

Informations avant réalisation d'une intervention de Sullivan

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.

La rectocèle est due à une hernie de la paroi du bas rectum (partie terminale de votre intestin) qui se détend et se déforme en donnant une poche qui bombe dans le vagin avec pour conséquence une difficulté à évacuer les selles.

Quel est le but de cette intervention ?

L'objectif est de retendre la paroi du rectum pour revenir à un état anatomique le plus proche de la normale. L'indication chirurgicale peut-être proposée en cas d'échec des traitements médicaux (laxatifs, suppositoires, lavements, rééducation). Cette technique n'est pas adaptée chez les personnes qui souffrent de troubles de la continence fécale.

En quoi consiste cette intervention ?

L'intervention se fait par voie anale sans ouvrir l'abdomen. Elle consiste à raccourcir la paroi antérieure de la partie basse du rectum en renforçant sa musculature. Ceci enlève l'excédent de tissu responsable de la rectocèle. Elle améliore les difficultés à évacuer les selles dans 70 à 80 % des cas.

Quelles sont les alternatives ?

- Les interventions par voie naturelle réalisées à pince mécanique (STARR). Le choix de la technique est surtout guidé par des raisons anatomiques locales (anus étroit, zone à opérer très limitée...).
- Les interventions par voie abdominale proposées aux prolapsus du rectum volumineux, extériorisés, ou associés à un prolapsus génital, vésical ou intestinal.
- Les interventions par voie vaginale, discutées si la gêne est surtout une « boule » qui sort par le vagin.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

L'hospitalisation dure le plus souvent entre 1 et 3 jours. Les suites sont en général peu douloureuses. Les soins consistent essentiellement en une régularisation du transit. L'arrêt de travail dure entre 2 et 4 semaines. Il faut éviter de porter des charges lourdes pendant 2 mois.

Quelles sont les principales complications de cette intervention à court terme ?

- Un saignement les 3 premières semaines (5%) pouvant nécessiter une hospitalisation et une reprise au bloc opératoire.
- Une impossibilité d'uriner dans 5 à 10% des cas qui se traite médicalement ou par la pose temporaire d'une sonde urinaire (1%).
- Exceptionnellement, une fistule (communication entre le rectum et le vagin) ou un abcès. Il s'agit de complications graves, imposant parfois une chirurgie et parfois un anus artificiel temporaire.

Quelles sont les principales complications de cette intervention à long terme ?

- Une difficulté transitoire à retenir les selles avec un besoin d'aller à la selle fréquent ou urgent. Ce problème s'atténue avec le temps et il est rare qu'il persiste au-delà d'un an.
- Une réapparition des difficultés à évacuer les selles dans 10% des cas à 2 ans et jusque 50% à 5 ans.

Cette intervention n'empêche pas l'apparition d'un autre prolapsus du rectum, de l'utérus ou de la vessie dans les années qui suivent.

Pour en savoir plus : www.snfcpc.org