

Informations avant réalisation d'une intervention de STARR

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 et le prolapsus rectal interne sont liés à un relâchement de la paroi du bas rectum (partie terminale de votre intestin) qui se détend et se déforme, soit en donnant une poche qui bombe vers le vagin (rectocèle), soit par un plissement de la paroi dans le bas du rectum (prolapsus rectal interne). Ces deux anomalies sont donc souvent associées.

Quel est le but de cette intervention ?

Une des conséquences de ces anomalies est la difficulté à évacuer les selles. En cas d'échec des traitements médicaux : laxatifs, suppositoires, lavements, voire de la rééducation, la correction chirurgicale de la déformation du rectum peut être proposée. Cette intervention n'est pas adaptée chez les personnes qui souffrent principalement de troubles de la continence fécale.

En quoi consiste cette intervention ?

Le principe de cette opération est d'enlever une partie de la paroi de la partie basse du rectum. Ainsi l'excédent de tissu responsable d'un prolapsus et/ou d'une rectocèle va être enlevé. Cette intervention est effectuée avec une pince mécanique qui coupe et raccourcit dans le même temps la paroi du rectum. La pince est introduite par l'anus (pas d'ouverture du ventre). Une fois raccourcie, la « soudure » de la paroi est faite grâce à de minuscules agrafes en titane de moins de 1 mm de diamètre. La plupart sont éliminées lors de la cicatrisation. Celles qui restent dans la paroi rectale sont inertes et ne posent pas de problème de tolérance.

Quelles sont les alternatives ?

Ce sont les interventions par voie naturelle réalisées à la main. Le choix entre une intervention faite « à la main » et celle faite « avec une pince mécanique » est surtout guidé par des raisons anatomiques locales (anus étroit, zone à opérer très limitée...). Les interventions par voie abdominale peuvent se compliquer de constipation, elles sont proposées aux prolapsus du rectum volumineux, extériorisés, ou si coexiste un prolapsus génital, vésical ou intestinal. Les interventions par voie vaginale sont discutées si le symptôme *prédominant* est une « boule » qui sort par le vagin. Elles peuvent donner lieu à des complications essentiellement locales.

Quels résultats en attendre ?

Cette intervention améliore significativement les difficultés à évacuer les selles dans 70 % à 80 % des cas.

Comment se déroulent les suites habituelles de cette intervention ?

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

A quelles complications expose cette intervention à court terme ?

La plus fréquente est un saignement postopératoire parfois brutal (5%) et pouvant imposer une hospitalisation en milieu spécialisé, plus rarement une ré-intervention. Ce risque existe essentiellement durant les 3 semaines qui suivent l'intervention. La sténose, ou rétrécissement de la zone opérée, est rare et peut nécessiter une reprise chirurgicale. Exceptionnellement, elle 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 avec parfois un anus artificiel temporaire.

A quelles complications expose cette intervention à long terme ?

Il est important de noter qu'une difficulté transitoire à retenir les selles survient fréquemment dans les premiers mois suivant l'opération. Il s'agit de besoins défécatoires fréquents ou d'urgences pour aller à la selle. Ces problèmes diminuent rapidement au cours des semaines suivantes, ils persistent dans moins de 10% au-delà de 1 an. Le risque de réapparition de difficultés à évacuer les selles n'est pas rare (10% à 2 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.