

# Thrombose hémorroïdaire : traitement au cabinet

## *Hemorrhoidal thrombosis : treatment at the consulting room*

**J.-F. Nyst**

Service de Gastro-Entérologie, CHIREC, Clinique Edith Cavell

### RESUME

*La thrombose hémorroïdaire est une affection aiguë sans aucune gravité mais considérée comme une urgence en raison des violentes douleurs qu'elle occasionne habituellement.*

*Les traitements médicaux, oraux ou locaux, sont peu et rarement efficaces et soulagent mal la douleur.*

*La réalisation d'une incision avec extraction du caillot ou d'une excision est une intervention aisée à réaliser au cabinet ; elle ne prend que quelques minutes et ne nécessite qu'un matériel minimum.*

*Elle amène un soulagement quasi immédiat de la douleur.*

*Rev Med Brux 2015 ; 36 : 278-80*

### ABSTRACT

*The hemorrhoidal thrombosis is an acute complication with no gravity but an emergency because of the severe pain.*

*Oral or local medical treatments are rarely effective ; they poorly relieve the pain. The realization of an incision with removal of the blood clot or of an excision is an easy procedure to perform in the consultation room. She brings an almost immediate pain relief.*

*It only takes a few minutes and requires minimal equipment.*

*Rev Med Brux 2015 ; 36 : 278-80*

*Key words : hemorrhoid, thrombosis, incision, excision, procedure*

## DEFINITION ET DESCRIPTION DE LA THROMBOSE HEMORROIDAIRE

La thrombose hémorroïdaire consiste en la formation d'un caillot au sein d'une hémorroïde. Le plus souvent, outre la formation brutale d'une boule palpable et dure au niveau de l'anus, une douleur vive apparaît. Plus rarement cependant, il n'y a pas de douleur significative.

C'est l'urgence proctologique la plus fréquente, devant les abcès qui sont moins fréquents mais plus graves<sup>1</sup>. Malgré cette fréquence, il y a très peu de littérature et d'études sur ce sujet.

Il n'y a pas d'âge de prédilection, ni de différence homme-femme, si ce n'est bien entendu pendant la grossesse.

Certains facteurs favorisants sont signalés : alcool, piments, troubles du transit, longues stations assises, efforts de poussée, sports intenses, stress. Chez la femme : grossesse, accouchement, règles.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec les autres causes de douleurs anales (abcès, fissure, prolapsus) et les autres causes de tuméfaction anale (abcès, marisque, prolapsus, tumeur anale bénigne ou maligne).

## DIAGNOSTIC

L'interrogatoire permet bien souvent une nette suspicion.

Le patient décrit la survenue brutale d'une douleur anale associée à une tuméfaction douloureuse. La douleur est permanente mais généralement augmentée en position assise (sur la thrombose). Le patient bien souvent reste debout dans la salle d'attente ou est assis sur une fesse.

L'examen de la marge anale met immédiatement en évidence une tuméfaction bleuâtre ou noirâtre, parfois œdémateuse et partiellement translucide.

La plupart du temps, la tuméfaction est localisée mais parfois elle peut être quasiment circulaire.

Sa palpation évoque une douleur généralement intense et sa consistance est dure.

Parfois, on voit poindre un caillot partiellement expulsé.

Plus rarement, la thrombose n'est pas visible extérieurement car elle reste dans le canal anal ; elle n'est mise en évidence alors que par le toucher rectal et/ou l'anuscopie.

## MECANISME DE FORMATION ET EVOLUTION

Le mécanisme de formation du caillot n'est pas réellement connu. Il pourrait s'agir d'une rupture vasculaire intra-hémorroïdaire avec hématome et formation secondaire d'un caillot. Il pourrait aussi s'agir d'un phénomène de stase au sein du vaisseau hémorroïdaire lui-même.

La thrombose hémorroïdaire est parfaitement bénigne et, si ce n'était son caractère douloureux, elle ne nécessiterait pas obligatoirement de traitement. Il n'y a en particulier aucun risque de migration et d'embolisation du caillot.

L'évolution spontanée est la régression progressive de l'œdème en quelques jours et du caillot en plusieurs semaines. Parfois le caillot s'élimine spontanément amenant un soulagement au moins partiel des douleurs. Il persiste en général une marisque - sorte de résidu purement cutané - au niveau où se trouvait la thrombose.

## TRAITEMENT

Si la thrombose n'est pas douloureuse, aucun traitement n'est nécessaire, l'œdème et le caillot se résorbent spontanément en quelques semaines<sup>2</sup>.

Si la thrombose est douloureuse et localisée, la meilleure attitude est de réaliser d'emblée l'incision ou l'excision de la lésion<sup>2,3</sup>.

Un traitement médical peut être initié dans un premier temps en cas de symptômes invalidants.

- Régulation du transit en cas de diarrhée ou de constipation (mucilages de préférence).
- Des antalgiques type paracétamol et des anti-inflammatoires non stéroïdiens type ibuprofène peuvent aider à soulager les douleurs.
- Les phlébo/veinotoniques sont classiquement recommandés mais leur utilité n'a pas été démontrée.
- Localement une crème contenant un dérivé corticoïde et un lubrifiant sont utiles, de même qu'une pommade nitrée ou à la nifedipine<sup>4</sup>.
- L'utilisation du froid, les bains de siège ou les anesthésiques locaux n'ont que peu d'intérêt<sup>5</sup>.

## En pratique

Après avoir exclu les contre-indications (formelles : troubles de la coagulation, anticoagulation ; relatives : hypertension portale, IBD, fissure anale, abcès ou infection anale active, prolapsus rectal), il faut faire un examen minutieux à la recherche d'une éventuelle autre pathologie ou d'une autre origine des douleurs avant de passer au traitement instrumental.

Matériel nécessaire : désinfectant (HAC, isobétadine), aiguille fine, seringue 5 ml, lidocaïne 2 %, tampons et compresses, bistouri, champs non stériles.

La procédure habituelle est la suivante.

Le patient est mis en position genu-pectorale traditionnellement, mais plus volontiers actuellement en *decubitus* latéral gauche. On procède à la désinfection, puis à l'anesthésie locale (lidocaïne 2 %) qui est souvent assez douloureuse.

Après avoir vérifié l'efficacité de l'anesthésie, on pratique l'**incision** de préférence radiaire (ou en croix). L'extraction du caillot doit être réalisée dans sa totalité sous peine de récurrence. Il est important de rechercher la prolongation du caillot dans le canal anal le cas échéant.

Si possible extraire également les parois du vaisseau.

Aucune suture ne doit être réalisée, l'hémostase se fait par compression.

On peut également pratiquer l'**excision** de la totalité de la zone thrombosée, avec, dans ce cas, ablation de la portion cutanée parfois appelée " sac vasculaire ". En cas d'excision non plus, aucune suture ne doit être réalisée. Cette technique a l'avantage de réduire le risque de récurrence<sup>3</sup>.

Par contre, elle entraîne une nette augmentation de la durée de cicatrisation et donc une gêne prolongée d'autant (2 à 3 semaines). Parfois cela peut entraîner une incapacité de travail pour les patients qui ont une activité professionnelle en position assise<sup>6,7</sup>.

Les soins par la suite sont peu importants après la simple incision : désinfection.

Ils comportent habituellement des bains de siège, une désinfection et des pansements locaux par compresse stérile en cas d'excision. Des antalgiques et un régulateur du transit sont souvent utiles dans ce cas également.

Il n'y a pas de traitement préventif de la thrombose hémorroïdaire si ce n'est bien sûr l'hémorroïdectomie.

## CONCLUSION

Le traitement médical est souvent peu efficace et se limite à soulager si possible la douleur.

Le traitement par incision ou excision est efficace et aisé à réaliser au cabinet en quelques minutes.

Il doit être réalisé si possible dans les 48 heures après l'apparition de la thrombose.

La technique de l'incision de la thrombose avec extraction complète du caillot est la plus courante et amène un soulagement immédiat des douleurs et permet la reprise immédiate des activités.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Denis J, Ganansia R, Puy-Montbrun T : In : Proctologie pratique, 4<sup>e</sup> ed. Paris, Masson, 1999
2. Affections hémorroïdaires chez les adultes : un traitement gradué selon la gêne. Revue Prescrire 2009 ; 29 : 675-82
3. Hardy A, Cohen CR : The acute management of haemorrhoids. Ann R Coll Surg Engl 2014 ; 96 : 508-11

4. Chan KK, Arthur JD : External haemorrhoidal thrombosis : evidence for current management. Tech Coloproctol 2013 ; 17 : 21-5
5. Recommandations pour la Pratique Clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. Société Nationale Française de Colo Proctologie, SNFCP, 2013
6. Godeberge P : Les urgences en proctologie. Acta Endoscopica 2010 ; 40 : 241-4
7. Greenspon J, Williams SB, Young HA, Orkin BA : Thrombosed external hemorrhoids : outcome after conservative or surgical management. Dis Colon Rectum 2004 ; 47 : 1493-8

### Correspondance et tirés à part :

J.-F. NYST  
Rue du Mont Saint Alban 55  
1020 Bruxelles  
E-mail : nyst.jfr@gmail.com

Travail reçu le 11 mai 2015 ; accepté dans sa version définitive le 7 juillet 2015.