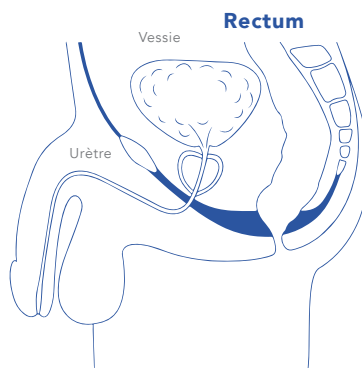
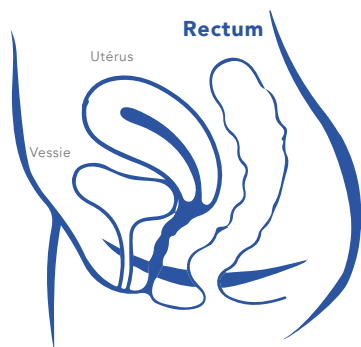


**TRAITEMENT D'UN PROLAPSUS
DU RECTUM PAR RECTOPEXIE**



Livret d'information



Chirec - Site Braine-l'Alleud
Rue Wayez, 35 - 1420 Braine-l'Alleud



www.chirec.be

Madame, Monsieur,

L'équipe médicale et soignante met à votre disposition ce livret d'information sur le traitement chirurgical d'un prolapsus du rectum par rectopexie. Nous souhaitons que ce document vous apporte les réponses à vos interrogations. N'hésitez pas à nous solliciter pour avoir des informations complémentaires à celles que vous avez déjà.

Nous restons à votre entière disposition.

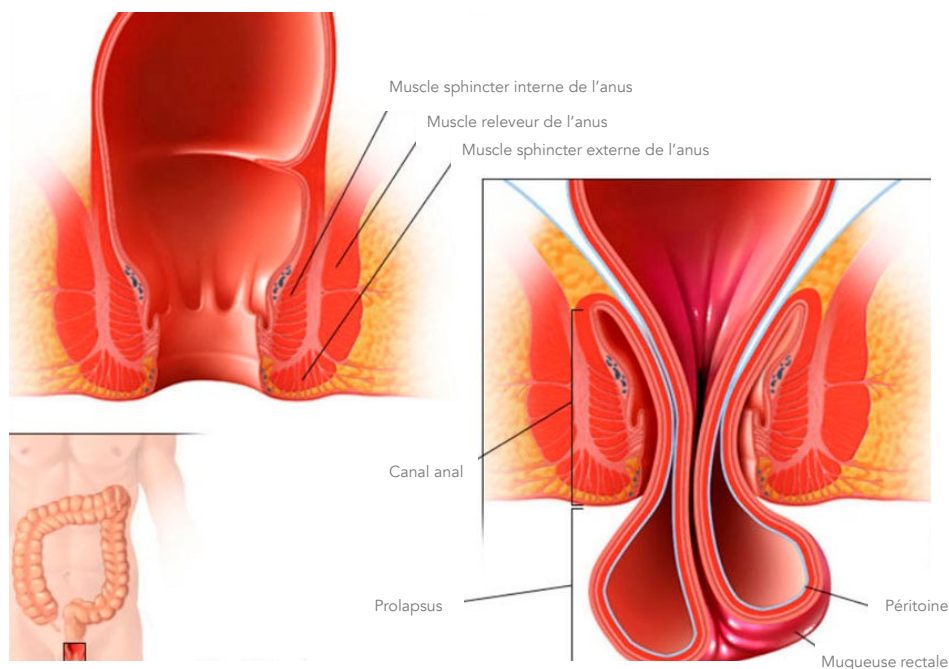
Dr Benjamin Nebbot
Coordinateur de la Clinique du Périnée
02/434 91 75
benjamin.nebbot@chirec.be

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(e) patient(e) sur deux, une constipation entretient et majore le prolapsus du rectum.

Une incontinence fécale est rapportée chez une personne sur deux.



Protrusion des parois du rectum à travers l'anus

Résultats

Récidive

Le risque de récidive du prolapsus rectal après rectopexie est de l'ordre de 10%.

Transit

On constate une amélioration des signes associés (fausses envies, glaires). Ce traitement peut majorer une constipation préexistante ou favoriser l'apparition d'une constipation chez quelqu'un qui avait un transit régulier auparavant, dans environ 10% des cas.

Continence anale

Deux patient(e)s sur trois retrouvent une continence anale normale. Ce résultat est lié au fait que le sphincter anal peut avoir été 'distendu' par le passage régulier du prolapsus et expliquer ainsi l'incontinence persistant en post-opératoire.

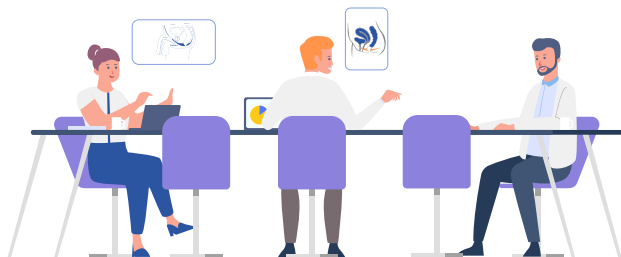
COMMENT OPÉRER? POURQUOI CETTE TECHNIQUE ?

La rectopexie conserve le rectum et en le fixant, l'empêche de redescendre. L'avantage de conserver le rectum est de préserver la fonction de réservoir qu'il occupe, d'éviter d'avoir des selles plus fréquentes et de diminuer le risque d'incontinence. Il existe une autre technique, qui consiste à retirer le rectum par les voies naturelles et à réaliser une suture entre le côlon et le canal anal.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, le plus souvent par voie coelioscopique, mais il arrive que l'on doive réaliser une cicatrice abdominale plus large.

Cette intervention consiste à remonter la paroi du rectum et à la fixer par le moyen d'une bandelette de tissu synthétique (comparable à un morceau de voile de mariée en polyester ou polypropylène).

Au début de l'intervention, une sonde urinaire est mise en place.



COMMENT SE DÉROULENT LES SUITES HABITUELLES DE CETTE INTERVENTION ?

La durée d'hospitalisation est en moyenne comprise entre 2 et 5 jours. Durant cette période, l'équipe médicale veille à gérer la douleur qui est en générale modérée et qui se présente plutôt sous forme d'un inconfort abdominal. Elle surveille la reprise des mictions (urines) dès l'ablation de la sonde urinaire (le plus souvent le lendemain) et du transit intestinal (aidé par des laxatifs doux). La reprise des boissons et de l'alimentation est possible le jour même. Le retour du transit intestinal survient habituellement dans les 48-72 heures.

Une ordonnance d'antalgiques et de régulateurs du transit est fournie. L'arrêt de travail est habituellement de 3 à 4 semaines. Le patient est revu en consultation post-opératoire environ 2 semaines après le geste.

Les complications

Complications précoces

Ce sont celles de toute intervention abdominale : infections, hémorragie, rétention d'urine, douleurs, phlébite (caillot de sang dans un vaisseau) et embolie (caillot de sang qui part dans la circulation générale, surtout vers les poumons). Elles sont très rares.

Complications à long terme

L'apparition d'une infection sur la bandelette prothétique est une complication exceptionnelle, mais qui s'avère très sérieuse, nécessitant son ablation pour éviter la propagation de l'infection.

Des complications au niveau des cicatrices sont possibles également mais restent bénignes (infection ou ouverture). Une occlusion intestinale sur adhérences intra-abdominales peut survenir comme chez tout patient qui a été opéré de l'abdomen.