

Dr Michel Vionnet

Spécialiste F.M.H en chirurgie

Rue de Guillermaux 12

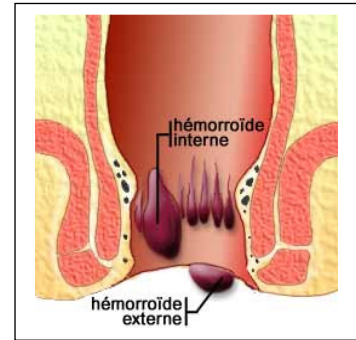
1530 Payerne

☎ 026/ 660 01 07

☎ 026/ 660 01 08

✉ info@chirbroye.ch

🌐 www.chirbroye.ch



FORMULE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

POUR CURE D'HEMORROIDES

M.

Madame, Monsieur,

Vous serez prochainement opéré d'hémorroïdes. De quoi s'agit-il ?

Les hémorroïdes représentent la maladie la plus fréquente de la région anale puisque jusqu'à 50% à 90% d'individus souffriront au moins une fois dans leur vie d'hémorroïdes. Cette maladie était déjà décrite dans l'antiquité.

Les hémorroïdes sont le résultat d'un gonflement de petits coussinets normalement situés dans la partie supérieure du canal anal. Ces coussinets sont responsables de la fermeture précise et fine du canal. Ce sont eux qui permettent de distinguer le passage de gaz ou de selles.

C'est le gonflement répété de ces coussinets, constitués par des vaisseaux (shunt artério-veineux), qui entraînera le développement des hémorroïdes. Selon leur taille, les hémorroïdes peuvent être internes, dans le canal anal, ou extérieures.

Le mécanisme en cause dans la formation des hémorroïdes se retrouve dans la circulation sanguine et les augmentations de pression intra-abdominale lors de la constipation, de problème de prostate ou de grossesse.

La fréquence de la maladie hémorroïdaire augmente avec l'âge, les hommes étant touchés deux fois plus souvent que les femmes. On reconnaît de nombreux facteurs de risque : hérédité, climat, âge, sexe, grossesse, constipation, abus de laxatifs, lavements répétés, vie sédentaire, obésité, utilisation chronique de suppositoires, cirrhose hépatique.

Les hémorroïdes se manifestent le plus souvent par : des saignements (59%), des douleurs (22%), des démangeaisons (10%), une extériorisation (9%), une thrombose, des marisques (replis cutanés péri-anaux).

Toute hémorroïde symptomatique justifie un traitement, qu'il soit médical ou chirurgical.

Lorsque le symptôme principal est le saignement, il est nécessaire de procéder à des examens complémentaires (rectoscopie, coloscopie) pour s'assurer que la seule source hémorragique est bien représentée par les hémorroïdes.

Pour les stades I et II, qui représentent des hémorroïdes internes, le traitement n'est pas chirurgical et consiste tout d'abord en l'application de mesures d'hygiène alimentaire afin de régulariser le transit,

augmenter le volume des selles pour les rendre plus molles dans le but de diminuer la pression intra-abdominale. Ces mesures peuvent être complétées par des injections locales de produits sclérosants, une coagulation par infrarouge ou par la mise en place de ligatures élastiques.

Le traitement chirurgical s'impose pour des hémorroïdes de stade III ou IV, c'est-à-dire des hémorroïdes extériorisées, repositionnables ou non dans le canal anal.

Deux types d'intervention chirurgicale peuvent être proposés :

- 1) l'excision des hémorroïdes
- 2) le repositionnement des hémorroïdes.

Techniques d'excision :

On reconnaît trois paquets hémorroïdaires principaux et il peut exister des paquets accessoires. Les techniques d'excision consistent à enlever les paquets gênants qui sont le plus souvent gonflés et qui prolèvent dans le canal anal, vers l'anus.

L'hémorroïde, qui est tout d'abord repérée, est libérée de la marge anale puis disséquée par ouverture de la paroi interne du canal anal jusqu'à parvenir à son pédicule qui contient les vaisseaux nourriciers. Ce pédicule est lié à l'aide d'un fil permettant l'ablation de l'hémorroïde. Suivant le nombre d'hémorroïdes enlevées, les plaies peuvent être suturées (technique de Ferguson) ou laissées ouvertes (technique de Milligan Morgan).

Technique de repositionnement :

Lorsque tous les paquets hémorroïdaires sont extériorisés (prolapsus anal) et qu'ils peuvent être réintroduits dans le canal anal, on peut, grâce à une agrafeuse, refixer les hémorroïdes à leur place. Cette opération, appelée anopexie circulaire, consiste, à l'aide d'une agrafeuse introduite par l'anus, à exciser une collerette circulaire de paroi interne du rectum (muqueuse) pour permettre aux hémorroïdes d'être ascensionnées dans le canal anal et retrouver leur position initiale.

Quelle que soit la technique proposée, l'intervention se déroule en anesthésie générale ou loco-régionale (rachi-anesthésie).

Si l'intervention est combinée avec un examen du rectum (rectoscopie) ou du côlon (coloscopie), vous recevrez une préparation avant l'opération.

Concernant les marisques qui sont le témoin d'anciennes thromboses hémorroïdaires externes, on peut dire qu'elles ne correspondent pas à des hémorroïdes mais en sont les conséquences. Elles ne coïncident donc pas véritablement à une pathologie hémorroïdaire. Elles ne sont en général pas douloureuses sauf lorsqu'elles surmontent ou prolongent une hémorroïde, mais se manifestent le plus souvent pas une gêne perturbant l'hygiène locale, favorisant la macération et entretenant des démangeaisons. Pour ces raisons et parfois par souci d'esthétique, on peut proposer leur excision. L'intervention consiste donc à enlever cette lésion cutané-muqueuse puis à refermer la plaie en laissant parfois une petite ouverture pour permettre l'écoulement éventuel de sang accumulé ou de pus.

Complications non spécifiques de l'opération :

Comme pour toute intervention, des complications générales telles que thrombose veineuse profonde ou embolies pulmonaires peuvent survenir. Le risque de ces complications est inférieur à 1%. Pour lutter contre le risque de thrombose ou d'embolie, nous vous prescrivons durant votre séjour hospitalier des injections sous-cutanées d'un médicament qui prévient la formation de caillots sanguins.

Complications spécifiques :

Il faut tout d'abord mentionner le saignement dont l'incidence est estimée entre 2 et 6%, qui nécessite parfois une réintervention pour contrôler l'hémorragie. Des problèmes urinaires peuvent également survenir dans environ 15% des cas et sont le plus souvent représentés par une rétention d'urine qui nécessite un drainage par sonde dans moins de 10% des situations. L'infection est également possible et survient dans environ 4% des cas.

Suites post-opératoires :

Après l'intervention, vous serez surveillé pour s'assurer de l'absence d'hémorragie. Suivant l'intervention pratiquée et l'évolution, vous pourrez rentrer à domicile le soir de l'opération ou le lendemain.

Un traitement contre la douleur vous sera prescrit de même que des soins locaux et des conseils diététiques afin d'éviter toute constipation après l'opération. En raison de l'intervention, une sensation de faux-besoins peut être présente, en général durant les premières 24 heures.

C'est votre médecin traitant qui vous reverra pour suivre l'évolution locale et envisager la reprise des activités professionnelles, environ 10 à 15 jours après l'opération.

Un contrôle clinique aura lieu au cabinet 4 semaines après l'opération.

Surtout n'hésitez pas à nous poser des questions sur tout ce qui vous paraît important ou peu clair. Faites-nous également savoir si, en ce qui concerne l'intervention, vous souhaitez être mis au courant de manière la plus détaillée possible ou si au contraire vous préférez vous en tenir au strict minimum nécessaire. Nous vous conseillons enfin de noter les questions que vous désirez nous poser.

Certains médicaments phytothérapeutiques peuvent avoir des interactions avec des anesthésiants ou des anticoagulants, raison pour laquelle nous vous demandons de les stopper 15 jours avant votre opération

Lieu et date :

signature du patient

signature du chirurgien

PS : afin de compléter notre dossier, nous vous prions de retourner le document ci-dessus à notre secrétariat, après lecture et signature.