

## Les complications

### • Complications précoces

Ce sont celles **communes à 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).

### • 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.

## Résultats

Récidive : le risque de récurrence du prolapsus rectal après rectopexie est de l'ordre de 10 %.

Transit : on constate une **amélioration des signes associées** (fausses envies, glaires). Ce traitement peut par contre majorer une **constipation préexistante**, ou favoriser l'apparition d'une constipation chez quelqu'un ayant un transit régulier auparavant, dans en moyenne 10 % des cas.

Continence anale : **deux patients 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.

# Traitement d'un prolapsus du rectum par rectopexie

CHU de Nantes  
Institut des maladies de l'appareil digestif  
1 place Alexis-Ricordeau – 44 000 Nantes

*Madame, Monsieur,*

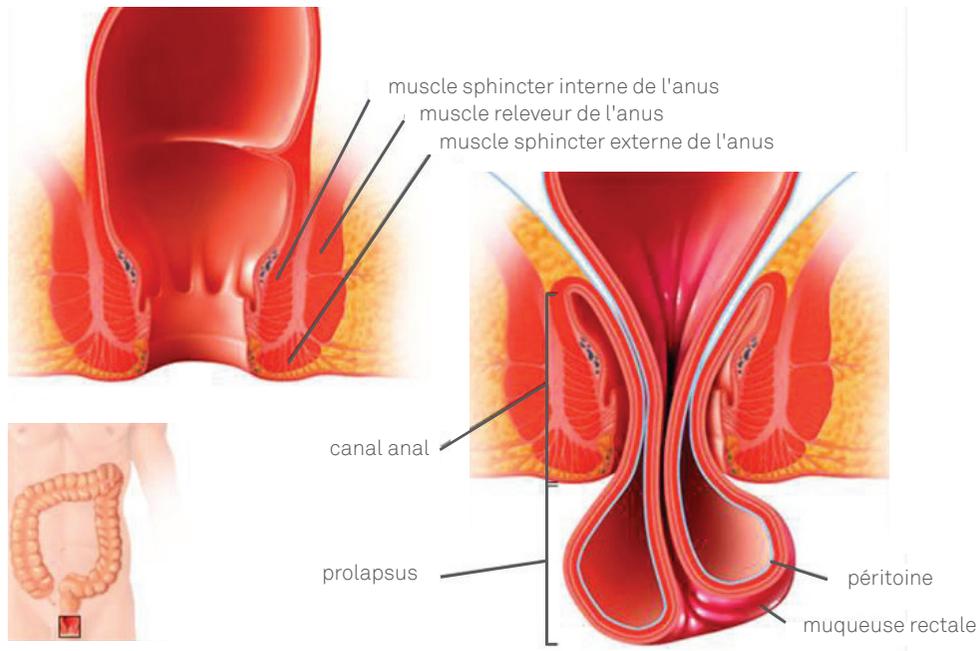
*L'équipe médicale et soignante met à votre disposition ce livret d'information sur le traitement chirurgical d'un **prolapsus du rectum par rectopexie**. Nous souhaitons que ce document vous apporte les réponses à vos interrogations. N'hésitez pas à nous solliciter pour avoir des informations complémentaires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

## 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.



Prostrusion des parois du rectum à travers l'anus

\* schémas : Natom, Geckomedia

## Comment opérer ? Pourquoi cette technique ?

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



L'intervention est réalisée sous **anesthésie générale**, le plus souvent par voie **cœlioscopique**, mais il est parfois nécessaire de réaliser une **cicatrice abdominale** plus large. Elle consiste à **fixer vers le haut la paroi du rectum** 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 deux et cinq jours**. Durant cette période, l'équipe médicale veille à limiter la douleur qui est en générale **modérée**, plutôt sous forme d'un **inconfort abdominal**. Elle surveille la **reprise de vos mictions** (urine) à l'ablation de la sonde urinaire et de votre **transit intestinal** (aidé par des laxatifs doux). La reprise des boissons est possible le jour même puis progressivement de l'alimentation dans les 24-48 h. Le retour du transit intestinal survient habituellement dans les 48-72 h.

Une **ordonnance d'antalgiques** et de régulateurs du transit vous est fournie. L'arrêt de travail est habituellement **de trois à quatre semaines**. Vous serez revu en **consultation post-opératoire** environ un mois après le geste.