



Informations avant réalisation d'une intervention de Sullivan

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.

La rectocèle est due à une hernie de la paroi du bas rectum (partie terminale de votre intestin) qui se détend et se déforme en donnant une poche qui bombe dans le vagin avec pour conséquence une difficulté à évacuer les selles.

Quel est le but de cette intervention ?

L'objectif est de retendre la paroi du rectum pour revenir à un état anatomique le plus proche de la normale. L'indication chirurgicale peut-être proposée en cas d'échec des traitements médicaux (laxatifs, suppositoires, lavements, rééducation). Cette technique n'est pas adaptée chez les personnes qui souffrent de troubles de la continence fécale.

En quoi consiste cette intervention ?

L'intervention se fait par voie anale sans ouvrir l'abdomen. Elle consiste à raccourcir la paroi antérieure de la partie basse du rectum en renforçant sa musculature. Ceci enlève l'excédent de tissu responsable de la rectocèle. Elle améliore les difficultés à évacuer les selles dans 70 à 80 % des cas.

Quelles sont les alternatives ?

- Les interventions par voie naturelle réalisées à pince mécanique (STARR). Le choix de la technique est surtout guidé par des raisons anatomiques locales (anus étroit, zone à opérer très limitée...).
- Les interventions par voie abdominale proposées aux prolapsus du rectum volumineux, extériorisés, ou associés à un prolapsus génital, vésical ou intestinal.
- Les interventions par voie vaginale, discutées si la gêne est surtout une « boule » qui sort par le vagin.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

L'hospitalisation dure le plus souvent entre 1 et 3 jours. Les suites sont en général peu douloureuses. Les soins consistent essentiellement en une régularisation du transit. L'arrêt de travail dure entre 2 et 4 semaines. Il faut éviter de porter des charges lourdes pendant 2 mois.

Quelles sont les principales complications de cette intervention à court terme ?

- Un saignement les 3 premières semaines (5%) pouvant nécessiter une hospitalisation et une reprise au bloc opératoire.
- Une impossibilité d'uriner dans 5 à 10% des cas qui se traite médicalement ou par la pose temporaire d'une sonde urinaire (1%).
- Exceptionnellement, une fistule (communication entre le rectum et le vagin) ou un abcès. Il s'agit de complications graves, imposant parfois une chirurgie et parfois un anus artificiel temporaire.

Quelles sont les principales complications de cette intervention à long terme ?

- Une difficulté transitoire à retenir les selles avec un besoin d'aller à la selle fréquent ou urgent. Ce problème s'atténue avec le temps et il est rare qu'il persiste au-delà d'un an.
- Une réapparition des difficultés à évacuer les selles dans 10% des cas à 2 ans et jusque 50% à 5 ans.

Cette intervention n'empêche pas l'apparition d'un autre prolapsus du rectum, de l'utérus ou de la vessie dans les années qui suivent.

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