

## 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

Une **fistule** (fuite) au niveau de la suture peut survenir dans **5%** des cas. Cette fistule communique dans 5% des cas avec le vagin, formant une **fistule recto vaginale**. Une ré-intervention peut alors être nécessaire.

Une **sténose** (rétrécissement) au niveau de la suture survient dans **3 à 10% des cas**. Elle peut la plus part du temps être traitée par des **dilatations simples** en consultation, ou sous anesthésie générale.

## Résultats

Récidive : le risque de récurrence du prolapsus rectal après intervention par voie basse est **de l'ordre de 10%**. Ce risque **augmente avec l'âge**, car les tissus sont moins toniques.

Transit: on constate une **amélioration des signes associées** (fausses envies, glaires).

Il n'y a **pas de modification du transit**, et notamment **pas de constipation** secondaire.

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 voie périnéale

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

*Madame, Monsieur,*

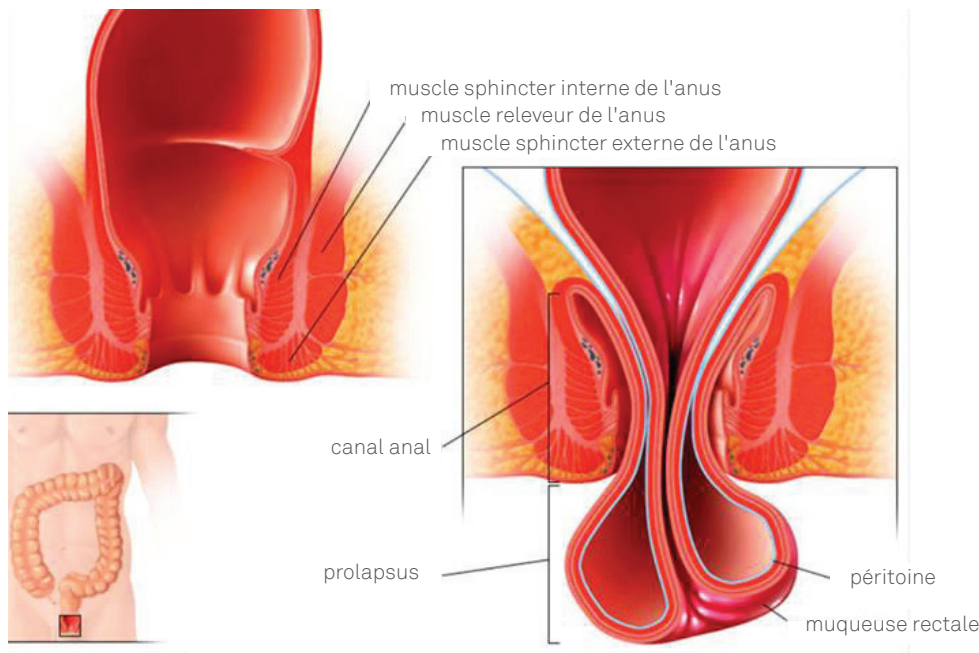
*L'équipe médicale et soignante met à votre disposition ce livret d'information sur le traitement chirurgical d'un prolapsus du rectum par voie périnéale. Nous souhaitons que ce document vous apporte les réponses à vos interrogations. N'hésitez pas à nous solliciter pour avoir des informations complémentaires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



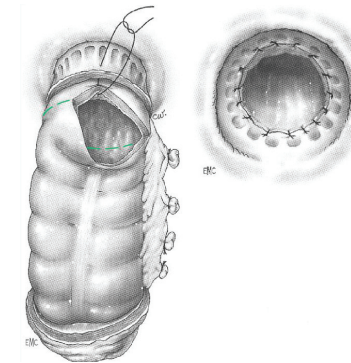
prostrusion des parois du rectum à travers l'anus

\* schémas : Natom, Geckomedia

## Comment opérer ? Pourquoi cette technique ?

L'intervention consiste à **retirer le rectum** qui s'extériorise par les **voies naturelles**, et réaliser une **suture entre le colon et le canal anal**. On réalise également un **rapprochement des muscles du périnée**.

Cette intervention peut être réalisée sous **anesthésie générale**, mais également **sous rachi anesthésie**. Elle ne nécessite pas la réalisation de cicatrices au niveau de l'abdomen.



L'absence d'ouverture de l'abdomen, la possibilité d'une rachi anesthésie peuvent être de **gros avantages** chez des **patients âgés et fragilisés** par d'autres problèmes de santé (cardiaque ou pulmonaire par exemple).

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.