

## INJECTIONS SCLEROSANTES

### Préambule

La maladie hémorroïdaire interne est responsable de rectorragies et de prolapsus. Seules les hémorroïdes internes sont accessibles à un traitement instrumental. Les thromboses hémorroïdaires internes et/ou externes contre indiquent ce traitement. Plusieurs traitements instrumentaux correctement évalués sont aujourd'hui disponibles. Le principe commun à ces traitements est de créer au sommet des paquets hémorroïdaires internes une fibrose cicatricielle. Les buts de ces traitements sont doubles : fixation de la muqueuse anale au plan musculaire sous-jacent et obturation du réseau vasculaire sous-muqueux. A côté des moyens thermiques (photocoagulation infra-rouge, électrocoagulation mono-polaire ou bi-polaire, cryothérapie) et mécaniques (ligature élastique), les injections sclérosantes sont un moyen chimique ancien qui a été introduit en France en 1920.

### Principe et mode de réalisation

Comme pour les autres traitements instrumentaux, l'objectif des injections sclérosantes est de créer une zone de fibrose cicatricielle renforçant le tissu de soutien des hémorroïdes internes. Le principe consiste à injecter en zone sous-muqueuse un produit sclérosant (KINURÉA H®). Cette injection réalisée en position genu-pectorale ou en décubitus latéral se fait au travers d'un anoscope. Elle nécessite une aiguille de petite taille montée sur un prolongateur et une seringue. L'injection est indolore. Classiquement, on conseille deux injections par séance en sites diamétralement opposés. On prendra cependant soin d'éviter le pôle antérieur afin de ne pas occasionner de lésion de la prostate ou de la cloison recto-vaginale. Ces injections peuvent être renouvelées pour traiter toute la circonférence de l'anus. Le rythme et le nombre de séances ne sont pas clairement définis. Cependant, le nombre de séances habituellement rapporté varie de 2 à 4, espacées de 2 à 4 semaines. Si certains auteurs prônent la poursuite des séances jusqu'à disparition des saignements, une étude suggère qu'en l'absence d'amélioration après 3 mois de traitement par sclérose, sa poursuite est inutile.



**Figure 1** : Matériel pour sclérose avec un anoscope à lumière froide, du gel hydrosoluble, une seringue, une allonge de Bensaude et une aiguille courte et fine (type sous-cutanée)

## Risques

Les complications sévères et séquelles des injections sclérosantes sont rares. En revanche, des douleurs transitoires sont rapportées dans 9 à 70% des cas. Celles-ci surviennent souvent dans le quart d'heure suivant la sclérose et peuvent durer une heure. La prescription d'un antalgique type paracétamol peut être conseillée. En outre, on peut constater dans 2 à 10 % des cas des saignements minimes, et plus rarement quelques suintements.

De très rares cas de complications infectieuses graves ont été rapportés. Cela conduit certains proctologues à proposer une antibioprofylaxie de quelques jours.



**Figure 2 :** Matériel pour sclérose avec une ampoule de KINUREA, une seringue, une allonge de BENSUADE et une aiguille courte et fine (type sous cutanée).

## Efficacité

L'efficacité des traitements instrumentaux dépend du degré d'évolution de la maladie hémorroïdaire et de la technique utilisée.

A court terme (6 à 12 semaines), les scléroses permettent une disparition ou une amélioration des symptômes dans 70 à 90% des cas. Cette efficacité à court terme est identique à celle observée pour la ligature élastique ou la photocoagulation infra rouge. A long terme (1 à 5 ans), l'efficacité des scléroses est comparable à celle de la photocoagulation infra rouge mais inférieure à celle de la ligature élastique. En effet, si 25% des patients traités par sclérose sont asymptomatiques à 5 ans, le bénéfice chez les patients traités par ligature élastique est de 75 à 90%. Cependant, il convient de rappeler que les indications de ces traitements instrumentaux ne sont pas complètement superposables : les effets secondaires peuvent être plus marqués en cas de ligature élastique.

---

### Pour en savoir plus

1. Abramovitz L, Godeberge Ph, Staumont Gh, Soudan D. Recommandations pour la Pratique Clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. Gastroenterol Clin Biol 2001 ; 25 :674-702.