



Rectosigmoïdoscopie avec dilatation

Pourquoi effectuer une rectosigmoïdoscopie avec dilatation ?

À la demande de votre médecin, une rectosigmoïdoscopie avec dilatation vous est proposée. Cet examen permet l'élargissement mécanique de la zone rétrécie au niveau du rectum ou du sigmoïde (la dernière partie de votre gros intestin) ce qui permet d'en améliorer les symptômes (douleurs abdominales, ballonnements, gonflements, nausées, vomissements). La rectosigmoïdoscopie est l'examen de référence pour mettre en évidence d'éventuelles lésions du côlon et en fonction du cas, à procéder à un traitement. Afin que vous soyez clairement informé(e) du déroulement de cet acte médical, nous vous demandons de lire attentivement ce document d'information. Veuillez ensuite signer le formulaire de consentement avant le jour de l'examen, en indiquant la date, puis remplir le questionnaire préalable à l'examen endoscopique. Le médecin est à votre disposition pour vous apporter, en complément, toute autre précision que vous souhaiteriez obtenir.

Description et déroulement de l'examen

La rectosigmoïdoscopie est un examen visuel réalisé à l'aide d'un tube de petit calibre, long et flexible, muni en son bout d'une caméra (endoscope) introduit par l'anus. Un sédatif (calmant) vous sera administré par voie veineuse. L'examen commence par un toucher rectal suivi par une anoscopie (examen visuel du canal anal). Le médecin introduira ensuite prudemment l'endoscope par votre anus, passera dans votre rectum jusqu'au site du rétrécissement. Après avoir identifié la zone rétrécie et si cela est possible, le médecin introduira un ballon de dilatation au niveau de la sténose. Par la suite ce ballon sera gonflé, ce qui permettra d'élargir la zone rétrécie. Les ballons utilisés sont de grandeurs différentes et se dilatent sur une période limitée (en général une minute). Des ballons de grandeur progressive seront employés dans la même séance ou dans des séances successives (3 à 5 séances). Généralement cet examen ne causera pas de douleurs, mais peut être inconfortable. De l'air sera introduit durant l'examen afin d'améliorer la vision et progresser à travers le tube digestif. Parfois il est nécessaire d'exercer une pression extérieure sur le ventre afin de pouvoir déplacer l'endoscope. L'examen durera en moyenne 15-30 min.

Quels sont les risques de cet examen ?

La rectosigmoïdoscopie est un procédé de routine comportant peu de risques. Malgré tout le soin apporté à cette intervention, des complications peuvent survenir qui peuvent, dans des cas exceptionnels, représenter un danger vital. Rarement (0,3-0,5%) des lésion(s) de la paroi intestinale (perforations) ont été observées, pouvant nécessiter une intervention chirurgicale. Dans quelques cas isolés, l'administration de sédatifs peut provoquer des troubles respiratoires et des troubles cardio-vasculaires. D'autres risques comprennent des réactions allergiques dues aux médicaments et ballonnements temporaires désagréables en raison de l'air subsistant dans le colon. Concernant la dilatation, il existe un faible risque de perforation (5%) ou d'hémorragie (2%). Si un saignement se manifeste durant l'examen, un traitement endoscopique sera effectué. Ces complications sont rares, mais elles peuvent nécessiter une hospitalisation, des transfusions de sang, voire une opération. Les complications sont parfois favorisées par vos antécédents médico-chirurgicaux ou par la prise des certains médicaments. Ces complications dépendent de l'examen réalisé et de la difficulté technique.

Comment se prépare-t-on à l'examen ?

Vous êtes prié de faire vous même, à la maison, deux petits lavements (Freka Clyss) entre 1 et 2 heures avant votre arrivée en introduisant par l'anus une solution liquide dans la dernière partie du côlon. Si vous avez besoin d'aide, vous êtes priés de venir 30 minutes plus tôt et l'infirmière de l'unité vous fera les lavements. **Si vous prenez des médicaments qui influencent le risque de saignement (Aspirine, Plavix, Sintrom, Marcoumar, etc.),** nous vous prions également de discuter avec votre médecin traitant de la prise de votre traitement. Il est





possible qu'en fonction des gestes techniques prévus dans votre cas vous deviez arrêter de prendre ces médicaments plusieurs jours avant l'examen. Dans ce cas, votre médecin vous conseillera sur les alternatives adaptées à votre situation.

Que se passe-t-il après l'examen?

Vous serez sous surveillance à l'Hôpital de Jour pendant environ 2 heures. Si des calmants vous ont été administrés, **il est interdit de conduire un véhicule** ou de travailler avec des machines jusqu'au lendemain, car vos capacités de réaction peuvent être altérées. **Il est donc utile de demander à une personne de vous raccompagner à votre domicile ou d'utiliser les transports publics.** Pour les mêmes raisons, il vous est également déconseillé de prendre, le jour de l'examen, des décisions importantes requérant toute votre lucidité (signer des documents d'une valeur légale). En principe après l'examen, vous pourrez manger, boire et prendre vos médicaments.

Que faire en cas de problèmes après l'examen ?

Si vous avez des douleurs abdominales, du sang rouge dans les selles, des selles noires, un état fébrile ou des frissons dans les heures ou les jours suivant l'endoscopie, ou en cas d'autres problèmes à la suite de l'examen, contactez immédiatement le Centre d'endoscopie (tél. 021-314 07 20) ou le gastro-entérologue de garde (nuit et week-end) au 021-314 11 11 ou votre médecin traitant. Si vous n'arrivez pas à joindre un médecin, vous devez vous rendre rapidement à l'hôpital le plus proche.

Avez-vous d'autres questions?

Si vous avez d'autres questions concernant l'examen programmé, veuillez vous adresser au médecin qui a demandé cet examen. S'il n'est pas en mesure de répondre à vos questions, contactez le Centre d'endoscopie (tél. 021-314 07 20) qui se chargera de vous mettre en contact avec le gastro-entérologue de garde. Vous aurez aussi la possibilité de discuter avec le gastro-entérologue avant votre examen.

Références bibliographiques

1. Risks of Colonoscopy and Polypectomy Gregory G. Ginsberg- Techniques in Gastrointestinal Endoscopy, 2008 ; 10 : 7-13
2. Complications de l'endoscopie digestive : gastroscopie et coloscopie – M-G Lapalus, J-C Saurin, Gastroentérologie Clinique et Biologique Vol 27 – N10 – Octobre 2003
3. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. Texte du consensus Gastroentérologie Clinique et Biologique Vol 22 - N° 2 - Mars 1998
4. Cancer colorectal. Dr. A. El-Wafa, Prof G.Dorta, Dr. P. Wiesel – Le fait médical No 66, décembre 2007
5. Notice d'informative sur la coloscopie avec dilatation ou pose de stent. Société Suisse de Gastro-entérologie.





Formulaire de consentement écrit pour la rectosigmoïdoscopie avec dilatation

Après avoir lu le formulaire d'information annexé, veuillez dater et signer ce document au plus tard la veille de l'examen. Merci de vous présenter avec ce document le jour de l'examen.

- Je soussigné-e, déclare avoir pris connaissance du formulaire d'information sur le but, les modalités et les risques de cet examen.
- J'ai été informé-e des raisons (indications) pour laquelle je dois faire cet examen par le médecin qui l'a prescrit.
- J'ai compris que ma prise en charge est assurée en équipe et que du personnel en formation peut participer aux soins qui me sont donnés, sous la supervision de spécialistes compétents. J'ai pris note que l'identité du médecin qui pratiquera l'intervention me sera communiquée avant celle-ci.

Je donne mon accord à cet examen : oui non Date de l'examen : _____

Nom et prénom du/de la patient-e ou représentant légal/thérapeutique: _____

Cette signature est obligatoire, sans votre accord écrit nous ne pouvons pas effectuer l'examen demandé par votre médecin.

Date : _____ Signature du/de la patient-e ou de son représentant légal ou thérapeutique : _____

Dr-e _____ (*Nom, prénom, lettres majuscules*), a expliqué la nature, le but, les bénéfices, les risques et les alternatives à l'examen. Il/elle a également offert au/à la patient-e la possibilité de poser toutes les questions qu'il/elle souhaitait et a pleinement répondu à ces dernières. Le/la patient-e a été informé-e que du personnel en formation peut participer aux soins et que l'identité du/de la médecin qui pratiquera l'intervention lui sera communiquée avant celle-ci.

Date : _____ Signature du médecin : _____





Questionnaire préalable à l'examen endoscopique

Questions concernant les troubles de la crase (coagulation du sang) : (merci de répondre par OUI ou par NON)

1. Présentez-vous des hématomes de plus de 2 cm sans traumatisme évident ou des hématomes très significatifs après un traumatisme mineur ?	
2. Présentez-vous des saignements prolongés et anormalement abondants qui nécessitent une consultation médicale ou un traitement (saignement de nez, après vous être rasé) ?	
3. Pour les femmes : avez-vous des règles prolongées (plus de 7 jours) et anormalement abondantes qui nécessitent un suivi médical ou un traitement ?	
4. Avez-vous présenté des hémorragies prolongées et sévères pendant ou après un traitement dentaire ?	
5. Avez-vous présenté des hémorragies prolongées et sévères après ou pendant des interventions chirurgicales (par ex. : amygdalectomie, appendicectomie, accouchement) ?	
6. Y-a-t-il dans votre famille (parents, frère, sœur, enfant, grands-parents, oncles ou tantes) une maladie provoquant des saignements prolongés (hémophilie etc) ?	

Questions concernant la prise de médicaments, les allergies ou les maladies concomitantes :

(merci de répondre par OUI ou par NON)

1. Prenez-vous des médicaments pour l'anticoagulation (par ex. : Sintrom ou Marcoumar) ou avez-vous pris au cours des 7 derniers jours de l'Aspirine, de l'Alcacyl, du Tiatral, du Plavix ou des médicaments antigrippaux, antidouleurs ou antirhumatismaux ? Si oui, lesquels ?	
2. Présentez-vous une allergie (médicaments, iode, latex, œufs, soja, anesthésiques, pansements) ? si oui, lesquels ?	
3. Présentez-vous une maladie des valves cardiaques ? Une maladie du cœur ou une maladie des poumons ? Avez-vous une carte pour la prophylaxie des endocardites (vert/rouge) ?	
4. Etes-vous porteur (se) d'un pacemaker, d'un défibrillateur ou d'implant métallique ?	
5. Etes-vous diabétique ?	
6. Pour les femmes: êtes-vous enceinte ou existe-t-il la possibilité d'une grossesse ?	
7. Avez-vous une instabilité dentaire, une prothèse dentaire ou des maladies dentaires ?	

Je confirme par ma signature avoir lu et répondu à toutes les questions ci-dessus.

Lieu et date

Signature du patient

