

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.

Le principe de la ligature des artères hémorroïdaires sous Doppler avec mucopexie est de remonter les hémorroïdes internes dans le rectum pour rétablir une anatomie normale. Elle est pratiquée depuis de nombreuses années sur beaucoup de patients

En quoi consiste cette intervention ?

Cette opération ne traite que les hémorroïdes internes et n'est donc pas appropriée chez les patients qui souffrent aussi des hémorroïdes externes. Elle consiste à repérer à l'aide d'une sonde Doppler les artères hémorroïdaires et à les lier pour réduire l'apport sanguin dans les hémorroïdes. Ce n'est pas une ablation des hémorroïdes. Son efficacité peut être retardée avec un résultat définitif 1 à 2 mois après le geste. Le praticien associe quasi systématiquement à ce geste une réduction de l'extériorisation de l'hémorroïde en réalisant des sutures supplémentaires appelées mucopexie (sorte de lifting de la muqueuse).

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 soin postopératoire. L'arrêt de travail n'est pas toujours nécessaire 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 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 (envie d'aller à la selle alors que le rectum est vide) qui sont traités médicalement - Une thrombose hémorroïdaire (<3%) nécessitant un traitement médical adapté
- Une sensation de faux besoin et une envie impérieuse d'aller à la selle pouvant persister quelques semaines - 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 mais peu d'études sont disponibles. - 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.

Pour en savoir plus : www.snfcfp.org

Fiche SNFCFP (Avril 2018)