



Informations avant réalisation d'une intervention de Delorme

- 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 dont une des conséquences est la difficulté à évacuer les selles), ou sortent complètement par l'anus (prolapsus extériorisé ou total).

Quel est le but de cette intervention ?

L'intervention qui vous est proposée se fait par voie anale (pas d'ouverture de l'abdomen). Elle consiste à raccourcir de façon circulaire la paroi de la partie basse du rectum. Ainsi l'excédent de tissu responsable d'un prolapsus va être enlevé. Ceci retendra la paroi interne du rectum et lui rendra un aspect plus proche de la normale. En cas d'échec des traitements médicaux (laxatifs, suppositoires, lavements, rééducation), la correction de la déformation du rectum peut être proposée. Le prolapsus extériorisé ne guérit pas médicalement, ni avec de la rééducation. L'intervention de Delorme est une des techniques les moins agressives, mais pas la plus efficace à long terme.

En quoi consiste cette intervention ?

Cette intervention est effectuée à travers l'anus. votre praticien enlèvera la muqueuse du prolapsus et fera une plicature du muscle de la paroi du rectum pour le remettre en bonne place.

Quelles sont les alternatives ?

La technique de STARR quasi similaire, est faite avec une pince mécanique qui coupe et agrafe automatiquement. Elle n'est pas adaptée en cas de prolapsus extériorisé. La rectopexie est une méthode qui consiste à fixer la paroi du rectum en l'abordant par l'abdomen et qui peut être effectuée en coelioscopie. L'abord de l'abdomen peut être plus difficile que la voie naturelle et n'est pas toujours adaptée selon le terrain. Elle est indiquée en cas de prolapsus du rectum volumineux ou s'il coexiste un prolapsus génital, vésical ou intestinal. L'intervention d'Altemeier consiste à enlever complètement le rectum extériorisé par voie anale et à reconnecter l'intestin avec l'anus avec des fils ou une pince agrafeuse. Elle peut être proposée en cas de récurrence après Delorme ou en cas de très volumineux prolapsus, lorsque la voie abdominale n'est pas une meilleure indication.

Quels résultats en attendre ? Cette intervention améliore significativement les difficultés à évacuer les selles dans 70 % à 80 % des cas. S'il existe par ailleurs une difficulté à retenir les selles, ce défaut sera corrigé dans environ 50 % des cas.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

L'hospitalisation dure entre 1 et 7 jours. Les suites sont en général peu douloureuses. Les soins consistent essentiellement en une régulation du transit. L'arrêt de travail proposé est de 2 à 4 semaines. Pendant 2 mois, il faut éviter de porter des charges lourdes.

A quelles complications expose cette intervention à court terme ?

La complication la plus fréquente au cours des 3 semaines suivant l'intervention est un saignement postopératoire (5%) parfois brutal et pouvant imposer une hospitalisation, parfois une ré-intervention. Une difficulté transitoire à uriner existe dans 5% des cas, et peut imposer la mise en place d'une sonde dans la vessie dans 1% des cas. La sténose, ou rétrécissement de la zone opérée, est rare et peut nécessiter une reprise chirurgicale. Exceptionnellement, l'intervention peut se compliquer de fistule (communication entre le rectum et le vagin), d'abcès ou d'hématome péri-rectal. Il s'agit de complications graves, imposant le plus souvent une chirurgie et parfois un anus artificiel temporaire.

A quelles complications expose cette intervention à long terme ?

Une difficulté transitoire à retenir les selles survient fréquemment dans les premiers mois suivant l'opération. Il s'agit de besoins d'aller à la selle fréquents ou urgents. Ces problèmes disparaissent rapidement au cours des semaines suivantes : toutefois, ils peuvent persister au-delà de 1 an dans 10% des cas. En cas de prolapsus rectal interne, le risque de réapparition de difficultés à évacuer les selles est environ de 10% à 2 ans. En cas de prolapsus rectal extériorisé (ou total) le risque de récurrence est élevé : 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 suivantes.