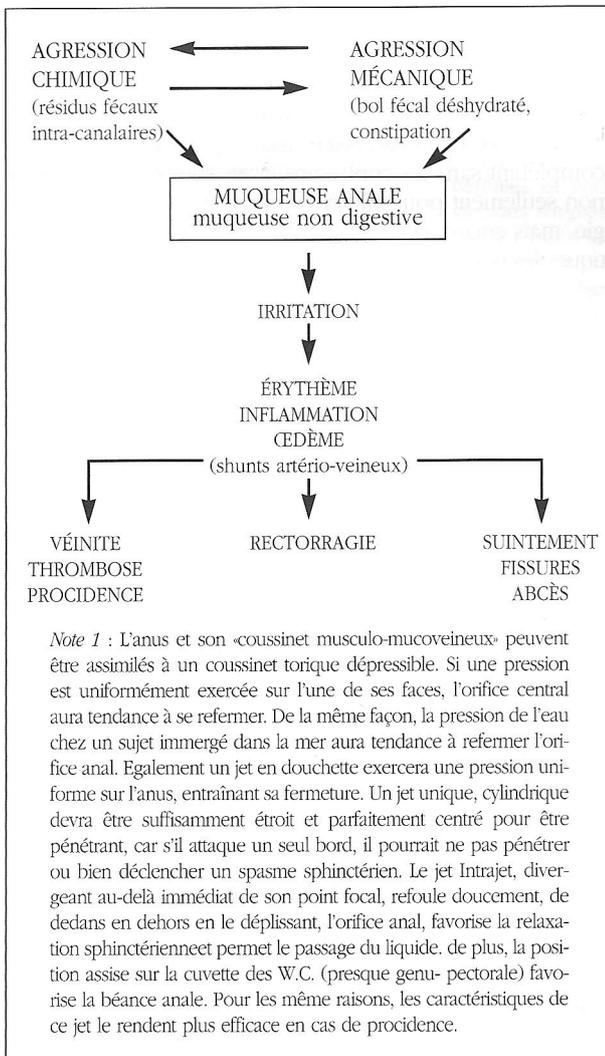


Fig. 1 : mécanismes

LES ELEMENTS DE PREUVE

Il est toujours difficile d'apporter une preuve directe d'une hypothèse. Cependant, une preuve indirecte peut parfois participer fortement à la rendre plausible. Si un traitement assurant clairement une disparition des agressions mécaniques et chimiques de la muqueuse anale aboutissait

à la guérison durable des symptômes fonctionnels et physiques de la maladie hémorroïdaire, la preuve indirecte de cette hypothèse pourrait donc être acquise.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

A cette fin, nous avons élaboré un système permettant d'une part de contrecarrer l'agression mécanique en ramollissant le bol fécal distal avant la défécation et d'autre part de supprimer les résidus fécaux consécutifs à la défécation.

Il s'agissait de plus que le système lui-même ne soit pas agressif chimiquement et mécaniquement, ni contaminant. Il fallait enfin qu'il soit d'un emploi simple, quotidien et non contraignant.

Le principe consiste à faire pénétrer dans le canal anal, un jet d'eau, émis à distance de l'anus par un appareil externe, donc sans contact et non contaminant, de pression assez faible pour ne pas traumatiser ni remonter au-delà du bas rectum, de forme et de direction particulières afin de pouvoir être pénétrant. Ce jet est émis avant et après la défécation pendant 4 à 6 secondes.

Ainsi le dispositif (Intrajet) est constitué d'une canne vectrice reliée à l'alimentation d'eau par un tuyau souple et munie d'un robinet poussoir en son manche, recourbée de 40° à son extrémité, de sorte que tenue entre les cuisses par le patient assis sur la cuvette des W-C, l'orifice de sortie du liquide aménagé dans cette extrémité se trouve en face et dans la direction du canal anal. Cet orifice est constitué d'une fente particulière en ce qu'elle génère un jet plat et rectangulaire, dont la pointe se forme à 25 mm de l'orifice pour repartir en un léger éventail, le contact de ce point fécal du jet avec l'orifice anal assurant une pénétration facile (même si le jet est quelque peu excentré), pour un rinçage efficace du canal anal et du bas rectum sans le dépasser. Cette petite quantité d'eau est donc complètement et rapidement évacuée. Cette forme de jet bien particulière permet ainsi une pénétration facile et indolore et à pression peu élevée. En effet, les jets par douche ou les jets cylindriques demandent beaucoup trop de pression pour pénétrer et peuvent alors être traumatisants et trop pénétrants. Les cannulations sont quant à elles peu hygiéniques et surtout traumatisantes pour le canal. Pour cette raison, l'extrémité de la canne vectrice comporte un large anneau interdisant toute cannulation.

Enfin le manche comporte un réservoir pouvant recevoir des médicaments.

Le dispositif Intrajet a été distribué depuis 1 an à 30 sujets porteurs de maladie hémorroïdaire à des degrés et stades divers.

Il n'a été, pour ce test, ajouté aucun médicament dans le réservoir de la canne, ni administré aucune médication par voie locale ou générale.

Il a été utilisé quotidiennement, se substituant aux méthodes d'hygiène antérieures.

Il a été employé avant et après la défécation par les patients souffrant de constipation, mais seulement après chez certains des sujets non constipés.

RÉSULTATS

Les résultats ont été complets et constants sur les douleurs, les rectorragies, le prurit, les suintements en quelques jours et il n'y pas eu de thrombose récurrente.

La procidence a régressé complètement pour les moins évoluées en quelques semaines. Pour les stades IV, la régression a atteint 80 % pour le plus atteint en deux mois.

Le transit s'est régularisé de façon satisfaisante dans la majorité des cas.

COMMENTAIRES

Cette étude, bien que préliminaire, semble conforter l'importance de cette «théorie muqueuse» de la maladie hémorroïdaire, même si elle ne saurait rendre compte de tous les aspects (prépondérance évidente de l'hypertension portale chez le cirrhotique, de l'hypertension pelvienne et de l'hypotonie veineuse chez la femme enceinte, bien que la seule patiente enceinte et souffrant d'hémorroïdes de ce groupe ait vu rapidement régresser ses symptômes que les traitements médicamenteux précédents n'avaient su corriger). Elle montre bien que le point de départ de la maladie serait intra-canaulaire et muqueux, puisque les patients avaient utilisé précédemment et sans grand succès des lavages externes, mais que seul le lavage intra-canaulaire a été efficace.

Les facteurs déclenchants classiques trouvent dans cette hypothèse leur explication, en ce qu'ils peuvent être agressifs pour la muqueuse anale, chimiquement (aliments agressifs, macérations par la sédentarité, irritations par les selles diarrhéiques) et/ou mécaniquement (constipation) mais aussi secondairement (cas particuliers des turgescences veineuses primaires - grossesse, hypertension portale - qui en modifiant la configuration canalaire, compromettent une évacuation complète des résidus fécaux, enclenchant le cercle vicieux). Notons que la seule injection de rinçage intra-canaulaire, après la défécation, a été suffisante chez les

non constipés, ce qui tend à affirmer la prépondérance du facteur chimique et muqueux.

Par extension, on peut émettre l'hypothèse complémentaire que la pathologie anale locale associée ou indépendante de la maladie hémorroïdaire, (fissures, fistules, abcès à départ glandulo-cryptique, prurit), pourrait ressortir du même processus physiopathologique et par là de la même attitude préventive et thérapeutique.

On peut supposer que cette technique d'hygiène pourrait aussi notablement réduire l'incidence des cystites de la femme en prévenant la contamination de voisinage.

On ne peut pas s'empêcher de penser que cette méthode d'hygiène simple et d'un coût social dérisoire, se substituant aux bains de siège plus contraignants, moins hygiéniques et moins efficaces, ainsi qu'aux nettoyages insuffisants et traumatisants par le papier, pourrait entrer dans les habitudes de la vie quotidienne, réduisant considérablement l'incidence de pathologies inconfortables, coûteuses et très répandues, en même temps qu'elle devrait permettre un dépistage plus précoce des maladies tumorales dont la symptomatologie ne pourrait plus se cacher derrière les signes parasites des affections «bénignes» et plus ou moins timidement cachées.

Enfin, par son caractère indolore, non traumatisant et non contaminant, le système Intrajet pourrait sans doute améliorer le confort de l'administration intra-rectale de médicaments chez les sujets fragiles.

Ainsi, la maladie hémorroïdaire, conséquence probable d'un désordre de la défécation physiologique idéale et engendrée par les contraintes de la civilisation, pourrait trouver sa prévention et sa correction par une simple méthode d'hygiène, que cette même civilisation rend désormais facile, grâce à l'avènement de l'eau courante domestique sous pression suffisante et à la conception d'un vecteur additionnel adapté. Cela reviendrait-il à corriger les effets des inconvénients de la civilisation par le produit de ses conquêtes ?