

Informations avant la réalisation d'une cure chirurgicale de prolapsus rectal extériorisé selon Altemeier

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.

Cette intervention est réservée au prolapsus rectal extériorisé (ou total).

En quoi consiste cette intervention ?

L'objectif de cette intervention est d'enlever le rectum extériorisé, on parle alors de proctectomie

Cette proctectomie est réalisée par voie anale, sans aucune ouverture abdominale. Cette intervention est possible sous anesthésie générale ou sous anesthésie loco-régionale (rachianesthésie). Après l'ablation du rectum, la continuité digestive est rétablie en suturant le côlon d'amont à l'anus.

Cette intervention est principalement réservée aux patients âgés ou très fragiles. En effet, cette intervention réalisée par les voies naturelles est peu invasive.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

L'hospitalisation dure entre 1 et 5 jours. Les suites sont en général peu douloureuses. Le retour du transit intestinal survient habituellement dans les 48-72h, aidé par des laxatifs oraux. Les soins consistent essentiellement en une régulation du transit et une prévention de la phlébite. La population opérée est rarement en activité professionnelle.

A quelles complications à court terme expose cette intervention ?

- Les complications en rapport avec toute intervention : infections, hémorragie, rétention d'urine, douleurs, phlébite et embolie pulmonaire
- Très rares : les complications d'une suture digestive : désunion (fistule) avec abcès traité par drainage local et antibiotiques.

A quelles complications à long terme expose cette intervention ?

- Cette intervention est souvent réalisée chez des patients ayant une faiblesse importante des muscles de l'anus et du périnée avec incontinence. Son objectif est d'empêcher la gêne en rapport avec les écoulements glaireux du prolapsus extériorisé et le volume de ce prolapsus extériorisé. Il est parfois réalisé un serrage des muscles pour éviter une récurrence. En revanche il n'y a pas de modification des compétences du sphincter anal et donc de la continence aux selles par rapport à l'état préopératoire.
- L'ablation du réservoir rectal peut modifier les sensations de besoin et d'évacuation. Un traitement régulateur du transit doit souvent être maintenu.
- Le risque de rétrécissement de la suture anale est rare et relève de dilatations locales. Le risque de récurrence du prolapsus intestinal est plus important qu'après correction par voie abdominale avec bandelette (cf. fiche rectopexie)

Pour en savoir plus : www.snfc.org