

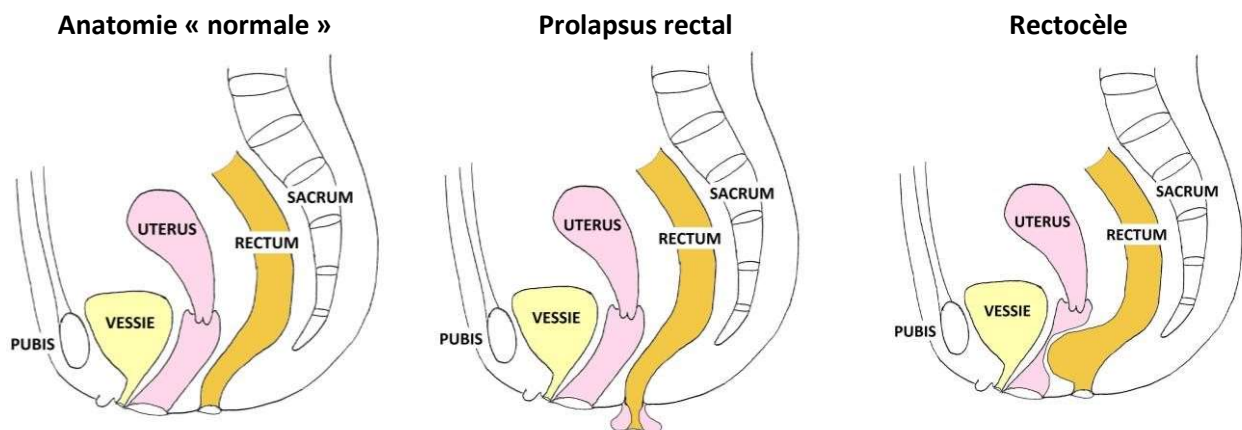
FICHE D'INFORMATION PATIENT

RECTOPEXIE AVEC PROMONTOFIXATION

Quels sont les problèmes de statique pelvienne les plus fréquents ?

Un prolapsus rectal 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.

Une rectocèle est une sorte de hernie du rectum, un bombement du rectum de sa face antérieure dans la paroi postérieure du vagin. C'est la distension de la paroi du vagin qui est décelée par l'examen clinique.



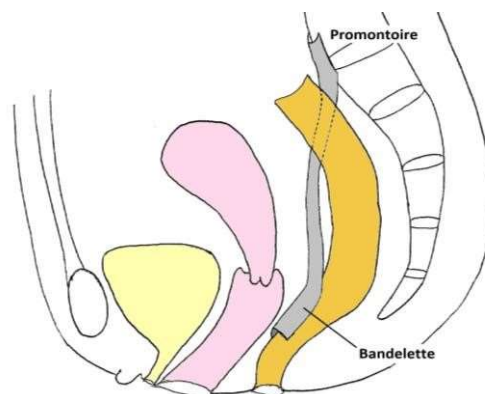
Chez près d'un patient sur deux, une constipation entretient et majore ces troubles.

Quel est le but de cette intervention ?

L'objectif de cette intervention est de remonter le rectum pour revenir à un état anatomique le plus proche de la normale et améliorer les signes qui y sont associés (fausses envies, glaires, incontinence). C'est la méthode la plus efficace du traitement du prolapsus rectal et de la rectocèle.

En quoi consiste cette intervention ?

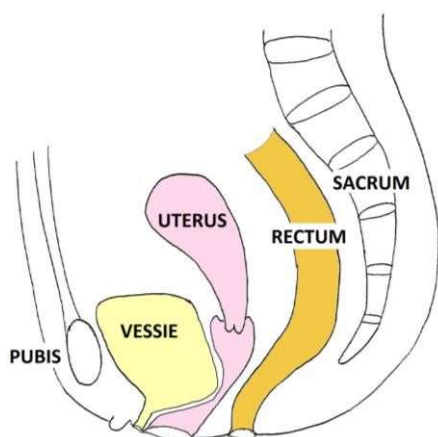
L'intervention se fait par voie abdominale, le plus souvent par **voie cœlioscopique** (petits orifices dans l'abdomen et pas d'incision large) **sous anesthésie générale**. La rectopexie consiste à maintenir la paroi du rectum avec une bandelette de tissu synthétique elle-même fixée sur un ligament solide situé devant le rachis.



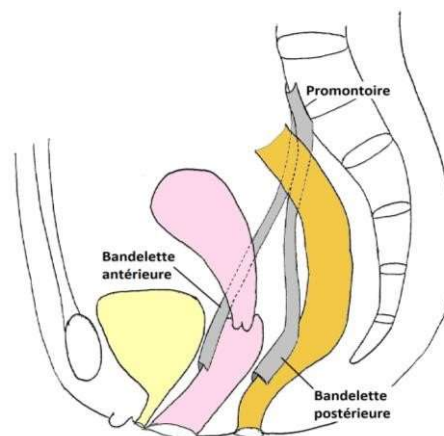
RECTOPEXIE AVEC PROMONTOFIXATION

En cas de cystocèle associée, un temps Urologique permet de positionner une seconde bandelette dans l'espace entre la vessie et le vagin et se fixant également sur le promontoire.

Cystocèle



Temps Digestif et Urologique combinés



Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

L'hospitalisation dure entre 2 et 3 jours. Les suites sont en général peu douloureuses hormis un inconfort abdominal initial. Le retour du transit intestinal survient habituellement dans les 48-72h.

Les soins consistent essentiellement en une régulation du transit par un traitement laxatif systématique pour éviter toute récurrence précoce par des efforts de poussée lors de la défécation. L'arrêt de travail proposé est de 2 à 4 semaines.

A quelles complications expose cette intervention à court terme ?

- Les complications en rapport avec toute intervention abdominale : infections, hémorragie, rétention d'urine, douleurs, phlébite et embolie.
- Les complications de la cœlioscopie : conversion en laparotomie (incision large de la paroi de l'abdomen), risque de brèche vasculaire et risque de perforation digestive avec risque de stomie / poche / anus artificiel temporaire.
- Les complications propres à la rectopexie, avec des difficultés à évacuer le rectum.

A quelles complications expose cette intervention à long terme ?

- Une infection ou une érosion de la paroi rectale (0.5%) sur la bandelette prothétique est exceptionnelle, imposant son ablation pour éviter la propagation de l'infection. Une stomie / poche temporaire peut être nécessaire.
- Une occlusion intestinale sur des adhérences.
- Une constipation pouvant s'aggraver ou apparaître avec un risque de récurrence du prolapsus d'environ 10 %.
- Une incontinence préalable peut ne pas être corrigée.

Source : www.snfcp.org