

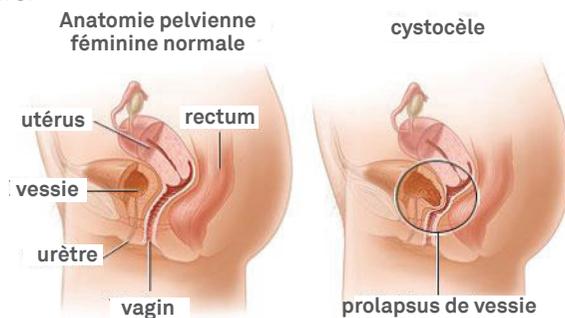
Résultats

- **Récidive** : la rectocèle peut ne pas être complètement corrigée par l'intervention, avec toutefois une disparition des signes, de la gêne ressentie. Le risque de récurrence de la rectocèle après rectopexie, nécessitant une nouvelle intervention, est de l'ordre de 20 %.
- **Transit** : on constate une amélioration des troubles de la vidange (selles fragmentées, manœuvres digitales d'évacuation). 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, se corrigeant habituellement.
- **Une incontinence urinaire peut apparaître secondairement** : cette incontinence était « masquée » par le bouchon que formait la vessie descendue, et se révèle une fois la vessie remontée. Elle peut nécessiter ultérieurement une intervention complémentaire, qui s'effectue par les voies naturelles.

Geste urinaire en cas de cystocèle associée

En plus du rectum, la vessie peut elle aussi basculer et former une boule dans le vagin. Dans ce cas, on « remonte » la vessie au cours de la même intervention, en mettant en place une deuxième bandelette de tissu, interposée cette fois-ci entre le vagin et la vessie. Ce geste est en général réalisé avec nos confrères urologues, qui participent à l'intervention.

• **Risques et complications spécifiques** : une ouverture accidentelle de la vessie peut survenir lors de sa dissection. Ce risque est plus fréquent si une intervention a déjà été réalisée dans cette région auparavant. Une suture de la vessie est réalisée et la sonde urinaire est maintenue en post-opératoire pendant en général 5 jours.



Traitement d'une rectocèle 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'une rectocèle 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.

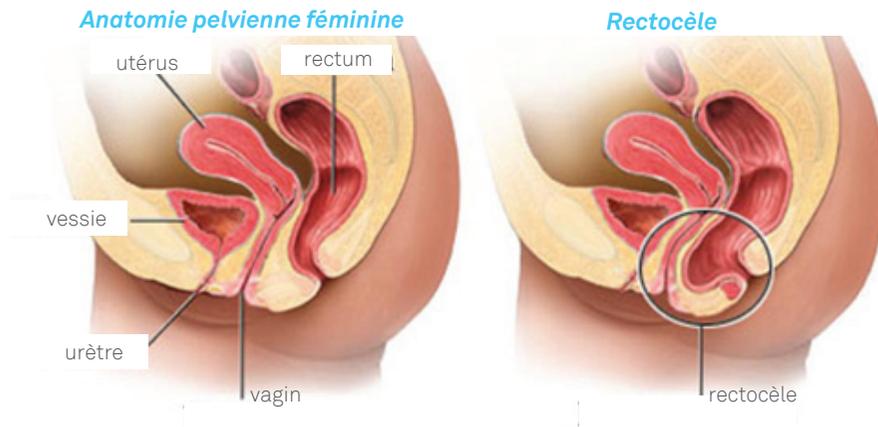
Pourquoi opérer ?

Le contenu du petit bassin offre des zones de fragilité soumises à des contraintes mécaniques parfois importantes. La cloison qui sépare le conduit digestif du vagin en est une. On appelle **rectocèle la hernie formée par le rectum dans le vagin**.

La rectocèle est rarement rencontrée chez la femme jeune: cette anomalie anatomique est plus fréquemment observée après 50 ans, après un passé de constipation ou lorsque plusieurs accouchements par voie basse sont survenus.

La rectocèle peut être gênante parce qu'elle donne une sensation de masse dans le vagin qui s'accroît lors des efforts physiques et lors de la défécation. Les malades qui s'en plaignent ressentent une boule qui parfois ouvre la vulve, des pesanteurs profondes parfois calmées en position couchée. L'autre versant des signes concerne l'impression d'évacuation incomplète des matières qui s'accumulent dans la rectocèle.

Certaines malades sont obligées de recourir à l'appui des doigts au niveau de la partie basse du vagin pour compléter l'évacuation, d'autres ont recours à des suppositoires ou autres laxatifs locaux. Dans ces situations, la défécation se fait en plusieurs fois. Cette faiblesse anatomique peut être corrigée par la mise en place d'un renfort entre le vagin et le rectum. Le but de l'intervention est de diminuer, voire corriger la gêne ressentie. Elle ne présente aucune nécessité vitale.



Comment opérer? Pourquoi cette technique?

La **rectopexie conserve le rectum**, et en le fixant, l'empêche de redescendre. L'intervention est réalisée sous anesthésie générale, le plus souvent par voie **cœlioscopique**.



Il est cependant parfois nécessaire de réaliser une **cicatrice abdominale** plus large. Elle consiste à fixer vers le haut la paroi du rectum le col utérin et du fond vaginal par le moyen d'une bandelette de tissu synthétique (comparable à un morceau de voile de mariée en polyester ou polypropylène). Cette bandelette s'interpose entre la paroi du rectum et la paroi du vagin. 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**. Dans les cas favorables, l'intervention peut être réalisée en ambulatoire.

Durant cette période, l'équipe médicale veille à limiter la douleur qui est en général modérée, plutôt sous forme d'un inconfort abdominal. Elle surveille la reprise de vos mictions (urines) 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 24-48h.

Le retour du transit intestinal survient habituellement dans les 48-72h. Une ordonnance d'antalgiques et de régulateurs du transit vous est fournie. L'arrêt de travail est habituellement de 3 à 4 semaines. Vous serez revu en consultation post-opératoire environ un mois après le geste.

Les complications

• Complications précoces

Ce sont celles communes à toute intervention abdominale sous anesthésie générale : **infections, hémorragie, rétention d'urine, douleurs, phlébite et embolie**.

• 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.