HEPATO-GASTRO & ONCOLOGIE DIGESTIVE

BRÈVE D'HISTOIRE

La petite histoire de la chirurgie hémorroïdaire

The short history of hemorrhoidal surgery

Vincent de Parades
Nadia Fathallah

Groupe Hospitalier Saint-Joseph, Institut Léopold Bellan, Service de Proctologie Médico-Chirurgicale, 185, rue Raymond Losserand, 75014 Paris

Correspondance : V. de Parades
vdeparades@ghpsj.fr

« L'histoire de la médecine n'est qu'une facette de l'histoire tout court (...). Elle accompagne les grands mouvements de la pensée, elle s'immisce dans les faits militaires et politiques de son temps. » ***[1]***

La chirurgie de la maladie hémorroïdaire occupe une place importante dans l'histoire de la médecine. En effet, cette maladie est connue de longue date et son traitement est déjà mentionné dans le Code babylonien d'Hammurabi, datant de 1750 avant J.-C. et conservé en excellent état au musée du Louvre. Il en est de même des textes médicaux de l'Égypte pharaonique, notamment les célèbres papyrus Ebers, Edwin Smith, Hearst ou Chester Beatty qui auraient été écrits entre 1550 et 1250 environ avant J.-C.

En outre, c'est une maladie fréquente. Elle a ainsi affecté bon nombre de grands personnages, chefs d'état, intellectuels et/ou artistes célèbres comme l'empereur allemand Otton II, Aliénor d'Aquitaine, les rois d'Angleterre Henri VI et Jacques Ier, les rois de France Louis XI et Louis XIII, le grand Charles Quint et son fils bâtard Don Juan d'Autriche, héros de la bataille de Lépante, le cardinal de Richelieu, Frédéric II de Prusse, l'empereur Napoléon Ier, le président américain Thomas Jefferson et aussi Nicolas Copernic, Martin Luther, Michel de Montaigne, Giacomo Casanova, Johann von Goethe, Franz Liszt, Karl Marx ou Johannes Brahms. Cela explique que bon nombre d'illustres médecins se soient penchés sur le traitement de cette maladie. Il en est ainsi bien sûr du « Père » de la médecine occidentale, Hippocrate (vers 460 - vers 370) *(figure 1)* qui nous a laissé de nombreuses « recettes » dans ses écrits. Puis, de l'Antiquité au dix-neuvième siècle, la plupart des praticiens ayant jalonné l'histoire de la médecine lui emboiteront le pas.

Pour autant, les progrès de la chirurgie hémorroïdaire viendront tardivement. En effet, les premiers traitements par destruction in situ font appel à de multiples procédés comme l'application caustique, la moxibustion (consistant à stimuler par la chaleur des points d'acupuncture...), les ventouses scarifiées, les sangsues, la ligature, la coagulation au fer chauffé, etc. Ces techniques sont assurément plus efficaces que le simple traitement médical (et aussi que les classiques saignées...) mais leur mise en œuvre parfois « barbare » fait frémir a posteriori comme en témoigne cet extrait des écrits d'Hippocrate : « *des aides tiendront le patient, pendant la cautérisation, par la tête et par les mains, afin qu'il ne remue pas. Il criera pendant l'opération, car des cris font saillir davantage l'anus* ». Probablement plus « cool », le chirurgien écossais, Charles Bell (1774-1842), constate non sans humour que « *la fumée émanant de l'anus sous l'effet du fer chaud devrait impressionner les amis du patient et leur rappeler le temps de l'Inquisition* »... Ceci étant dit, nous parlons là de traitements davantage « instrumentaux », comme nous les qualifierions aujourd'hui, que véritablement chirurgicaux. Le traitement chirurgical, stricto sensu,

Pour citer cet article : de Parades V, Fathallah N. La petite histoire de la chirurgie hémorroïdaire. Hépato-Gastro et Oncologie Digestive 2022 ; xx : 1-8. doi : 10.1684/hpg.2022.2368

Copyright : John Libbey Eurotext, 2022
doi : 10.1684/hpg.2022.2368

Figure 1 • Hippocrate (vers 460 - vers 370) (Île de Kos dans le Dodécanèse en Grèce).

consiste longtemps en de simples incisions comme les préconise Celse (vers 25 avant J.-C. - vers 50 après J.-C.) en l'an 30, sinon en des excisions « *a minima* », déjà réalisées par Hippocrate, puis perpétuées par Claude Galien (vers 129 - vers 210) *(figure 2)*, Paul d'Egine (625-695), Rhazès (865-925), Abulcasis (936-1013), Maïmonide (1138-1204) *(figure 3)*, ou plus tard en France par Jean-Louis Petit (1674-1750). Cela étant dit, Henri de Mondeville (1260-1325), chirurgien de Philippe le Bel, met en garde contre cette chirurgie qu'il juge dangereuse. Au dix-septième siècle, Pierre Donis (1643-1718), célèbre chirurgien et anatomiste du Grand Siècle, reste aussi très prudent, notamment en raison du risque

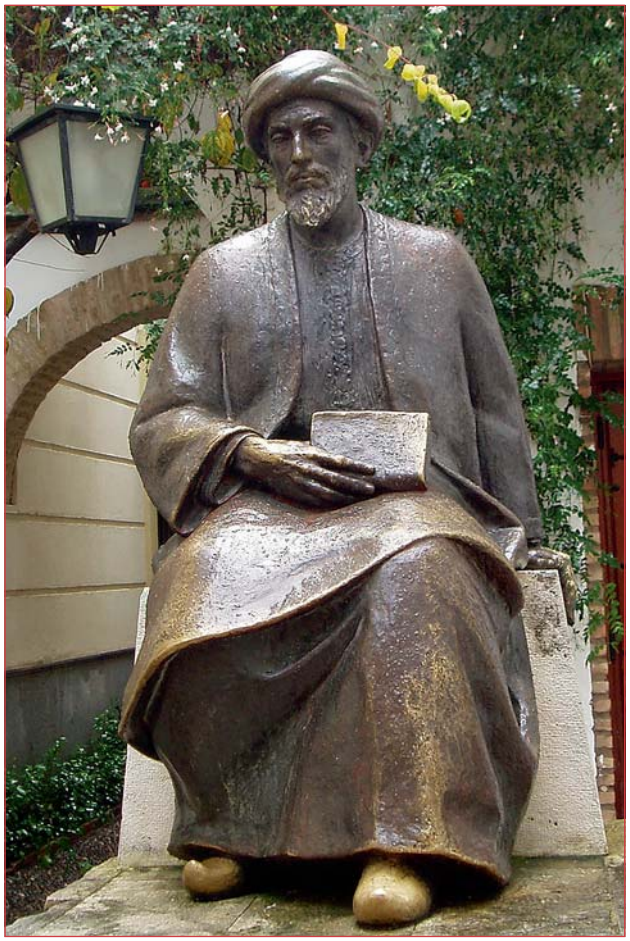

Figure 3 • Maïmonide (1138-1204) (Plaza de Tiberiades à Cordoue) (coll. Olivier Kaufman).

Figure 2 • Claude Galien (vers 129 - vers 210) (médaillon de la façade de la Faculté de Médecine des Saints-Pères à Paris) (coll. Pierre Joly).

hémorragique de la chirurgie dont, du reste, seraient morts Don Juan d'Autriche et Copernic…

En fait, comme toujours en la matière, c'est à partir du dix-neuvième siècle que le traitement chirurgical commence à résolument se développer. Cela s'explique par les progrès majeurs de l'asepsie, de l'hémostase et de l'anesthésie de cette époque « pré-moderne » de l'histoire de la médecine. Initialement, la dilatation anale est préconisée par le chirurgien français, Joseph Récamier (1774-1852), tandis que Guillaume Dupuytren (1777-1835) *(figure 4)* réalise des léïomyotomies. Ces techniques sont ultérieurement reprises par le français Jacques Maisonneuve (1809-1897) et aussi, plus tard, le sud-africain Stephen Eisenhammer (1906-1995) ou l'anglais Peter Lord (1925-2017). Cependant, elles font long feu, notamment en raison du risque d'incontinence séquellaire, et sont progressivement abandonnées [2]. À la fin du dix-neuvième siècle, Walter Whitehead (1840-1913) *(figure 5)* met au point sa technique éponyme d'exérèse circulaire des hémorroïdes. Sa publication princeps date

Figure 4 • Dupuytren (1777-1835) (cour de l'Hôtel-Dieu, à Paris).

de 1882 et il s'agit alors de la première technique chirurgicale radicale de cette maladie. Cependant, elle se solde par des complications, notamment des sténoses, des troubles de la continence et/ou des ectropions séquellaires [3]. Elle sera reprise en France par André Toupet (1915-2015) mais sans véritable succès [4].

" C'est à partir du dix-neuvième siècle que le traitement chirurgical commence à sérieusement se développer "

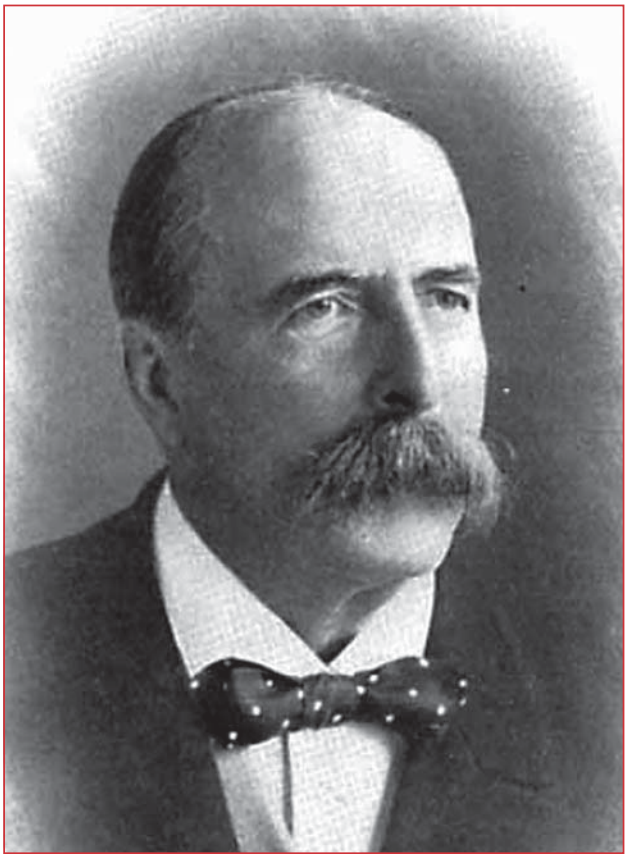

Figure 5 • Walter Whitehead (1840-1913) (Wikipédia, Public Domain).

Cela conduit, au début vingtième siècle, à la « première révolution de la chirurgie hémorroïdaire », à savoir l'émergence des hémorroïdectomies tripédiculaires. En effet, quelques années avant la seconde guerre mondiale, Edward Thomas Campbell Milligan (1886-1972) *(figure 6)*, un Australien venu en Europe au moment de la première guerre mondiale, et Clifford Naunton Morgan (1901-1986) *(figure 7)*, un anglais, tous deux chirurgiens au Saint Mark's Hospital de Londres, mettent au point leur technique d'hémorroïdectomie tripédiculaire « ouverte ». Elle prend en compte pour la première fois la spécificité de l'anatomie des hémorroïdes internes, à savoir leur individualisation en trois principaux paquets distincts. L'article princeps est publié dans le Lancet en 1937 [5]. Cette hémorroïdectomie tripédiculaire ouverte est importée en France par Jean Arnous (1908-1981) *(figure 8)* et Ernest Parnaud (1922-2013) *(figure 9)* à la fin des années 60. Ils y ajoutent une anoplastie postérieure avec léïomyotomie en le dénommant la « technique de Bellan » mais ces ajouts techniques seront finalement abandonnés avec le temps [6]. L'hémorroïdectomie de Milligan et Morgan est pratiquée dans toute l'Europe. Elle a pour avantage d'être un geste radical et définitif dans l'immense majorité des cas. Cependant, elle pose le problème de plaies externes nécessitant des

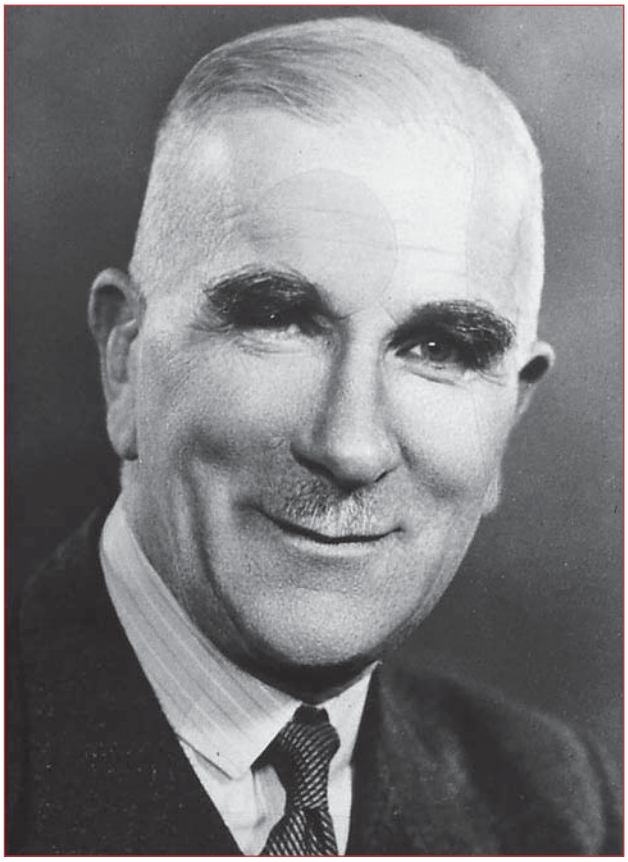

Figure 6 • Edward Thomas Campbell Milligan (1886-1972) (tiré de Lehur PA, Pravini B. Edward Thomas Campbell Milligan (1886-1972) et Sir Clifford Naunton Morgan (1901-1986) : de l'hémorroïdectomie et du St Mark's Hospital... *Colon Rectum* 2019 ; 13 : 164-6.).

Figure 7 • Clifford Naunton Morgan (1901-1986) (©National Portrait Gallery, London by Walter Bird).

" Cela a conduit, au début vingtième siècle, à la « première révolution de la chirurgie hémorroïdaire », à savoir l'émergence des hémorroïdectomies tripédiculaires. "

soins locaux ainsi que de douleurs et d'une asthénie en post-opératoire. Elle impose donc un arrêt d'activité, difficilement compressible, d'environ deux à trois semaines [7]. Une trentaine d'années plus tard, à Londres, toujours au Saint Mark's Hospital, l'illustre Alan Guyatt Parks (1920-1982) *(figure 10)*, propose une hémorroïdectomie tripédiculaire « semi-fermée » visant à diminuer l'intensité des douleurs postopératoires [8] mais elle ne convainc pas. Dans le même temps, James A. Ferguson (1915-2005) propose en Amérique du Nord son hémorroïdectomie tripédiculaire « fermée » [9] qui est d'ailleurs la méthode la plus répandue outre-Atlantique. Certes, cette dernière minimise l'inconvénient des soins locaux postopératoires puisque les plaies sont suturées mais elle n'évite pas les douleurs et se complique de suppurations plus fréquentes qu'après hémorroïdectomie ouverte. De fait, il n'a jamais été clairement démontré qu'elle faisait mieux que la technique « ouverte » et le choix de la technique d'hémorroïdectomie dépend aujourd'hui du côté de l'océan atlantique où l'on se trouve...

C'est à la fin du vingtième siècle qu'a lieu la « deuxième révolution de la chirurgie hémorroïdaire ». En effet, Kazumasa Morinaga, en Amérique du Nord, avec ses ligatures artérielles sous contrôle doppler (première publication datant de 1995) [10], et Antonio Longo *(figure 11)*, en Italie, avec son anopexie agrafée (première communication en congrès à Rome en 1998) [11], viennent enrichir le panel des techniques chirurgicales proposées aux patients. La technique des ligatures artérielles de Morinaga est ensuite modifiée en 2002 par Pier Paolo Dal Monte, chirurgien exerçant à Bologne [12]. Il y associe en effet une mucopexie afin d'être plus efficace sur le prolapsus. Ces novateurs proposent ainsi un nouveau concept, à savoir des techniques chirurgicales qui consistent non pas à réséquer le tissu hémorroïdaire mais à le dévasculariser et/ou à le « lifter » à l'intérieur du canal traitant ainsi les saignements et le prolapsus. Les deux grandes nouveautés sont l'absence de plaies cutanées externes et la réalisation du geste en zone sus-pectinéale insensible, permettant d'éviter les soins locaux postopératoires et de réduire

Figure 8 • Jean Arnous (1908-1981) (coll. Bernard Rodier).

Figure 10 • Alan Guyatt Parks (1920-1982) (coll. Saint Mark's Hospital).

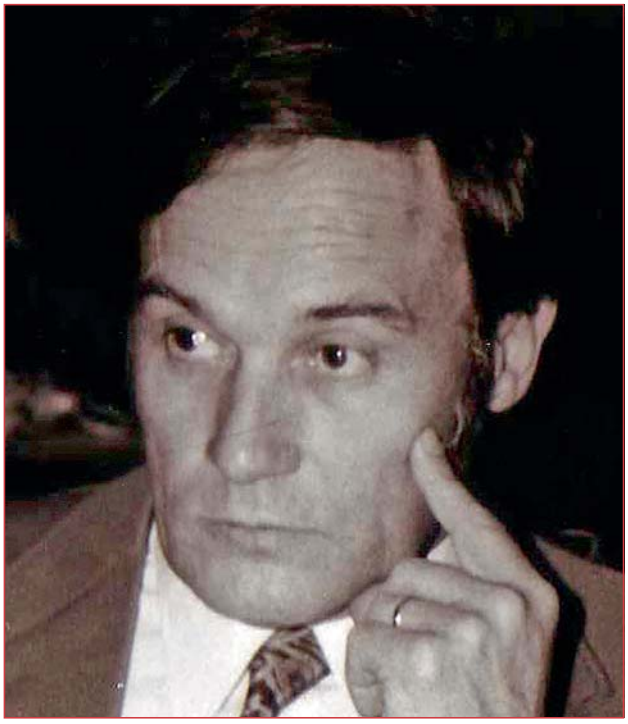

Figure 9 • Ernest Parnaud (1922-2013).

Figure 11 • Antonio Longo, promoteur de l'anopexie agrafée.

Figure 12 • Ahmet Fatin Karahalilog⊠lu, promoteur de l'hémorroïdoplastie laser.

Figure 13 • Pravin Gupta, promoteur de la radiofréquence.

l'intensité ainsi que la durée des douleurs postopératoires. L'arrêt d'activité est ainsi raccourci à quelques jours et les résultats sont excellents à court terme. Cela explique l'engouement immédiat que suscite cette nouvelle approche de la chirurgie hémorroïdaire [13].

Puis, d'autres techniques viennent enrichir ce panel des techniques dites « mini-invasives ».

Il en est ainsi de l'hémorroïdoplastie laser, proposée pour la première fois en 2005 par Ahmet Fatin Karahalilog⊠lu *(figure 12)*, chirurgien turc formé en Allemagne et exerçant à Antalya [14]. Elle est introduite en France par Nicolas Lemarchand et Manuel Aubert en 2012. Elle consiste en une coagulation sous-muqueuse du tissu hémorroïdaire interne à l'aide d'une sonde laser. Des auteurs anglais proposeront d'y associer une mucopexie, là encore afin d'être plus efficace sur le prolapsus [15].

La radiofréquence hémorroïdaire est proposée par un chirurgien indien, Pravin Gupta *(figure 13)*, au début des années 2000 [16], et c'est un chirurgien tchèque, Jiri Duben *(figure 14)*, qui met au point en 2007 la procédure Rafaelo®, actuellement utilisée en France [17]. Elle consiste en une coagulation par voie endoluminale du tissu hémorroïdaire interne à l'aide d'une sonde de radiofréquence.

Figure 14 • Jiri Duben, promoteur de la procédure Rafaelo®.

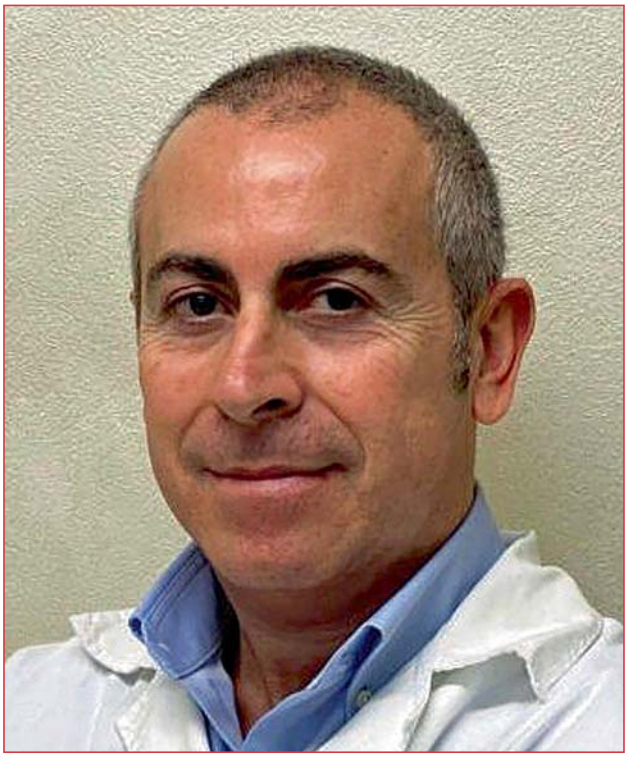

Figure 15 • Paolo Giamundo, promoteur de la HeLP et de la HeLPexx.

Enfin, la technique HeLP *(Hemorrhoidal Laser Procedure)* est mise au point en 2009 par Paolo Giamundo (*figure 15*), chirurgien exerçant à Bra, petite ville située dans la province de Coni, dans la région du Piémont [18]. Elle vise à dévasculariser le tissu hémorroïdaire interne par coagulation laser des artères hémorroïdaires du bas rectum repérées à l'aide d'un signal doppler. Dès 2011, le même Giamundo modifie la technique sous le nom de HeLPexx *(Hemorrhoid laser procedure with suture-pexy)* consistant à y associer une mucopexie, toujours dans cette idée d'être plus efficace sur le prolapsus [19]. À notre connaissance, ces deux techniques ne sont pas encore réalisées en France.

" C'est à la fin du vingtième siècle qu'a lieu la « deuxième révolution de la chirurgie hémorroïdaire » avec l'émergence des techniques mini-invasives "

Ces diverses techniques mini-invasives ont pour inconvénient un risque non négligeable de récidives, pouvant atteindre un taux de 30 % durant la décennie suivant leur réalisation [20]. Pour autant, comme on peut en juger par leur déploiement en très peu de temps, leur succès a été considérable auprès des patients qui en sont très demandeurs. C'est ainsi qu'un véritable changement de paradigme en termes de chirurgie hémorroïdaire s'est opéré durant les deux dernières décennies qui viennent de s'écouler. En effet, les patients ont désormais le choix entre une hémorroïdectomie tripédiculaire, certes définitive et radicale mais avec un arrêt d'activité post-opératoire prolongé, et une technique mini-invasive, exposant certes au risque de récidive de la maladie mais beaucoup moins contraignante en post-opératoire. En pratique, l'hémorroïdectomie tripédiculaire est encore la technique la plus pratiquée mais, depuis l'avènement des techniques mini-invasives, la chirurgie hémorroïdaire n'est plus redoutée par les patients. Elle permet donc de rendre de grands services à bon nombre dont certains n'auraient probablement pas osé consulter dans « l'ancien temps » [12, 19]. Il faut bien sûr continuer à progresser mais cela confirme ce que prophétisait le savant tunisien, Ibn al-Jazzar (898-980), né à Kairouan, près de Sousse : « *on a et on aura toujours besoin de médecine, car elle vise à un but unique,* (. . .)*, la santé, sans laquelle l'homme ne peut rien faire de bien, ni de beau* » [21, 22].

Liens d'intérêts :
les auteurs déclarent les liens d'intérêt suivants en rapport avec l'article : VdP : A. Legrand, A.M.I., BioLitec, F. Care Systems, THD. NF : A. Legrand, A.M.I., BioLitec, F. Care Systems, THD.

Références

1 • Fabiani JN. *Ces histoires insolites qui ont fait la médecine*. Paris : Plon ;p. 14.

2 • de Parades V, Zeitoun JD, Atienza P, *et al*. Une brève histoire du traitement de la maladie hémorroïdaire : de l'Égypte antique à nos jours. . .. *Presse Med* 2011 ; 40 : 960-5.

3 • Whitehead W. The Surgical Treatment of Haemorrhoids. *Br Med J* 1882 ; 1 : 148-50.

4 • Toupet A. Technique of hemorrhoidectomy (modified Whiteheard's operation). *Presse Med* 1969 ; 77 : 403-4.

5 • Milligan ETC, Morgan CN, Jones LE, *et al*. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. *Lancet* 1937 ; 2 : 1119-24.

6 • Arnous J, Parnaud E, Denis J. Safe hemorrhoidectomy. 3,000 operations. *Presse Med* 1971 ; 79 : 87-90.

7 • de Parades V, Meurette G. Milligan ETC, *et al*. (1937) Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of haemorrhoids. Lancet 230 : 1119-24. *Côlon Rectum* 2018 ; 12 : 249-50.

8 • Parks AG. Submucous haemorrhoidectomy. *Proc R Soc Med* 1959 ; 52 (Suppl. 1) : 89-91.

9 • Ferguson JA, Heaton JR. Closed hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1959 ; 2 : 176-9.

10 • Morinaga K, Hasuda K, Ikeda T. A novel therapy for internal hemorrhoids : ligation of the hemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a dopler flowmeter. *Am J Gastroenterol* 1995 ; 90 : 610-3.

11 • Longo A (1998) Treatment of haemorrhoidal disease by reduction of mucosal and haemorrhoidal prolapse with a circular-suturing device: a new procedure. In: *Proceedings of the Sixth*. Monduzzi Editori, Rome : 777-84.

12 • Fathallah N, Pommaret E, Crochet E, *et al*. Les techniques mini-invasives en chirurgie hémorroïdaire : la fin du règne de l'hémorroïdectomie ? *Hépato-Gastro* 2017 ; 24 : 1019-29.

13 • de Parades V, Fathallah N, Pigot F, *et al*. Main advantages of dearterialization of haemorrhoids and mucopexy. In: Ratto C, Parello A, Litta F. *Coloproctology, Hemorrhoids*. Switzerland : Springer, 2018 ; 2 : 405-10.

14 • Karahaliloglu AF. First results after laser obliteration of first and second degree hemorrhoids. *Coloproctology* 2007 ; 29 : 327-36.

15 • Kalaskar S, Ajayi O, Adamek J. The results of laser haemorrhoidoplasty with mucopexy for symptomatic haemorrhoidal disease. *The Internet Journal of Surgery* 2021 ; 37 : 1-5.

16 • Gupta PJ. Radiofrequency coagulation: an alternative treatment in early grade bleeding hemorrhoids. *Tech Coloproctol* 2002 ; 6 : 203-4.

17 • Duben J, Hnatek L, Dudesek B, *et al*. Bipolar radiofrequency-induced thermotherapy of haemorrhoids: a new minimally invasive method for haemorrhoidal disease treatment. Early results of a pilot study. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne* 2013 ; 8 : 43-8.

18 • Giamundo P, Cecchetti W, Esercizio L, *et al*. Doppler-guided hemorrhoidal laser procedure for the treatment of symptomatic hemorrhoids: experimental background and short-term clinical results of a new mini-invasive treatment. *Surg Endosc* 2011 ; 25 : 1369-75.

19 • Giamundo P, De Angelis M, Mereu A. Hemorrhoid laser procedure with suture-pexy (HeLPexx): a novel effective procedure to treat hemorrhoidal disease. *Tech Coloproctol* 2020 ; 24 : 199-205.

20 • Rentien AL, Fathallah N. Les techniques chirurgicales mini-invasives : avantages et inconvénients. … *Colon Rectum* 2020 ; 14 : 29-34.

21 • Jazi R. Millénaire d'Ibn al-Jazzar, pharmacien maghrébin, médecin des pauvres et des déshérités. *Rev Hist Pharm (Paris)* 1986 ; 268 : 5-12.

22 • Ibn Al Jazzar (vers 898 - vers 980). In : *Battin J. Médecins et malades célèbres*. Paris : Editions Glyphe, 2009 : 23.