

CLINIQUE SAINTE-ELISABETH

Place Godin 5

5000 NAMUR

Service de Chirurgie Générale,

Digestive et Endocrinienne

Chirurgie du colon dans la sigmoïdite

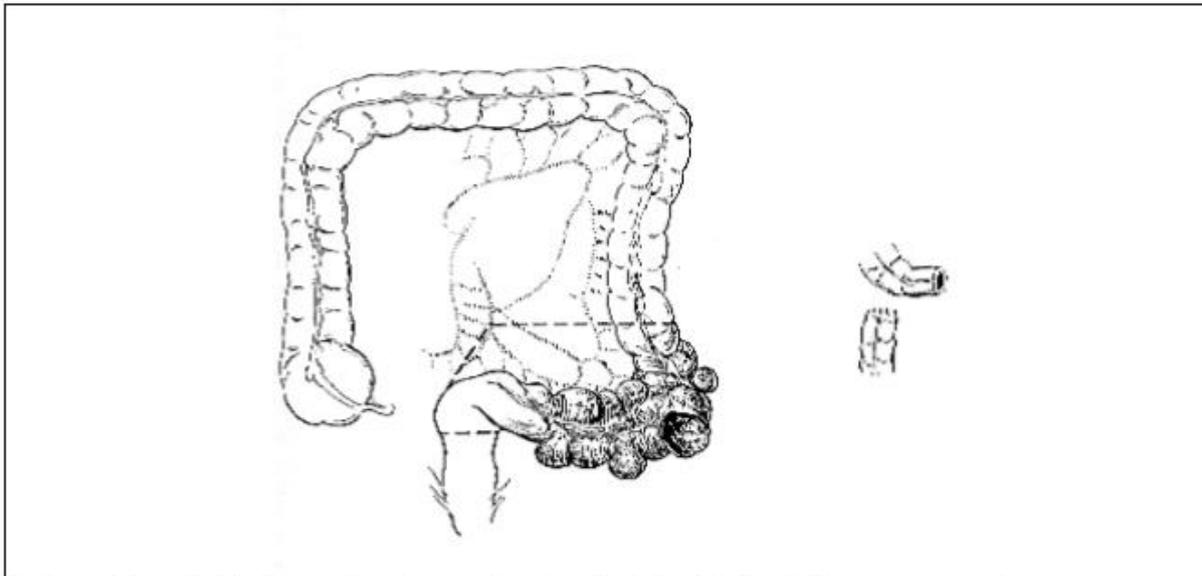
Première partie : anatomie du colon, définition (diverticulose, diverticulite, diverticulite compliquée)

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. Le colon peut présenter sur toute sa longueur des diverticules, qui sont des petits sacs dilatés, un peu comme une hernie sur une chambre à air. Ces diverticules sont plus fréquents sur le colon sigmoïde. L'inflammation d'un diverticule s'appelle **une diverticulite**. On l'appelle aussi sigmoïdite si cette inflammation siège sur le sigmoïde. Cette inflammation peut aboutir à une perforation, à la formation d'un abcès, d'une péritonite (infection généralisée de l'abdomen), d'une fistule (communication anormale entre le colon et la vessie par exemple). Il s'agit alors d'une diverticulite (ou sigmoïdite) perforée. La sigmoïdite se manifeste par des douleurs abdominales, surtout en bas et à gauche, de la fièvre, un examen clinique de l'abdomen pathologique. Différents examens sont nécessaires, et en particulier un scanner.

Deuxième partie : traitement médical de la diverticulite, évolution, intervention de Hartmann

En absence de complications, le traitement de la diverticulite est médical : diète (ne pas manger ni boire), antibiotiques par la perfusion qui seront relayés par des antibiotiques par la bouche lors du retour à domicile. Plus des trois quarts des patients guérissent avec le traitement médical en cas de première poussée. Certaines complications peuvent être traitées non chirurgicalement, comme par exemple la ponction et le drainage sous contrôle radiologique des abcès. Toutefois, si la situation de départ est trop inquiétante ou si la sigmoïdite ne répond pas au traitement médical, une intervention chirurgicale urgente peut être nécessaire.

Cette intervention consistera le plus souvent en une **intervention de Hartman**. Il s'agit d'une laparotomie sous anesthésie générale (on ouvre le ventre verticalement sur l'ombilic). Ensuite, la partie malade du colon est retirée. La plupart du temps, les selles sont alors déviées de façon provisoire par un anus artificiel, situé dans le côté gauche : c'est la **colostomie**. Cette dérivation artificielle provisoire est mise en place pour une durée qui varie de 6 semaines à 3 mois, et la remise en circuit (le rétablissement de continuité) nécessite une nouvelle opération sous anesthésie générale avec anastomose (une soudure) entre le haut et le bas. L'opération de Hartman n'est pas en elle-même une grosse intervention, mais elle est pratiquée dans un contexte d'infection grave, et il faut la considérer comme assez sérieuse, nécessitant souvent un séjour aux soins intensifs.



Intervention de Hartman : le colon malade est réséqué et mis à la peau pour former une colostomie (une poche) provisoire

Dans les pays occidentaux, quasi tout le monde est porteur de diverticules, pour la plupart asymptomatiques. Après une première poussée de diverticulite, il est possible que le malade n'en fasse plus jamais. En règle générale, on opère les malades qui ont fait au moins deux poussées de diverticulite, ceux qui ont présenté des complications même après une seule poussée (fistule, sténose, perforation, abcès...). Au moment de décider de l'opportunité (de la nécessité) d'une intervention, on tiendra aussi compte de l'état général, du nombre et de la gravité des poussées de diverticulite, de l'intervalle entre les poussées, de la vitesse et du degré de réponse au traitement médical et de la persistance ou non de symptômes entre les

poussées. Après la première poussée de diverticulite, la récurrence est plus fréquente chez les patients plus jeunes. En règle générale, la probabilité de ne pas guérir médicalement et de présenter une récurrence augmente à chaque poussée. Le danger de récurrence peut être diminué par un régime riche en fibres.

Troisième partie : traitement à froid

En dehors de la situation d'urgence (Hartmann) et de l'échec du traitement médical (deuxième poussée de sigmoïdite ou complications), le principe du traitement chirurgical de la diverticulite repose sur la résection du segment malade et la reconstruction du circuit par une anastomose (une soudure) bout à bout. Il pourra s'agir d'une laparotomie (on ouvre le ventre) ou d'une **laparoscopie** (par des petits trous). En cas de laparoscopie, il peut être nécessaire d'ouvrir quand même si l'inflammation est trop importante par exemple.

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). 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 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 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 recourt 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 les anesthésistes. Parfois, une solution combinant pompe et péridurale sera préférée.

La résection du colon 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 (endoscopie ou radiographie type colon par lavement). Une récurrence des diverticules et de l'inflammation sous forme de diverticulite peut survenir avec les années dans environ un cas sur vingt. Ce risque de récurrence est diminué si le patient adapte son régime alimentaire (augmentation de la proportion de fibres, légumes et fruits) ainsi que par la prise de suppléments de fibres type Stimulance par exemple.

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.

Après l'opération, vous pourrez toujours soit téléphoner à la clinique, soit voir votre médecin traitant, soit vous présenter à la garde 24 h sur 24, en cas de problèmes ou même simplement de questions, et en particulier de température, de gonflement, d'écoulement, de difficultés respiratoires, de crampes musculaires anormales.