

FICHE D'INFORMATIONS AVANT LIGATURES ELASTIQUES D'HEMORROÏDES INTERNES

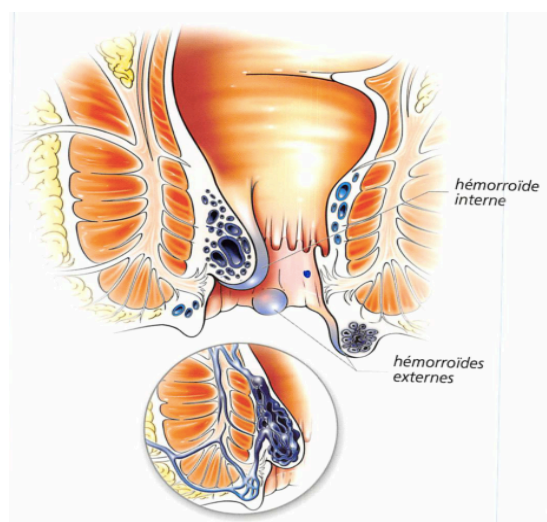
POURQUOI CE DOCUMENT ?

Nous voudrions vous informer préalablement du déroulement de l'intervention, des risques et des précautions à prendre après l'intervention. Cette information a pour but de contribuer à dissiper une inquiétude bien compréhensible.

La maladie hémorroïdaire, très fréquente, est d'origine multifactorielle. Elle peut revêtir plusieurs tableaux cliniques: asymptomatique, elle n'est découverte que lors d'un examen systématique de la région péri-anale, sous la forme d'un paquet hémorroïdaire. Ailleurs, elle peut être responsable d'une pesanteur, d'un prurit, d'une douleur plus ou moins sévère, d'une rectorragie, d'un prolapsus plus ou moins volumineux et plus ou moins réductible. La maladie hémorroïdaire correspond à une dilatation veineuse progressive dans la région du canal anal. Elle représente une cause fréquente de consultation en médecine générale et en gastro-entérologie, puisqu'elle touche près de 50% de la population de plus de 50 ans. Les règles hygiéno-diététiques et le traitement médical par voie locale ou générale sont indiqués dans tous les cas. Le traitement instrumental, essentiellement par ligatures élastiques, injections sclérosantes ou photocoagulation à infra-rouge, est de mise lorsque les symptômes deviennent invalidants et résistent au simple traitement médical. Le chirurgien est sollicité en cas d'échec de tous les traitements précédents ; il faut alors le plus souvent réséquer les paquets hémorroïdaires. En urgence, il intervient également dans le cas de la thrombose hémorroïdaire, complication fréquente et bénigne mais très douloureuse, en réalisant l'ablation du caillot sous anesthésie locale.

La pathologie des hémorroïdes externes se résume aux thromboses, accident brutal, douloureux, qui nécessite une incision en urgence (petite thrombose) ou mieux une excision, avec la peau l'entourant. Les traitements médicaux sont la plupart du temps inopérants. La régression spontanée ou sous AINS est possible mais on perd du temps et le patient souffre. Une thrombose majeure accompagnée d'œdème peut nécessiter un traitement médical avant excision. Les "peaux" siégeant sur la marge anale sont appelées "marisques" et ne présentent aucun danger. Si elles sont gênantes (hygiène), on peut proposer une exérèse.

Les hémorroïdes internes sont des éléments normalement présents à l'intérieur de l'anus. Elles sont constituées de lacs sanguins enveloppés par un revêtement et fixés à la paroi musculaire profonde par un système naturel d'amarrage. Elles forment ainsi des coussinets qui pourraient jouer un peu le rôle de « joints d'étanchéité » de l'anus. Dans certaines situations favorisant telles que les troubles du transit intestinal (diarrhée, constipation), le tissu de soutien se fragilise et les hémorroïdes internes peuvent être soumises à des facteurs traumatiques importants induits par une variation de leur position habituelle. Le but des traitements réalisés lors de la consultation (traitements dits « instrumentaux ») est de renforcer le tissu de soutien des hémorroïdes par la création d'une petite cicatrice au sommet des hémorroïdes. Cette cicatrice peut être obtenue par brûlure (chimique, coagulation électrique, infrarouge ou autre).



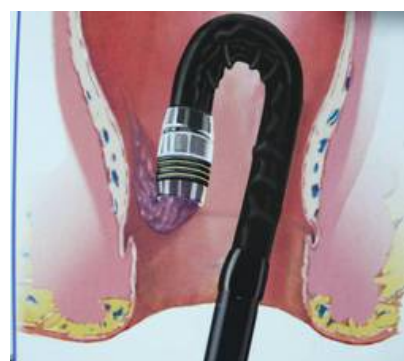
La technique de ligatures élastiques des hémorroïdes internes est la plus efficace des méthodes instrumentales actuellement proposées. L'amélioration des signes liés aux hémorroïdes est observée habituellement plus rapidement qu'avec les autres méthodes. La ligature élastique a pour but de traiter les symptômes de la maladie hémorroïdaire, sans les opérer. Parce que la zone sur laquelle porte le traitement (partie haute de l'anus) n'a pas la même sensibilité que la peau: elle n'est pas sensible aux plaies et aux brûlures mais plutôt à la pression.

Certaines équipes médicales ont comparé les résultats de cette technique à ceux de la chirurgie. D'une façon générale, deux tiers des personnes traitées voient leurs plaintes hémorroïdaires disparaître après ce traitement. Comme toutes les méthodes instrumentales, l'effet du traitement se dégrade avec le temps c'est-à-dire que plus le recul est important après le traitement, plus la proportion de personnes qui voient leurs signes hémorroïdaires réapparaître est élevée. D'un autre point de vue, le traitement par ligature est habituellement moins efficace lorsque les personnes ont des signes en rapport avec de volumineuses hémorroïdes internes que lorsqu'ils sont en rapport avec de plus petites hémorroïdes. De ces faits, il est difficile de proposer systématiquement ce type de traitement chez tous les malades qui souffrent des hémorroïdes. La décision du traitement dépend donc de nombreux facteurs au premier plan duquel figure le choix de la personne qui s'en plaint. Une ou plusieurs ligatures peuvent être posées pendant la même séance. Le traitement lui-même ne prend que 4 à 5 minutes, il est effectué par voie directe trans-anale ou lors d'une rectosigmoïdoscopie.

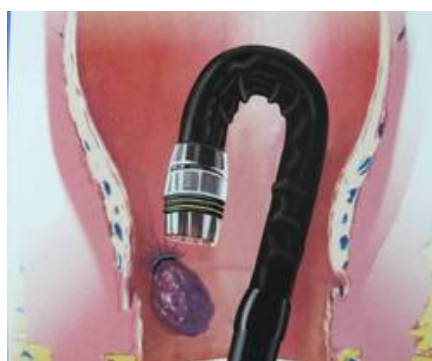
COMMENT SE DEROULE UNE POSE DE LIGATURES ?

La ligature élastique poursuit le même objectif que les autres traitements instrumentaux de la maladie hémorroïdaire : celui de créer une cicatrice renforçant le tissu de soutien au sommet des hémorroïdes. Dans cette technique, le moyen d'y parvenir est original parce qu'il consiste à emprisonner une zone superficielle de la paroi et à y positionner un anneau élastique afin d'entraîner l'étranglement puis la destruction du tissu emprisonné. Lorsqu'il a fait son office, l'anneau élastique est spontanément éliminé et il laisse à sa place une plaie de petite taille dont la cicatrisation sera acquise en 1 à 2 semaines. Cette méthode peut être répétée, si besoin, lors de deux ou trois consultations mensuelles consécutives.

La mucopexie par multiligature endoscopique se fait au moyen d'un endoscope muni d'un capuchon en plastique sur lequel sont disposés 3 à 7 élastiques que l'on peut larguer après avoir aspiré la muqueuse dans le capuchon. Les ligatures sont disposées circonférentiellement au-dessus de la ligne pectinée (zone insensible) en rétrovision rectale.



Mise en place par rétrovision dans le rectum d'une première ligature.



Ligature larguée autour de l'hémorroïde interne pour l'étrangler.



6 ligatures sont en place en fin d'intervention.

C'est un geste simple mais des précautions doivent être respectées. Il faut signaler à votre médecin les affections qui augmentent le risque de complications infectieuses: diabète, prise de corticoïdes, souffle cardiaque, prothèses, etc . En cas de doutes poser la question à votre médecin. Un antibiotique peut vous être prescrit avant la ligature. Vous ne devez pas être à jeun pour cet examen et vous pouvez prendre vos médicaments habituels, sauf que cette technique ne doit pas être effectuée chez les personnes qui ont des problèmes de coagulation et notamment après prise d'aspirine ou de médicaments anticoagulants, qui doivent être arrêtés 10 jours avant, et ne seront repris que 10 jours après.

Au début de l'examen, on va vous demander de prendre place sur la table d'examen. Ensuite l'anuscopie, ou l'endoscope, sera introduit dans l'anus, puis un instrument sera introduit à travers l'anuscopie pour aspirer l'une après l'autre les hémorroïdes, ce qui doit être indolore, et enfin un élastique sera lâché autour de l'hémorroïde (ligature de l'hémorroïde). Il est possible que plusieurs hémorroïdes soient ligaturées durant la séance.

QUELS SONT LES RISQUES DE LA POSE DE LIGATURES ?

Des effets indésirables sont possibles et des complications peuvent rarement survenir. Eviter la survenue de selles dures ou de pousser pour évacuer : buvez abondamment, consommez des fruits et des légumes verts. Le cas échéant, il faut poursuivre le traitement laxatif prescrit. La perception d'une gêne ou d'une sensation de corps étranger ou encore d'une envie pénible de déféquer peut apparaître après le geste et persister pendant quelques heures. Il est possible d'avoir une légère douleur après que des ligatures aient été mises en place. Ainsi un antalgique ne contenant pas d'aspirine (paracétamol, dextropropoxyphène notamment) vous sera prescrit, et éventuellement un laxatif. Il est également assez fréquent que de petits saignements soient observés au moment ou au décours de la selle dans les jours qui suivent la réalisation du geste. Ces éléments ne doivent pas inquiéter. Il arrive parfois qu'un malaise survienne dans l'heure qui suit la réalisation du geste : il est le plus souvent lié à un ralentissement transitoire du cœur (malaise vagal). Entre le 7^{ème} et le 21^{ème} jour après les ligatures un saignement peut survenir au moment où la ligature tombe (laissant une ulcération en place). Ces effets indésirables sont d'autant plus fréquents que le nombre de gestes effectués pendant la même séance est élevé. En revanche, certaines complications peuvent survenir qui doivent alarmer : un saignement abondant (aller à la selle pour ne faire que du sang), de la fièvre, des douleurs importantes ou l'impossibilité d'uriner sont des signes qui invitent à reprendre contact avec nous, votre médecin traitant ou l'hôpital le plus proche dans les plus brefs délais. Pour ses raisons, il est prudent d'éviter un éloignement ou un voyage important dans les 10 jours qui suivent l'intervention.

QUELLES QUESTIONS POSER AVANT UNE POSE DE LIGATURES ?

Vous devriez poser toutes les questions qui vous paraissent importantes avant l'endoscopie, par exemple :

Quelles sont la nécessité et l'urgence de l'examen?

Quelles alternatives existe-t-il à cette méthode d'examen?

Existe-t-il dans mon cas des risques personnels qui ne soient pas mentionnés dans ce document ?

Nous sommes à disposition pour répondre à toutes vos questions.