

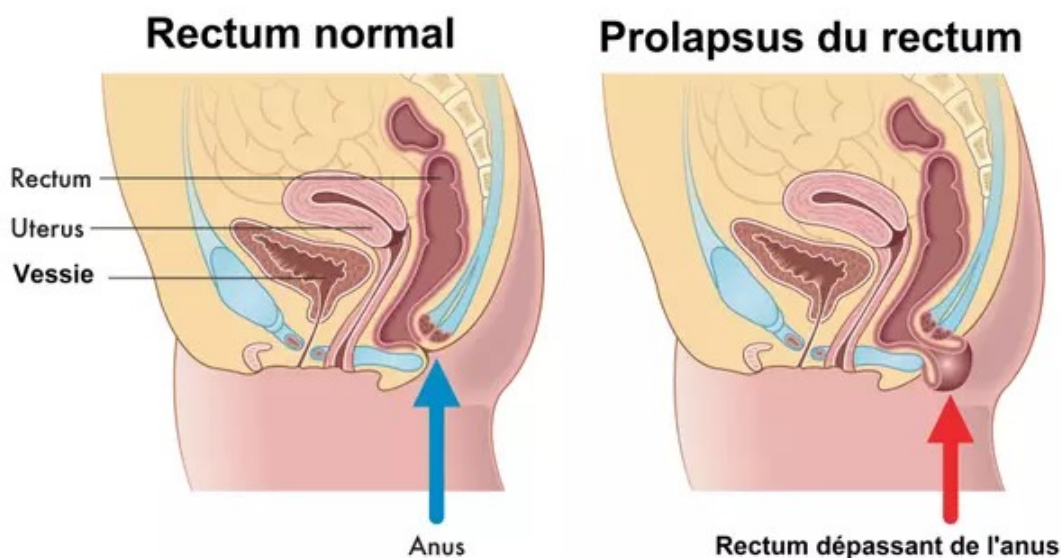
Le prolapsus rectal

Qu'est ce qu'un prolapsus?

Le prolapsus rectal se forme lorsque l'on présente une faiblesse du périnée et correspond à la saillie du rectum par l'anus.

L'extériorisation survient généralement après les efforts de défécation et se réduit spontanément ou manuellement.

Dans les cas plus avancés, le prolapsus peut survenir lors de la marche ou la station debout et même être extériorisé en permanence.



Comment fait-on le diagnostic?

Le diagnostic est clinique et repose sur un interrogatoire complet.

Les symptômes principaux sont une impression d'évacuation incomplète, des émissions de glaires et de sang, une sensation de corps étranger intra-anal.

S'il n'y a pas d'extériorisation du prolapsus lors de la consultation, une imagerie peut être nécessaire afin d'évaluer le prolapsus.

Quel est le traitement?

Le traitement consiste à remonter le rectum pour lui rendre sa place anatomique.

Plusieurs techniques existent :

- La rectopexie :

Elle se fait, sous anesthésie générale, par voie abdominale par laparoscopie ou robot assistée. L'intervention consiste à fixer la paroi du rectum à l'aide d'une bandelette synthétique (filet prothétique) sur le sacrum afin de le remonter dans le ventre et l'empêcher de descendre lors de la défécation.

Les suites sont en général peu douloureuses. Les soins post-opératoires consistent essentiellement en une régulation du transit qui survient habituellement dans les 48-72h.

L'arrêt de travail est de 2 à 4 semaines. Il faut éviter les efforts physiques et le port de charges lourdes pendant 1mois.

À la sortie, vous recevrez une ordonnance avec des anti-douleurs et des laxatifs doux afin d'éviter les efforts de poussée.

Les complications liées à cette intervention sont rares et en rapport avec toute intervention abdominale : douleurs, retard à la reprise du transit, infections, hémorragie, rétention d'urine, phlébite et embolie pulmonaire et les complications de la coelioscopie à savoir : une conversion en laparotomie (incision large de la paroi de l'abdomen), un risque de brèche vasculaire et un risque de perforation digestive pouvant nécessiter une dérivation du circuit digestif (stomie ou poche sur l'abdomen).

Les complications propres à la rectopexie sont : l'apparition d'une infection ou d'une érosion de la paroi rectale et/ou vaginale (0.5%) sur la bandelette prothétique. Il s'agit d'une complication exceptionnelle mais très sérieuse, nécessitant son ablation pour éviter la propagation de l'infection. Ceci peut conduire exceptionnellement à une dérivation du circuit digestif (stomie ou poche sur l'abdomen).

Une constipation et/ou des difficultés à évacuer le rectum peuvent parfois apparaître ou s'aggraver après l'intervention. Des troubles sexuels (troubles de l'érection et éjaculation) peuvent survenir, notamment chez les hommes à bassin étroit. Ce problème est lié à une atteinte nerveuse lors de la dissection du rectum.

Le risque de récurrence du prolapsus est d'environ 10 %.

- L'intervention d'Altemeier :

L'intervention se fait par voie anale sans ouvrir l'abdomen. Elle consiste à couper la partie du rectum extériorisée et à refaire une suture entre le colon et l'anus.

Elle est proposée en cas de prolapsus volumineux lorsque la voie abdominale est difficile ou chez les patients ayant une contre-indication à une anesthésie générale

C'est une technique peu agressive. Les suites sont en général peu douloureuses.

Les soins post-opératoires consistent essentiellement en une régulation du transit.

Les complications sont rares : hémorragie, désunion de l'anastomose colo-anale, incontinence, sténose.