



Rectopexie ventrale par laparoscopie

51.010F

Qu'est-ce qu'une rectopexie ventrale par laparoscopie ?

Le terme « rectopexie » désigne une intervention au cours de laquelle le rectum est replacé dans sa position anatomique normale.

Quand une rectopexie ventrale par laparoscopie est-elle pratiquée ?

L'une des raisons les plus courantes pour laquelle cette intervention est pratiquée est le **prolapsus rectal externe** (l'intestin sort par l'anus).

Une nouvelle indication pour l'intervention est le « **prolapsus interne** » ou « **intussusception** », qui se caractérise par un repli du rectum sur lui-même vers l'intérieur sans descente jusqu'à l'anus (à la manière d'un bas qu'on enlève). Ce prolapsus peut entraîner une constipation terminale (en anglais, ODS pour « Obstructed Defaecation Syndrome »).

Ces patients ont souvent une sensation de blocage dans l'intestin, éprouvent des difficultés à déféquer, doivent aller fréquemment et de manière prolongée aux toilettes, mais sans succès (fragmentation) et doivent exercer une contre-pression à l'aide d'un doigt ou de la main au niveau du périnée (soutien manuel) ou du vagin, ou doivent parfois extraire les selles hors de l'anus avec le doigt (digitation). Le prolapsus rectal interne peut également être à l'origine d'une incontinence fécale et une rectopexie ventrale par laparoscopie permet souvent de résoudre ce problème chez ces patients.

Des examens complémentaires sont-ils nécessaires ?

Naturellement, un premier entretien et un examen clinique sont d'une importance cruciale afin de déterminer les symptômes et les plaintes.

Une **RX CCD** (*colpocystodéfécographie*), qui permet de visualiser la vessie, le vagin et le rectum, est pratiquée et constitue une étape très importante du diagnostic. Cet examen permet d'évaluer le déroulement de la défécation et le degré de soutien des organes pelviens lors de l'expulsion des selles.

Généralement, une **colonoscopie** est également recommandée.

Une échographie complémentaire du rectum et du canal anal, ainsi qu'un examen de la force pariétale (*manométrie*) peuvent également être conseillés.

Une **RX du transit** peut parfois s'avérer nécessaire, afin d'évaluer la vitesse de progression dans le côlon.

Comment se déroule l'intervention ?

L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale. Elle est réalisée par laparoscopie (cœlioscopie) et dure environ une heure et demie. Une petite incision est pratiquée au-dessus et à droite de l'ombilic, suivie d'une deuxième et d'une troisième, respectivement sur le côté droit et sur le côté gauche, et enfin une quatrième (un peu plus grande) dans l'aîne, sur le côté droit.

L'un des grands avantages de cette technique est qu'elle se pratique sur la paroi antérieure du rectum et qu'elle n'a dès lors aucun impact sur l'innervation de l'intestin et des organes sexuels situés derrière le rectum. Durant l'intervention, la paroi antérieure du rectum est libérée du vagin (chez la femme) ou de la vessie et de la prostate (chez l'homme). Un espace est également créé pour fixer la « bandelette » sur la paroi antérieure du rectum. Une extrémité est solidement fixée au rectum, tandis que l'autre est ensuite fixée au sacrum ou au promontoire.

Chez la femme, le dôme vaginal est fixé à la bandelette dans le cas ou en prévention d'un prolapsus vaginal. Cette intervention extrait l'intestin du petit bassin, restaure ainsi l'anatomie normale et prévient un nouveau prolapsus.

La position de la « bandelette » solidement fixée entre le rectum et le vagin renforce le septum rectovaginal (tissu situé entre le rectum et le vagin) et corrige ainsi un rectocèle (descente du rectum dans le vagin, sensation de « boule ») et un éventuel entéroccèle (descente de l'intestin grêle entre le vagin et le rectum).

Comment se déroule la convalescence postopératoire ?

Généralement, le patient se réveille équipé d'une sonde urinaire et d'une perfusion. La sonde gastrique a déjà été enlevée et le programme d'administration d'antalgiques est optimisé.

La sonde urinaire est enlevée aussi vite que possible, le premier ou le deuxième jour après l'intervention. La perfusion est progressivement réduite en fonction du rétablissement de l'activité intestinale et de la capacité du patient à boire et à manger.

Le patient peut généralement quitter rapidement l'hôpital. Lors de sa sortie, un laxatif lui sera proposé, qu'il pourra prendre jusqu'à la consultation de contrôle (4 à 6 semaines après l'intervention). Il est essentiel de ne pas souffrir de constipation au cours des premières semaines suivant l'intervention et de ne pas exercer de poussée lors de l'expulsion de selles.

Une alimentation riche en fibres est également recommandée. Éventuellement, le patient peut prendre un complément alimentaire à base de fibres (p. ex. Fibion®).

La plupart des patients sont en pleine forme après une semaine, peuvent reprendre leurs activités après 2 à 4 semaines, mais ne peuvent pas soulever de lourdes charges pendant 4 à 6 semaines.

Quels sont les résultats de la chirurgie ?

Chez les patients atteints de prolapsus rectal externe, le taux de récurrence est extrêmement faible. D'après les chiffres de la littérature, ce risque est inférieur à 2 %.

Si un prolapsus rectal interne est à l'origine des troubles et si le traitement est réalisé, le patient peut également s'attendre à de bons résultats. Quatre patients sur cinq souffrant de constipation terminale éprouveront une amélioration manifeste de leurs plaintes. Une nette amélioration de la continence surviendra chez 4 patients sur 5 souffrant d'incontinence consécutive à un prolapsus interne.

Malheureusement, il est impossible de prédire à quels patients cette intervention bénéficiera.

Quels sont les risques associés à l'intervention ?

Étant donné que cette intervention ne consiste pas à réséquer un segment d'intestin, les risques qu'elle présente sont faibles.

Certaines techniques antérieures préconisaient la résection d'un segment du côlon, ce qui entraînait un risque de suintement et d'inflammation du péritoine. La résection d'un segment du côlon était pratiquée pour prévenir toute aggravation d'une constipation due à la détérioration des nerfs lors de la rectopexie. La rectopexie ventrale respecte totalement l'innervation. Chez la majorité des patients atteints de constipation préopératoire, la défécation s'est nettement améliorée après l'intervention. Dans certains cas, l'état du patient ne s'améliore pas après l'intervention, mais il est extrêmement rare qu'il s'aggrave. Au fil du temps, un très faible risque d'érosion de la bandelette existe au niveau du vagin. Il est toujours possible d'y remédier en enlevant localement la bandelette et en suivant une cure d'antibiotiques. Des saignements ou une infection sont d'autres risques mineurs. Il existe également un petit risque de devoir opter pour une intervention classique.

Cette intervention s'adresse-t-elle à tous les patients ?

Cette intervention a déjà également été pratiquée avec succès chez des patients âgés de plus de 85 ans atteints d'un prolapsus total du rectum. Le risque de complications consécutives à l'intervention est d'environ 10 % chez les personnes âgées (morbidity). Toutefois, chez les patients ayant déjà subi plusieurs interventions à l'abdomen ou au niveau du bassin, cette intervention n'est parfois pas praticable par voie laparoscopique en raison du nombre trop élevé de cicatrices. La même intervention peut dès lors être réalisée par la technique classique consistant à ouvrir l'abdomen. Une appendicectomie ou hystérectomie (ablation de l'utérus) ne constitue pas une contre-indication.

Cette technique est-elle préférable aux autres ?

Le grand avantage de cette technique est qu'elle se pratique sur la paroi antérieure du rectum. L'innervation de l'intestin, de la vessie et des organes sexuels n'est dès lors pas compromise. Elle ne génère par exemple aucune constipation. Les petites incisions, beaucoup moins inesthétiques, constituent un autre avantage de la technique laparoscopique. Le type de bandelette utilisé garantit également de meilleurs résultats.

Le risque de récurrence est inférieur à 2 %, soit un taux nettement plus faible que pour les autres techniques.

À faire

- Sortez de votre lit, tant durant votre hospitalisation qu'une fois de retour à la maison.
- Prenez les laxatifs prescrits (p. ex. Forlax® ou Movicol®).
- Réduisez progressivement la prise de laxatifs au fil des semaines.
- Dès que vous en êtes capable, pratiquez une activité physique comme la marche ou la natation.
- Après l'intervention, buvez suffisamment.
- Prévoyez une alimentation riche en fibres, un complément alimentaire à base de fibres est éventuellement recommandé (Fibion®).
- Gardez à l'esprit que l'intervention a modifié votre mode de défécation.

À ne pas faire

- Ne portez pas de lourdes charges (>10 kg) pendant les 6 premières semaines.
- Essayez d'éviter toute constipation ou toute poussée lors de la défécation.
- Rendez-vous aux toilettes lorsque vous en avez vraiment besoin.
- Ne vous inquiétez pas si la première défécation se fait un peu attendre.
- Faites du sport (marche, gymnastique, etc.) durant les 6 premières semaines.
- Aucune relation sexuelle au cours des 4 premières semaines suivant l'intervention.
- Essayez d'éviter de conduire un véhicule durant les 2 premières semaines.
- Veillez à ce que les antalgiques (paracétamol Dafalgan®) soient efficaces et ne génèrent aucune constipation !

Vous avez d'autres questions ? Posez-les sans crainte à votre médecin traitant !

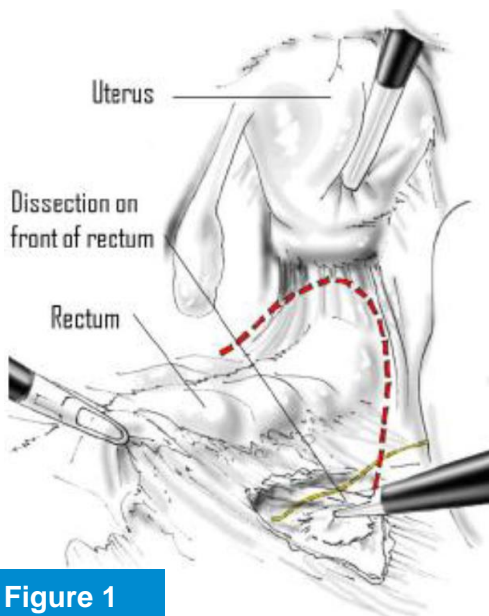


Figure 1

Démarrage de la rectopexie ventrale. Soulevez tout d'abord l'utérus. La dissection débute sur la paroi antérieure du rectum, suivant les pointillés, puis se poursuit entre le vagin et le rectum (septum rectovaginal).

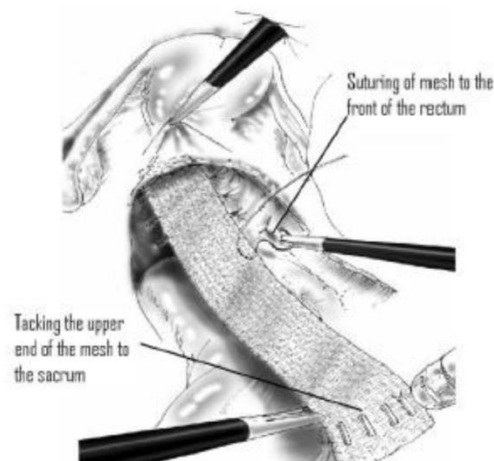


Figure 2

Coupe transversale
Durant l'intervention, le chirurgien crée un espace entre le rectum et le vagin. Ensuite, la bandelette est fixée à la paroi antérieure du rectum, au haut du vagin et au sacrum.

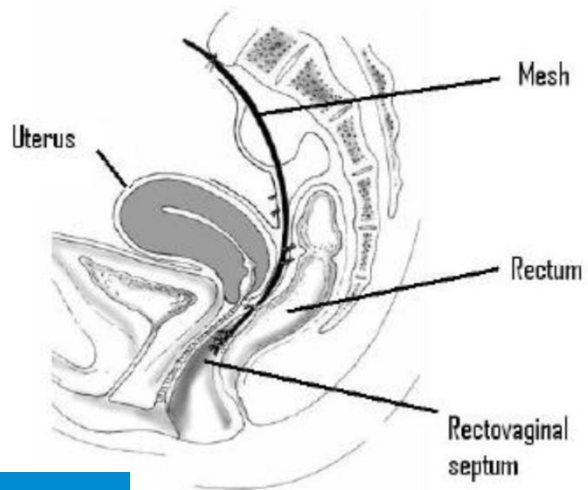


Figure 3

Coupe transversale du petit bassin
Ce dessin illustre la position de la bandelette et montre la consolidation du septum rectovaginal visant à corriger un rectocèle (« sensation de boule dans le vagin ») et/ou un entérocele (« descente de l'intestin grêle dans le petit bassin », entre le vagin et le rectum).