

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. 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.

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

Quel est le but de cette intervention ?

Un prolapsus rectal total 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, qui complique le prolapsus, est une urgence chirurgicale.

L'objectif de cette intervention est de remonter le rectum pour revenir à un état anatomique le plus proche de la normale et améliorer les signes qui y sont associés (fausses envies, glaires, incontinence). C'est la méthode la plus efficace du traitement du prolapsus rectal

En quoi consiste cette intervention ?

L'intervention se fait par voie abdominale, le plus souvent par voie coelioscopique (petits orifices dans l'abdomen et pas d'incision large) sous anesthésie générale. La rectopexie consiste à fixer la paroi du rectum avec une bandelette de tissu synthétique.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

L'hospitalisation dure entre 1 et 5 jours. Les suites sont en général peu douloureuses hormis un inconfort abdominal initial. Le retour du transit intestinal survient habituellement dans les 48-72h. Les soins consistent essentiellement en une régulation du transit. L'arrêt de travail proposé est de 2 à 4 semaines. Il faut éviter de porter des charges lourdes pendant 2 mois.

A quelles complications expose cette intervention à court terme ?

- Les complications en rapport avec toute intervention abdominale : infections, hémorragie, rétention d'urine, douleurs, phlébite et embolie
- Les complications de la coelioscopie : conversion en laparotomie (incision large de la paroi de l'abdomen), risque de brèche vasculaire et risque de perforation digestive avec risque d'anus artificiel temporaire
- Les complications propres à la rectopexie, avec des difficultés à évacuer le rectum.

A quelles complications expose cette intervention à long terme ?

- Une infection ou une érosion de la paroi rectale (0.5%) sur la bandelette prothétique est exceptionnelle, imposant son ablation pour éviter la propagation de l'infection, un anus artificiel temporaire peut être nécessaire
- Des complications des cicatrices sont possibles mais bénignes (déhiscence, éventration)
- Une occlusion intestinale sur des adhérences
- Une constipation pouvant s'aggraver ou apparaître
- Une incontinence préalable peut ne pas être corrigée
- Un risque de récurrence du prolapsus d'environ 10 %.

Pour en savoir plus : www.snfcp.org