

O Complications précoces

Ce sont celles communes à toute intervention abdominale : rétention d'urine, douleur, infections, saignement, phlébite du mollet (caillot de sang dans un vaisseau) pouvant se compliquer d'une embolie pulmonaire (caillot de sang qui part dans la circulation générale).

O Complications 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.



Sur le prolapsus du rectum

Cette intervention, à ce jour, est celle qui apporte les meilleurs résultats à long terme. Le risque de récidive est inférieur à 10 %.

O Sur la fonction intestinale

La correction du prolapsus vous apporte un confort significatif avec une quasi disparition des symptômes tels que les fausses envies et les émissions glaireuses. En revanche il n'existe pas de critères prédictifs sur la modification éventuelle de votre transit intestinal et de la continence anale. Le plus souvent il n'y a pas d'aggravation de votre constipation et vous ajusterez en fonction le maintien ou non de vos prises de laxatifs. Deux patients sur trois récupèrent une continence quasi normale. Si nécessaire une prise en charge spécifique des troubles de la continence vous sera proposée dès lors que votre prolapsus est bien réduit.



Service de chirurgie viscérale Chirurgie coloproctologique

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 chirurgien 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.

Dr Jean-Frédéric COBLENCE, chef de service

Dr Béatrice VINSON BONNET, Dr Antonio D'ALESSANDRO, praticiens hospitaliers Dr Sophie PITEL, praticienne attachée

Secrétariat : Angélique LEFEBVRE (Angelique.Lefebvre@ght-yvelinesnord.fr)

Tél: 01 39 27 52 92 - Fax: 01 39 27 44 10

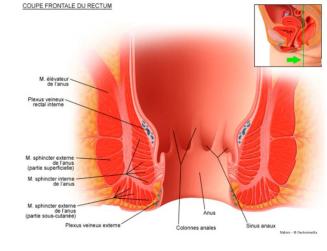




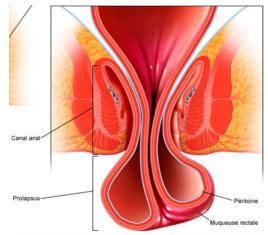
>>> Pourquoi opérer?

Le prolapsus rectal est un glissement vers le bas de la paroi du 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). 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.

Anatomie normale



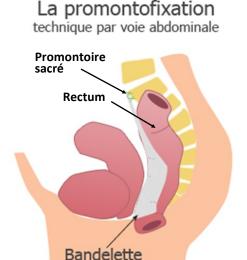
Prolapsus rectal



SEN QUOI CONSISTE CETTE OPÉRATION?

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.

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 au sacrum.



Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

La durée d'hospitalisation est en moyenne comprise entre deux et cinq jours. Durant cette période, l'équipe médicale veille à limiter la douleur qui est en général modérée, plutôt sous forme d'un inconfort abdominal avec ballonnements. Elle surveille la reprise de vos mictions (urine) à l'ablation de la sonde urinaire et de votre transit intestinal (aidé par des laxatifs). La reprise des boissons et alimentation légère est possible le jour même et normale dès le lendemain. Un levée précoce est souhaitable. Dans des cas sélectionnés, cette intervention peut être réalisée en ambulatoire. Le retour du transit intestinal survient habituellement dans les 48 / 72 h. Une ordonnance d'antalgiques et de régulateurs du transit vous est fournie. Pour prévenir le risque de phlébite post-opératoire les injections d'anticoagulant sous cutanées seront poursuivies deux semaines à domicile. Vous serez revu·e en consultation post-opératoire environ un mois après le geste. Il faut éviter de porter des charges lourdes ou pratiquer une activité sportive pendant 2 mois.