

Nom du service / chirurgie générale et digestive

**Intervention/traitement proposé : PROTECTOMIE**

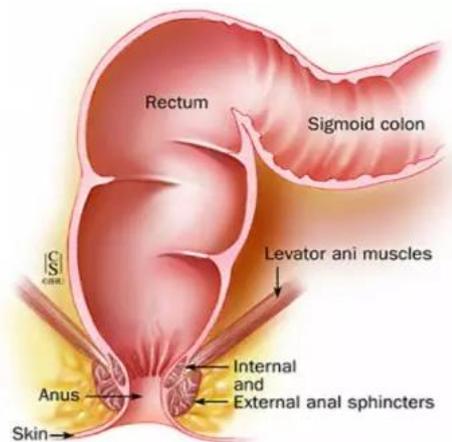
## Objectif

On vous a diagnostiqué une maladie (polype, maladie inflammation, endométriose, tumeur...) du rectum et une intervention chirurgicale vous est proposée. L'objectif de l'intervention est d'enlever la portion de rectum malade, généralement en retirant aussi la partie terminale du côlon, tout en préservant ce qui peut l'être plus bas.

## Nature

### Où se trouve le rectum et quel est son rôle ?

Le rectum constitue la partie terminale du gros intestin. Il mesure environ 15 cm de longueur et est situé dans la région postérieure du bassin, relié à l'anus. En traversant le bassin, le rectum se trouve en avant de l'utérus et du vagin chez la femme, ainsi qu'en avant de la vessie, des vésicules séminales, de la prostate et de l'urètre chez l'homme. À l'arrière, il est en contact avec le sacrum (l'os du bassin) et les vaisseaux du petit bassin. Latéralement, il est proche des uretères, qui transportent l'urine des reins vers la vessie.



Le rôle principal du rectum est de stocker les matières fécales avant leur élimination. Lorsque les matières arrivent dans le rectum, cela déclenche la sensation de besoin. Grâce à sa capacité de stockage, il permet de patienter avant d'aller aux toilettes, en coordination avec le sphincter anal. Ses relations anatomiques expliquent la complexité des interventions chirurgicales sur cette zone et les possibles conséquences sur les fonctions corporelles.

### Quelle intervention ?

L'intervention réalisée consiste en l'ablation partielle ou totale du rectum, appelée proctectomie.

On distingue deux types d'interventions :

1. les interventions conservatrices qui conservent le canal anal et le sphincter, permettant de maintenir la fonction de continence.
2. les interventions non conservatrices, qui impliquent l'ablation du canal anal et du sphincter, avec la création d'un anus artificiel permanent (colostomie définitive).

## **Proctectomies conservatrices (résections antérieures PME ou TME)**

Ces opérations consistent à enlever une partie ou la totalité du rectum tout en conservant le canal anal. Une anastomose (raccordement) est réalisée entre le colon et le segment rectal restant. Afin de prévenir les complications liées à cette anastomose, comme une fistule (échec de la cicatrisation), une dérivation temporaire (iléostomie ou colostomie) est souvent mise en place. Cette dérivation est généralement fermée 2 à 3 mois après l'intervention, une fois que l'anastomose a bien cicatrisé.

## **Proctectomies non conservatrices (amputations abdominopérinéales)**

Dans ce cas, le rectum, le canal anal et le sphincter sont retirés, et un anus artificiel est créé. L'intervention nécessite un accès par le ventre (laparotomie ou coelioscopie) et par le périnée. Le périnée, une zone délicate, peut nécessiter des soins spécifiques, parfois avec l'aide de chirurgies reconstructrices. Une consultation avec un stomathérapeute est recommandée pour optimiser la gestion de l'anus artificiel et l'appareillage.

## **Comment se déroule l'intervention ?**

Avant l'intervention, une check-list est réalisée pour vérifier l'identité du patient et son installation. L'opération implique un accès à la cavité abdominale, qui peut se faire par coelioscopie (chirurgie mini-invasive) ou par laparotomie (chirurgie ouverte). La coelioscopie est souvent préférée en raison de ses avantages, tels qu'une récupération plus rapide et des douleurs postopératoires réduites. Dans certains cas, un accès par le bas peut être nécessaire pour enlever le canal anal ou pour réaliser une intervention conservatrice.

## **Durée**

---

La durée de l'intervention peut aller de 6 à 8h.

## **Risques pertinents**

---

### **Risques pendant l'opération :**

La proximité du rectum avec d'autres organes (vessie, utérus, prostate, etc.) expose à des risques de lésions. Une hémorragie est également possible et peut nécessiter des ajustements chirurgicaux.

### **Risques après l'intervention :**

Parmi les complications post-opératoires, on trouve l'occlusion intestinale, les fistules anastomotiques, les infections, et des problèmes au niveau du périnée ou des stomies.

### **Risques à long terme et séquelles**

- complications digestives : après l'ablation du rectum, certains patients peuvent souffrir de troubles digestifs, comme des selles fréquentes ou des faux besoins. Ces symptômes s'améliorent généralement au bout d'un an, avec des traitements de rééducation ano-rectale.
- complications sexuelles et urinaires : les troubles sexuels et urinaires peuvent survenir après l'intervention, en particulier après une amputation. Une prise en charge adaptée peut améliorer la qualité de vie dans ces domaines.

## Soins de suivi

La reprise de l'alimentation est progressive et la reprise du transit intestinal (émission de gaz puis de selles) se fait généralement dans les jours suivant l'opération. La surveillance postopératoire se concentre sur la cicatrisation digestive et sur la reprise des mictions après retrait de la sonde.

La durée d'hospitalisation moyenne est de 5-7 jours,

Il est conseillé d'éviter les efforts physiques importants pendant le mois suivant l'intervention pour permettre la cicatrisation de la paroi abdominale. Une formation sera fournie pour aider à gérer une dérivation intestinale en cas de colostomie.

## Répercussions financières

### Contactez le Service Financier Patients

[sfp@ghdc.be](mailto:sfp@ghdc.be)

060/11.07.00 (entre 08h30 et 14h00)

### Site Les Viviers

Rue du Campus des Viviers, 1  
6060 Gilly

**Des permanences sont organisées** les lundis et mardis de 8h30 à 12h et les mercredis et jeudis de 12h30 à 16h.

Durant les mois de juillet et août, une permanence est organisée les lundis et mardis de 08h30 à 12h et le jeudi de 12h30 à 16h.

## Conséquences en cas de refus ou de retrait de consentement

Les conséquences d'une abstention chirurgicale peuvent être discutées avec vous.

**Le chirurgien est à votre disposition pour toute information complémentaire**

## Références bibliographiques

<https://www.sfchirurgiedigestive.fr/fiche-information/la-chirurgie-rectale/> (consulté en avril 2025)

Rédaction	Validation	Vérification	Approbation
Dr Raffaele Calicis Médecin – Chirurgie digestive	Luana Di Stefano, Documentaliste	Dr Nicolas Tinton, Médecin chef de service	Dr Emmanuel Cambier, Médecin chef de pôle

CHIRDIG-CE-006 – V01 – Approuvé le 14/01/2025  
Date de la prochaine révision : 14/01/2028

