

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.

En quoi consiste cette intervention ?

La rectopexie consiste à fixer la paroi du rectum en intervenant par voie abdominale au moyen d'une bandelette de tissu synthétique. L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, le plus souvent par voie cœlioscopique (petits orifices dans l'abdomen et pas d'incision large). 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. Le retour du transit intestinal survient habituellement dans les 48-72h. La durée d'hospitalisation varie entre 1 et 5 jours.

A quelles complications expose cette intervention à court terme ?

On distingue les complications en rapport avec toute intervention abdominale : infections, hémorragie, rétention d'urine, douleurs, phlébite et embolie. Les complications de la coelioscopie : une conversion en laparotomie (incision large de la paroi de l'abdomen), risque de brèche vasculaire et risque de perforation digestive opératoire avec risque de dérivation temporaire du circuit digestif. Et les complications propres à la rectopexie, difficultés à évacuer le rectum.

A quelles complications expose cette intervention à long terme ?

L'apparition d'une infection ou d'une érosion de la paroi rectale (0.5%) 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 (0,25 %). Ceci peut conduire exceptionnellement à une dérivation du circuit digestif (stomie, ou poche sur l'abdomen). Des complications au niveau des cicatrices sont possibles mais bénignes (déhiscence, éventration). Une occlusion intestinale sur adhérences intra-abdominales peut survenir comme chez tout patient qui a été opéré de l'abdomen. Une constipation peut parfois s'aggraver ou apparaître après l'intervention (ce risque est aujourd'hui moins important avec l'amélioration de la technique). Une incontinence préalable peut ne pas être corrigée. Enfin il existe un faible risque de récurrence du prolapsus (environ 5 %).