

Informations avant traitement chirurgical d'un prolapsus du rectum par rectopexie.

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. N'hésitez pas à interroger votre colo- proctologue ou votre chirurgien, le Dr pour toute information complémentaire (Tel :).

Le prolapsus rectal est un affaissement de la paroi du bas rectum qui se détend et se déforme en faisant des gros plis dans le bas du rectum (prolapsus rectal interne), ou sort complètement par l'anus (prolapsus extériorisé ou total).

Pourquoi avoir choisi cette intervention ?

Un prolapsus rectal est l'extériorisation du rectum à travers l'anus. Il peut survenir uniquement à l'effort de défécation et se réduire spontanément ou après réintégration manuelle. Dans les cas plus avancés, il peut survenir au moindre effort physique, à la marche ou en position accroupie, voire devenir permanent. Cet inconfort est aggravé par des émissions de glaires et de sang. Chez près d'un patient sur deux, une constipation entretient et majore le prolapsus du rectum. Une incontinence fécale est rapportée chez une personne sur deux. L'étranglement du rectum à l'extérieur de l'anus, situation très rare, est une urgence chirurgicale.

En quoi consiste cette intervention ?

La rectopexie consiste à fixer la paroi du rectum en intervenant par voie abdominale par le moyen d'une bandelette de tissu synthétique (comparable à un morceau de voile de mariée en polyester ou polypropylène). L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, le plus souvent par voie coelioscopique (pas d'incision large de la paroi du ventre). Le risque de récurrence du prolapsus rectal après rectopexie est très faible (5%). C'est la méthode la plus efficace du traitement du prolapsus rectal et elle améliore les signes qui y sont associées (fausses envies, glaires, incontinence).

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

Les suites immédiates sont peu douloureuses hormis un inconfort abdominal initial. La reprise des boissons est possible le jour même puis progressivement de l'alimentation dans les 24-48h. Le retour du transit intestinal survient habituellement dans les 48-72h. La durée d'hospitalisation varie entre 1 à 5 jours.

A quelles complications expose cette intervention à court terme ?

On distingue les complications en rapport avec toute intervention abdominale sous anesthésie générale nécessitant parfois un drainage ou un sondage urinaire (infections, hémorragie, rétention d'urine, douleurs, phlébite et embolie) et celles qui sont propres à la rectopexie et qui concerne principalement la survenue ou l'aggravation d'une constipation. Ce risque est aujourd'hui moins important avec l'amélioration des méthodes de dissection.

A quelles complications expose cette intervention à long terme ?

L'apparition d'une infection sur la bandelette prothétique est une complication exceptionnelle mais très sérieuse, nécessitant son ablation pour éviter la propagation de l'infection, en particulier au disque vertébral. Des complications pariétales au niveau des cicatrices sont possibles mais bénignes (déhiscence). Une occlusion intestinale sur adhérences intra-abdominales peut survenir comme chez tout patient qui a été opéré de l'abdomen.

Document remis le
Signature du patient

par le Dr
Signature du médecin

Pour en savoir plus : www.snfcp.org.