

Docteur Pierre CHENET - Docteur Nicolas DESTRUMELLE

Consultations : Cabinet médical VINCI – 395 route des vernes – 74370 PRINGY – 04.50.09.15.94
Hospitalisations : Clinique d'ARGONAY – 685 route de Menthonnex – 74371 PRINGY Cedex – 0826.30.74.00

INFORMATIONS AUX PATIENTS CONCERNANT LES INTERVENTIONS SUR LE COLON ET LE RECTUM

I - ANATOMIE

Le côlon (gros intestin) mesure un peu plus de un mètre. Il fait suite à l'intestin grêle (petit intestin) et se termine par le rectum puis l'anus. Il est disposé en forme de « cadre » avec une partie droite, une partie transverse, une partie gauche et le sigmoïde. Il sert au dessèchement et à l'épaississement des matières fécales mais il n'a pas de rôle important dans l'absorption des aliments.

II - DANS QUEL CAS OPERER ?

- ◆ **Pour des tumeurs bénignes (polypes) ou malignes (cancer colorectal)**
- ◆ **Pour des diverticules** : petites poches apparues progressivement dans la paroi du côlon qui peuvent s'infecter (*sigmoïdite, abcès*), se perforer (*péritonite*), saigner (*hémorragie digestive*), rétrécir le côlon (*occlusion intestinale*).
- ◆ **Pour des maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de CROHN, recto-colite hémorragique) ou vasculaires**
- ◆ **Pour une torsion de l'intestin (volvulus)**

III - LA PREPARATION

- ◆ Le plus souvent, aucune préparation n'est réalisée. Si possible, les jours précédents, il faut éviter les fruits et légumes, plutôt privilégier le riz, les pâtes, la semoule, les biscottes et boire abondamment.
- ◆ Dans certains cas, (en dehors de l'urgence) le côlon est préparé afin d'être débarrassé des matières fécales. La veille de l'intervention, le patient prend une « purge » (produit spécial à boire) pour laver le côlon. Des lavements sont souvent rajoutés.
- ◆ Des antibiotiques sont administrés en perfusion dès le début de l'intervention.

IV- QUELLES INTERVENTIONS ?

- ◆ Exérèse simple d'un polype
 - ◆ Le plus souvent, ablation d'un segment, d'une moitié ou de la totalité du côlon et/ou du rectum
 - ◆ En cas de lésion cancéreuse : ablation des ganglions correspondant au segment d'intestin retiré
 - ◆ En fonction de l'extension de la maladie, l'exérèse peut être étendue à des organes de voisinage (vessie, utérus, ovaires, intestin grêle, rate, estomac ...)
 - ◆ Après l'ablation de ce segment d'intestin dans la majorité des cas un « raccord » appelé *anastomose* est réalisé entre les deux extrémités sectionnées, soit par des sutures soit par des systèmes d'agrafage spéciaux. Son étanchéité et sa cicatrisation sont capitales pour les suites opératoires
- Cette anastomose est parfois impossible, notamment en cas de chirurgie en urgence : péritonite (infection du côlon et du péritoine) occlusion (souillure par des matières) ou en cas d'ablation du rectum et de l'anus. Le « raccord » n'est pas réalisé et l'intestin est abouché à la peau de l'abdomen. Il s'agit d'une stomie appelée vulgairement « anus artificiel » ou « poche ». Cette stomie est le plus souvent provisoire mais parfois définitive. Si l'anastomose est à risque de fuite (mal irriguée, infection ou souillures modérées ...) elle est tout de même réalisée mais protégée par une stomie provisoire en amont pendant le temps de sa cicatrisation.

Une seconde intervention quelques semaines ou quelques mois plus tard sera nécessaire pour « remettre en circuit » normal le côlon.

◆ Un grand nombre de ces interventions est maintenant réalisé par COELIOSCOPIE (voir information spécifique).

◆ Après l'intervention, le patient est surveillé en unité de soins intensifs pendant quelques jours selon son évolution :

- ▶ Nutrition par perfusions jusqu'à notre feu vert de réalimentation progressive
- ▶ Surveillance des éventuels drainages abdominaux
- ▶ Surveillance des fonctions cardiaques, respiratoires, surveillance biologique
- ▶ Surveillance de la fonction urinaire avec éventuelle sonde vésicale
- ▶ Kinésithérapie abdominale, respiratoire, motrice

Après notre autorisation et celle de l'anesthésiste, le patient remonte en chambre pour sa réalimentation progressive.

La durée totale d'hospitalisation varie entre 4 et 15 jours selon l'intervention réalisée et en l'absence de complication.

V- RISQUES ET COMPLICATIONS

La chirurgie du côlon et du rectum a énormément évolué dans les dernières décennies du fait des progrès de l'anesthésie ainsi que des techniques chirurgicales. Elle est devenue très courante, bien codifiée, mais il persiste un taux de complications qui ne peut être nul, bien que faible et toujours en diminution.

▶ Complications communes à toutes les interventions chirurgicales : problèmes cardiaques, phlébites, embolies pulmonaires, allergies, infections urinaires, respiratoires, compressions aux points d'appuis ...Elles sont prévenues et traitées en collaboration avec le médecin anesthésiste

- ▶ Complications propres à la coelioscopie (Voir fiche spécifique)
- ▶ Complications propres à la chirurgie colo-rectale :

1° - En cours d'intervention, des saignements importants sont très rares mais peuvent se produire et nécessiter un recours à des transfusions, notamment au niveau de la rate qui est très fragile et exposée à des plaies même minuscules qui peuvent saigner abondamment et nécessiter alors son ablation. Des plaies d'autres organes sont très exceptionnelles nécessitant une réparation immédiate (canal de l'uretère, vessie, intestin grêle, pancréas, vaisseaux ...)

2° - Après l'intervention : la cicatrisation de l'anastomose et son étanchéité sont primordiales. En effet, une fuite de matières à ce niveau a pour conséquence : soit un abcès intra-abdominal, soit une fistule en cas de fuite drainée à l'extérieur de l'abdomen, soit une péritonite post opératoire en cas de fuite dans l'abdomen. Ces problèmes peuvent se régler par un simple traitement antibiotique, un éventuel drainage voire parfois une seconde intervention avec possibilité de réaliser une stomie. Fort heureusement, ces complications sont rares, moins de 5% dans la chirurgie du côlon.

La reprise du transit intestinal met entre 2 et 5 jours mais parfois plus, nécessitant alors une diète complète et éventuellement mise en place d'une sonde d'aspiration dans l'estomac.

Les abcès dans les cicatrices sont bénins, ils nécessitent des pansements assez longs en post opératoire.

Les saignements dans les zones de décollements, sur les lignes d'agrafes, ulcères gastriques sont en général modérés et cessent spontanément.

▶ D'autres complications aussi exceptionnelles que nombreuses ont été décrites dans la littérature médicale et ne peuvent être recensées de façon exhaustive.

Ces interventions ont donc dans l'immense majorité des cas un déroulement et des suites tout à fait simples. Cependant un faible taux de complications parfois très graves, exceptionnellement mortelles, peut survenir. Il faut donc peser dans chaque cas les risques de l'intervention contre les risques d'évolution de votre maladie.

Ces informations restent très générales, elles ne peuvent pas remplacer les explications que nous vous avons données sur votre cas particulier. Nous vous engageons vivement à nous poser toutes les questions qui pourront vous aider à prendre la décision qui vous semble la meilleure pour votre santé. N'hésitez pas à nous recontacter ou nous rencontrer à nouveau si vous le souhaitez.

Recevez, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations dévouées.