



Informations avant la réalisation d'une cure chirurgicale de prolapsus rectal extériorisé selon Altemeier

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

Le prolapsus rectal est un affaissement de la paroi du bas rectum qui se détend et se déforme en faisant des gros plis qui restent dans le bas du rectum (prolapsus rectal interne), ou sortent complètement par l'anus (prolapsus extériorisé ou total).

Quel est le but de cette intervention ?

Un prolapsus rectal total 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. 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. L'étranglement du rectum à l'extérieur de l'anus, situation très rare, qui complique le prolapsus, est une urgence chirurgicale. Cette intervention est réservée au prolapsus rectal extériorisé (ou total).

En quoi consiste cette intervention ?

L'objectif de cette intervention est d'enlever le rectum extériorisé, on parle alors de proctectomie. Cette proctectomie est réalisée par voie anale, sans aucune ouverture abdominale. Cette intervention est possible sous anesthésie générale ou sous anesthésie loco-régionale (rachianesthésie). Après l'ablation du rectum, la continuité digestive est rétablie en suturant le côlon d'amont à l'anus.

Cette intervention est principalement réservée aux patients âgés ou très fragiles. En effet, cette intervention réalisée par les voies naturelles est peu invasive.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

L'hospitalisation dure entre 1 et 5 jours. Les suites sont en général peu douloureuses. Le retour du transit intestinal survient habituellement dans les 48-72h, aidé par des laxatifs oraux. Les soins consistent essentiellement en une régulation du transit et une prévention de la phlébite. La population opérée est rarement en activité professionnelle.

A quelles complications à court terme expose cette intervention ?

- Les complications en rapport avec toute intervention : infections, hémorragie, rétention d'urine, douleurs, phlébite et embolie pulmonaire
- Très rares : les complications d'une suture digestive : désunion (fistule) avec abcès traité par drainage local et antibiotiques.

A quelles complications à long terme expose cette intervention ?

- Cette intervention est souvent réalisée chez des patients ayant une faiblesse importante des muscles de l'anus et du périnée avec incontinence. Son objectif est d'empêcher la gêne en rapport avec les écoulements glaireux du prolapsus extériorisé et le volume de ce prolapsus extériorisé. Il est parfois réalisé un serrage des muscles pour éviter une récurrence. En revanche il n'y a pas de modification des compétences du sphincter anal et donc de la continence aux selles par rapport à l'état préopératoire.
- L'ablation du réservoir rectal peut modifier les sensations de besoin et d'évacuation. Un traitement régulateur du transit doit souvent être maintenu.
- Le risque de rétrécissement de la suture anale est rare et relève de dilatations locales. Le risque de récurrence du prolapsus intestinal est plus important qu'après correction par voie abdominale avec bandelette (cf. fiche rectopexie)

À
le/...../.....

Signature

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu. Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

En cas de difficulté à le joindre, faites le 15.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (X3) et difficulté de cicatrisation (X5).

Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 ou par internet : tabac-info-Service.fr, pour vous aider à arrêter.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Dans le respect du code de santé publique (Article R.4127-36),

Je, soussigné (e) Monsieur, Madame,

Reconnait avoir été informé (e) par le Dr

En date du/...../.....,

A propos de l'intervention qu'il me propose :

J'ai bien pris connaissance de ce document et j'ai pu interroger le Dr qui a répondu à toutes mes interrogations et qui m'a rappelé que je pouvais jusqu'au dernier moment annuler l'intervention. Ce document est important. Il est indispensable de le communiquer avant l'intervention. En son absence, votre intervention sera annulée ou décalée.

À

le/...../.....

Signature

Cette fiche a été rédigée par la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive pour vous accompagner.

Elle ne doit pas être modifiée. Vous pouvez retrouver le document original et des documents d'information plus exhaustifs sur le site fcvd.fr

La FCVD ne peut être tenue responsable en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation des données extraites des documents sans son accord.

PERSONNE DE CONFIANCE

Madame, Monsieur,

En application de la loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » sur le droit des patients, il nous est demandé d'améliorer leur environnement proche lors de leur prise en charge.

En plus du consentement éclairé qui décrit l'indication et les risques de l'intervention que vous allez prochainement avoir, nous vous prions de trouver ci-joint une fiche de désignation d'une personne de confiance.

Cette désignation a pour objectif, si nécessaire, d'associer un proche aux choix thérapeutiques que pourraient être amenés à faire les médecins qui vous prendront en charge lors de votre séjour. C'est une assurance, pour vous, qu'un proche soit toujours associé au projet de soin qui vous sera proposé.

Elle participera aux prises de décisions de l'équipe médicale si votre état de santé ne vous permet pas de répondre aux choix thérapeutiques.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir consciencieusement ce document et de le remettre à l'équipe soignante dès votre arrivée.

JE NE SOUHAITE PAS DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

À

le/...../.....

Signature

JE SOUHAITE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Cette personne est :

Nom :

Prénom :

Lien (époux, épouse, enfant, ami, médecin....) :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse :

.....
.....
.....
.....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement en remplissant une nouvelle fiche de désignation.

À

le/...../.....

Signature de la personne