

CLINIQUE SAINTE-ELISABETH

Place Godin 5

5000 NAMUR

Service de Chirurgie Générale,
Digestive et Endocrinienne

La chirurgie du colon et du rectum

Première partie : Qu'est-ce-que c'est, le colon ?

Le colon, c'est le gros intestin. Il concentre le bol alimentaire, ce que l'on mange, pour en faire des selles. Le colon contient aussi beaucoup de bactéries, de microbes. D'ailleurs, avant un examen ou une opération du colon, il faut le préparer par une combinaison de médicaments et de laxatifs, comme une bonne purge. Cette préparation peut se faire en un jour, comme pour une radio ou une endoscopie, ou en trois jours comme pour une opération. En règle générale, il faut boire trois litres de produit laxatif par jour.

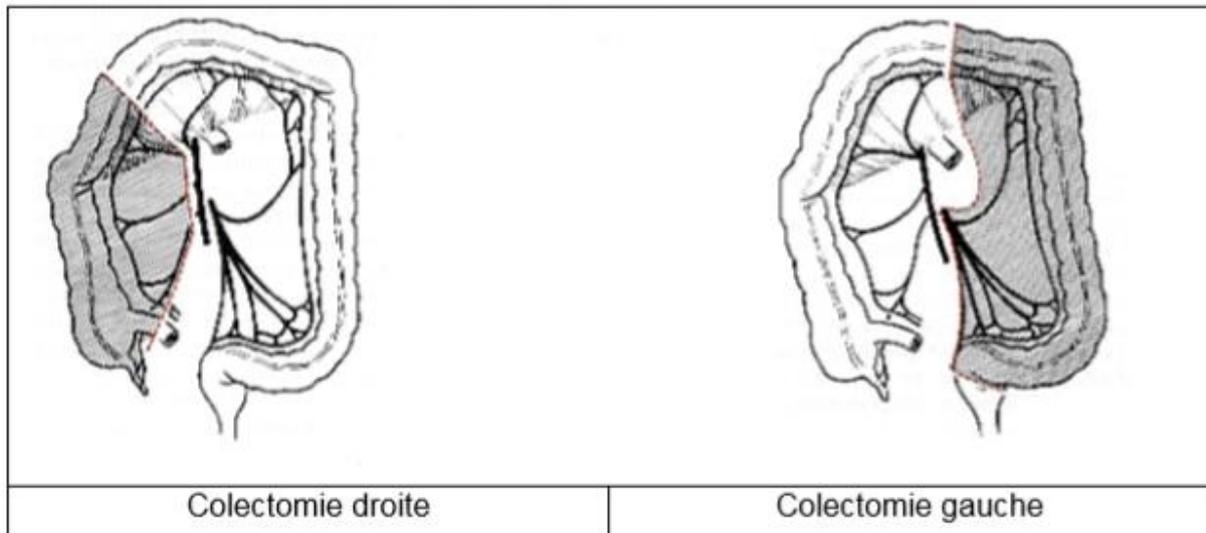
Les examens qui permettent d'explorer le colon sont la radiographie ou colon par lavement, le scanner ou l'échographie, et l'endoscopie (ou colonoscopie). Pendant la colonoscopie peuvent être réalisées des biopsies ou des prélèvements. Certains examens sont plus spécialisés.

Le colon (le gros intestin) se divise en 4 parties. Le colon droit ou ascendant, le colon transverse, le colon gauche ou descendant, et le colon sigmoïde, qui aboutit quant à lui au rectum.

Il peut être nécessaire d'enlever une partie du colon ou du rectum dans différentes maladies : tumeurs, polypes, sténoses (rétrécissements), inflammation, diverticulite ou sigmoïdite, hémorragies chroniques ou aiguës, fistules....

La colectomie

Le type de résection, l'étendue de la résection, dépendent de la localisation de la maladie et de l'anatomie du colon. Par exemple, une tumeur ou un polype du colon ascendant ou colon droit conduisent à réaliser une colectomie droite. Par exemple encore, une colectomie gauche peut être plus ou moins longue suivant la disposition des artères du colon. Une différence de longueur ne donne généralement aucune différence dans la fonction après l'intervention.



Dans tous les cas, le principe est le même :

- dissection du colon et mobilisation (libération) de la zone qui doit être réséquée
- section des vaisseaux nourriciers du morceau à retirer (le mésocolon)
- section au-dessus et en-dessous de la zone à retirer
- rétablissement du circuit par une suture (une anastomose) soit à la main, cousue, soit avec des agrafes. La soudure entre les deux fragments s'effectuera en quelques jours par la cicatrisation, comme pour une plaie
- si l'anastomose est impossible, par exemple à cause d'une infection, d'une inflammation, du manque de vascularisation ou autre, il peut être nécessaire de faire une dérivation des selles sous forme d'un anus artificiel, d'une colostomie, le plus souvent temporaire. La fermeture de la colostomie ou rétablissement de continuité nécessite une seconde intervention qui aura lieu entre 6 semaines et 3 mois le plus souvent, parfois 6 mois.
- de même, une colostomie peut être nécessaire si la cicatrisation ne se fait pas bien et qu'il en résulte une infection, un abcès, une fistule ou une péritonite. Pour dépister ce manque de cicatrisation, et l'infection ou la fistule qui en résulte, des drains sont laissés en place. Le traitement est très variable et va du traitement médical (antibiotiques, rester à jeun en attendant la guérison) jusqu'à la réopération avec création de la colostomie.
- dans tous les cas, la création de la colostomie, soit pendant l'opération, soit après une fistule, le défaut de cicatrisation avec fistule ou infection sont des éventualités très rares.

LE FILM DE L'OPERATION :

1. En général, vous serez admis en hospitalisation trois jours avant l'intervention. Cette période sera celle de la préparation colique, avec prise de laxatifs, lavement éventuellement, préparation colique ou médicamenteuse éventuellement, ainsi que des examens pré opératoires éventuels.

2. lors de l'induction (la création, le début) de l'anesthésie, une péridurale sera parfois mise en place pour l'analgésie post opératoire. Un petit cathéter introduit dans le dos des produits contre la douleur, en doses continues ou sous contrôle du malade. Cette péridurale peut rester en place 2 ou 3 jours.

3. l'intervention peut être réalisé **soit par une incision (une laparotomie) en général verticale médiane, soit par une laparoscopie (plusieurs petits trous)**. Dans les deux cas, seul le moyen de faire l'intervention change, alors que l'intervention elle-même reste la même. Dans le cas de la laparoscopie, le nombre de trocars (de petits trous) est variable, minimum 4 ou 5. Le ventre est gonflé par du CO₂, le gaz carbonique, pour créer un espace de travail, ce qui minimise le risque d'embolie gazeuse. Une petite plaie, souvent latérale et verticale, est nécessaire pour sortir le morceau réséqué. Si l'intervention est trop difficile (inflammation) ou impossible (obésité ou antécédents chirurgicaux par ex.), on doit parfois ouvrir (on dit qu'on convertit de laparoscopie en laparotomie). La laparoscopie minimise le risque de problèmes de plaie et favorise une récupération plus rapide.

4. Après l'opération, vous passerez quelques heures en salle de réveil avant soit de remonter dans la chambre, soit d'être conduit aux soins intensifs. Le séjour aux soins intensifs peut durer de un à quelques jours. On peut y voir les malades pendant les heures de visite.

5. Pendant l'intervention, des drains (comme des tubes de plastique), une sonde gastrique (un tube qui vide l'estomac), une ceinture de contention, une perfusion, parfois une sonde urinaire sont mis en place et maintenus quelques jours. Leur ablation se fait au fur et à mesure de la reprise de santé du malade. Il faut rester à jeun strict (ni boire ni manger) jusqu'à la première selle. Ensuite, la réalimentation fera appel à un régime très strict.

6. La sortie de l'hôpital se fera entre 10 et 15 jours de l'intervention. Les fils fondent seuls, et il ne faut pas les enlever. Il suffira de montrer la plaie à votre médecin traitant une ou deux fois. Parfois un peu de liquide peut s'évacuer par la plaie, sans grandes conséquences. Il vaut mieux éviter de mouiller la plaie ou de prendre un bain pendant la première semaine. En tous les cas, il faut suivre les prescriptions de sortie, notamment en termes de consultation post opératoire et de soins. Traitement de sortie (variable selon les cas mais le plus souvent : parfois anti inflammatoires pendant quelques jours (feldène lyotaps, viox...), parfois protection gastrique (nuardin, zantac), protection anti-phlébite type bas de contention et injections de fraxiparine ou de clexane, régime strict pendant 1 mois, pas de fils à ôter.

7. Le traitement définitif (par exemple prise de fibres en cas de sigmoïdite, chimiothérapie en cas de tumeur, parfois rien...) dépend des résultats définitifs, obtenus après 10 jours et parfois de la radiographie qui est à prévoir vers 3 mois.

Risques, séquelles, récurrence, alternatives

Comme toute intervention, une intervention sur le colon comporte des risques, qui sont toutefois modérés si vous êtes en bonne santé.

- Ils dépendent de **l'état général** du malade et de ses antécédents (maladies cardiaques, pulmonaires, fumeur, troubles de la coagulation, diabète...). Si vous avez des problèmes de ce type, ils seront mieux traités si vous les expliquez en détail avant.

- Ils dépendent aussi de l'opération, qui comporte des risques aspécifiques et spécifiques. Les **principaux risques** aspécifiques sont **l'hémorragie** et **l'infection, notamment de la plaie**. Des drains sont laissés en place pour surveiller la survenue d'une hémorragie, ce qui est très rare et survient surtout dans les premières heures. L'infection doit être surveillée à la maison : survenue d'un gonflement anormal, d'une rougeur, d'un écoulement, de température. L'infection d'une plaie sera le plus souvent facilement guérie par un drainage, des soins locaux pendant quelques temps et des antibiotiques.

- Les risques spécifiques sont surtout liés à **la cicatrisation de l'intestin**, de l'endroit de l'anastomose (la soudure). Ces risques sont augmentés si la circulation du malade est mauvaise, dans le grand âge ou en cas d'inflammation encore active. C'est ce qui explique que, alors qu'une suture est prévue, il peut être nécessaire de changer de plan en cours d'intervention pour réaliser une poche de colostomie. Ce qui reste heureusement très rare. Ces risques sont diminués par la préparation de l'intestin si elle est possible et bien faite (laxatifs, régime sans déchets, préparation colique à boire 3 litres par jour pendant plusieurs jours) et si un délai peut être proposé avant l'intervention en vue de faire diminuer l'inflammation, par exemple. Si la soudure ne se fait pas bien, il peut se développer une infection, parfois une fistule par un drain, et au pire il peut être nécessaire de réopérer le malade pour dévier les selles.

- En ce qui concerne **la douleur post opératoire**, plusieurs techniques peuvent être mises en œuvre soit seules, soit en combinaison. Il existe des médicaments comme les anti-inflammatoires ou le Dafalgan qui agissent contre la douleur. Plus puissants, certains médicaments peuvent être administrés en pompe : le malade reçoit une sorte de télécommande, et doit appuyer chaque fois qu'il a mal. Une petite dose de médicament lui est alors administrée. Comme la dose est faible, elle ne représente pas de danger et il ne faut surtout pas hésiter à s'en servir. Par contre, comme la dose est faible, elle ne va bien agir que si le malade l'a prise en temps utile. Enfin, l'anesthésiste peut recourir à l'anesthésie péri durable en association à l'anesthésie générale, qui est un moyen d'engourdir la douleur en injectant par un petit cathéter placé dans le dos, de façon continue, un peu comme un baxter spécial, un médicament anti-douleur. Le cathéter peut rester en place quelques temps après l'intervention (par exemple 48 heures). Cette méthode est très efficace, mais elle ne peut être proposée que par un anesthésiste. Parfois, une solution combinant pompe et péridurale sera préférée.

La résection du colon ou du rectum s'accompagne en général de peu de séquelles, si la longueur réséquée n'est pas trop importante. Après quelques jours à jeun, et après le retour des gaz et des selles, le malade peut boire, la sonde gastrique et les drains sont retirés, puis un régime progressif est débuté. Après le retour à domicile, le malade devra suivre un régime sans déchets pendant quelques semaines, puis il pourra manger normalement, et même le plus souvent enrichi en fibres. Le suivi à long terme inclut un bilan morphologique général (scanner ou échographie) et morphologique intestinal (endoscopie ou radiographie type colon par lavement). Le type de suivi et sa fréquence sont variables suivant la pathologie de départ. Par exemple, une prise de sang avec scanner et colon par lavement sont faits à 6 mois, une prise de sang avec scanner 6 mois plus tard, puis une prise de sang avec scanner et colonoscopie 1 x par an pendant 5 ans.

ATTENTION : ce document d'information est là pour vous aider, il est par nature incomplet. Vous pouvez toujours contacter votre médecin traitant, ou me contacter, soit à la clinique 081 720411) ou chez moi (081 212386) pour poser toutes questions.