

## 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 en donnant une poche qui bombe vers le vagin (rectocèle) ou un plissement de la paroi dans le bas du rectum (prolapsus rectal interne). Ces deux anomalies sont souvent associées avec pour conséquence une difficulté à évacuer les selles.

### Quel est le but de cette intervention ?

L'objectif est de retendre la paroi interne 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 intervention améliore les difficultés à évacuer les selles dans 70 à 80 % des cas. Elle 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 avec une pince mécanique qui coupe et agrafe dans le même temps. Elle consiste à raccourcir la partie basse du rectum en enlevant la partie « descendue ». Ceci enlève l'excédent de tissu responsable du prolapsus. La « soudure » de la paroi est faite grâce à de minuscules agrafes en titane éliminées pour la plupart 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 ?

- Les interventions par voie naturelle réalisées à la main parfois pour 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 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. Il faut éviter de porter des charges lourdes pendant 2 mois.

### A quelles complications expose 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% des cas qui se traite médicalement ou par la pose temporaire d'une sonde urinaire (1%)
- Un rétrécissement cicatriciel de la zone opérée, rare, peut nécessiter une réintervention
- Exceptionnellement, une fistule (communication entre le rectum et le vagin), un abcès ou un hématome péri-rectal. Il s'agit de complications graves, imposant 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 avec un besoin d'aller à la selle fréquent ou urgent. Ce problème disparaît rapidement en quelques semaines mais peut persister au-delà de 1 an dans 10% des cas
- En cas de prolapsus rectal interne, une réapparition des difficultés à évacuer les selles dans 10% des cas à 2 ans
- En cas de prolapsus rectal extériorisé, le risque de récurrence est élevé, 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.

Pour en savoir plus : [www.snfc.org](http://www.snfc.org)