



Informations avant la réalisation de ligatures d'hémorroïdes sous doppler avec mucopexie

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

Quel est le but de cette intervention ?

Les hémorroïdes sont constituées d'un tissu riche en vaisseaux sanguins et sont présentes chez tout individu à l'intérieur de l'anus (hémorroïdes internes) ou sous la peau de l'anus (hémorroïdes externes). On parle de maladie hémorroïdaire quand les hémorroïdes deviennent gênantes et sont à l'origine de symptômes comme une douleur, des saignements ou une extériorisation des hémorroïdes internes. Les premières étapes du traitement font appel soit à des médicaments soit à des gestes instrumentaux effectués en consultation. En cas d'échec ou de maladie d'emblée importante on peut envisager un traitement chirurgical.

En quoi consiste cette intervention ?

Le principe de la ligature des artères hémorroïdaires sous Doppler est de diminuer le flux sanguin dans les hémorroïdes internes. Le praticien associe quasi systématiquement à ce geste une réduction de l'extériorisation des hémorroïdes en réalisant des sutures supplémentaires appelées mucopexies (sorte de lifting de la muqueuse). Cette opération ne traite que les hémorroïdes internes et n'est donc pas appropriée chez les patients qui souffrent aussi des hémorroïdes externes. Ce n'est pas une ablation des hémorroïdes. Son efficacité peut être retardée avec un résultat définitif 1 à 2 mois après le geste.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

Cette intervention est réalisée le plus souvent en ambulatoire sous anesthésie générale ou locorégionale. Il n'y a pas de plaies et donc pas de soins postopératoires. L'arrêt de travail est le plus souvent de courte durée, sauf en cas de douleurs importantes (rares) ou de métier imposant une activité physique lourde. Il est dans ce cas adapté à l'intensité de la gêne (d'autant plus importante qu'il y a de mucopexies) et à l'activité professionnelle.

À quelles complications expose cette intervention à court et moyen terme ?

Elles sont rares et expliquées surtout par les mucopexies. - Des saignements immédiats ou retardés, le plus souvent mineurs (18%). Une reprise au bloc opératoire est exceptionnelle mais justifie d'éviter tout voyage lointain ou en avion pendant les 3 semaines suivant le geste - Une impossibilité d'uriner dans 5.5% des cas qui se traite médicalement ou par la pose temporaire d'une sonde urinaire - L'infection est exceptionnelle - Des douleurs anales peuvent survenir et disparaître avec un traitement antalgique adapté à son intensité - Des faux besoins ou envies impérieuses (envie d'aller à la selle alors que le rectum est vide) - Une thrombose hémorroïdaire (<3%) nécessitant un traitement médical adapté - Comme pour toute chirurgie, des complications générales très rares sont possibles : phlébite, embolie pulmonaire, infection locorégionale

À quelles complications expose cette intervention à long terme ?

Il n'est pas décrit de complication grave à long terme.

- Une fissure anale dans moins de 2% des cas
- Des replis de peau (marisques).
- Une récurrence de la maladie hémorroïdaire (échec de la technique) dans 3 à 24% des cas. Elle reste accessible à un traitement instrumental ou chirurgical.
- Des modifications de sensations voire un inconfort pouvant entraîner des difficultés à la reprise d'une sexualité anale..



À
le/...../.....

Signature

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu. Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

En cas de difficulté à le joindre, faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5).

Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 ou par internet : tabac-info-Service.fr, pour vous aider à arrêter.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Dans le respect du code de santé publique (Article R.4127-36),

Je, soussigné (e) Monsieur, Madame,

Reconnait avoir été informé (e) par le Dr

En date du/...../.....,

A propos de l'intervention qu'il me propose :

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention. Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

À

le/...../.....

Signature

Cette fiche a été rédigée par la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive pour vous accompagner.

Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site fcvd.fr

La FCVD ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

le/...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom :

Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin....) :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse :

.....
.....
.....
.....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

À

le/...../.....

Signature de la personne