



H.I.A BEGIN
Chirurgie Viscérale

MC B MALGRAS MC L. MONTAGLIANI MP C. BREVART
MP A-C EZANNO MP A. AIME MP C. SCHEIWE
MP X GIUDICELLI

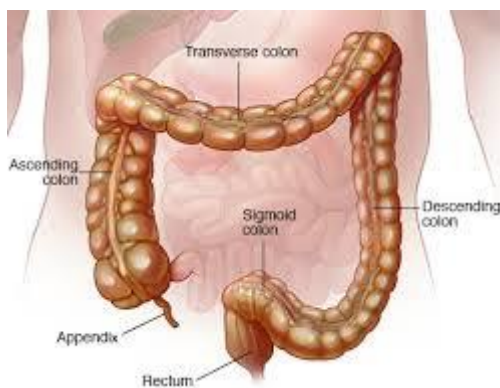
FICHE D'INFORMATION PATIENT **« CHIRURGIE DU RECTUM »**

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.

Qu'est-ce que le rectum ?

Le rectum est la portion finale du gros intestin. Le rectum mesure environ 15 cm de long, est situé en arrière dans le bassin et est raccordé à l'anus. Dans sa traversée du bassin, le rectum est en contact en avant avec l'utérus et le vagin chez la femme, avec la vessie, les vésicules séminales et la prostate et l'urètre chez l'homme. En arrière avec le sacrum (os du bassin) et des vaisseaux du petit bassin. Latéralement, le rectum est voisin avec les uretères (canaux allant du rein à la vessie).

Le rôle du rectum est d'être un réservoir qui contient les matières fécales qui y arrivent. Lors de l'arrivée de matières fécales dans le rectum se produit la sensation de besoin. Grâce à sa capacité de stocker les matières, il permet d'attendre, en coordination avec le sphincter de l'anus que l'on décide d'aller aux toilettes. C'est l'ensemble de ces contacts étroits qui détermine la relative difficulté de ces interventions et les conséquences possibles sur les fonctions.



Dans quelle pathologie on propose une chirurgie du rectum ?

La chirurgie du rectum concerne essentiellement le traitement des cancers du rectum.

La chirurgie est le plus souvent précédée d'une radiochimiothérapie en fonction du stade de la tumeur dont l'indication est toujours discutée en Réunion de Cancérologie Multidisciplinaire où sont présents les différents intervenants : Chirurgien, gastro-entérologue, cancérologue, radiothérapeute... Elle se déroule habituellement sur 5 semaines, 5 jours par semaine. Elle est souvent associée à une chimiothérapie orale (Xéroda®) pendant la durée de la radiothérapie, ce qui permet d'augmenter son efficacité. Le but de cette radiothérapie est de réduire le risque de récurrence locale de la tumeur à long terme (de 10 à 5% à 5 ans). Elle permet aussi de réduire la taille de la tumeur et dans certains cas d'envisager une conservation du sphincter qui ne l'était pas avant le traitement.

Cette radiothérapie est suivie d'une pause avant la chirurgie pendant 6 à 8 semaines pendant laquelle l'effet des rayons continue d'agir.

Avant l'opération, il n'y a pas de régime à suivre **MAIS** une préparation du colon est nécessaire.

- **Buts de l'intervention**

Le but de l'opération est d'enlever le segment de rectum malade en préservant ce qui peut être préservé plus bas.

On oppose 2 types d'interventions :

- 1) les interventions conservatrices qui conservent le canal anal et le sphincter et qui préservent la fonction de continence => PROCTECTOMIES CONSERVATRICES APPELÉES AUSSI "RÉSECTIONS ANTÉRIEURES"
- 2) les interventions non conservatrices qui suppriment le canal anal et le sphincter en plus du rectum et qui se terminent par un anus artificiel définitif => AMPUTATIONS ABDOMINOPÉRINÉALES

PROCTECTOMIES CONSERVATRICES APPELÉES AUSSI "RÉSECTIONS ANTÉRIEURES" :

Elles consistent à enlever tout ou une partie du rectum et **conservent le canal anal**. Elles se terminent par une anastomose entre le colon et le rectum restant (raccordement entre colon et le court segment qui a pu être préservé en bas).

Pour prévenir les complications sur l'anastomose (fistule = défaut de cicatrisation entre les 2 segments intestinaux raccordés), une dérivation temporaire (en amont de l'anastomose) est souvent recommandée (iléostomie : abouchement de l'intestin grêle à la peau ou colostomie : abouchement du colon à la peau). Cette dérivation sera refermée environ 2 à 3 mois (parfois un peu plus) après l'intervention initiale, après vérification de l'étanchéité de l'anastomose au prix d'une brève et simple réintervention.

Dessin

AMPUTATIONS ABDOMINOPÉRINÉALES :

Elles consistent à **enlever** en plus du rectum le canal anal et l'**appareil sphinctérien** et se terminent par un **anus artificiel** (« poche ») colique définitif (ou colostomie iliaque gauche).

Dessin

- **Comment se déroule l'opération ?**

Les interventions d'ablation du rectum nécessitent **un accès à la cavité abdominale (par « en haut »)**. Cet accès peut se faire soit par coelioscopie soit par laparotomie (chirurgie ouverte).

La coelioscopie ou laparoscopie dans le cadre de la chirurgie du rectum, peut être réalisée par assistance robotique.



C'est une technique opératoire permettant de réaliser une opération à l'intérieur du ventre sans que soit nécessaire de réaliser de larges incisions. Le principe de la coelioscopie repose sur l'insufflation de la cavité par du CO₂ s'évacuant rapidement puis sur l'utilisation de trocart laissant passer les instruments chirurgicaux par des mini-cicatrices. Cette technique a l'avantage, de diminuer les douleurs postopératoires et de permettre une récupération physique plus rapidement. Elle offre également une vision (exposition) de haute qualité dans une zone difficile d'accès

En cas d'anus artificiel temporaire ou définitif, une consultation auprès d'une infirmière spécialisée (« stomathérapeute ») permet d'une part, d'identifier au mieux le site de la future stomie et minimiser ainsi les complications de celle-ci et les difficultés d'appareillage, et d'autre part, de familiariser le patient avec les différents types d'appareillages et les irrigations coliques.

Au cours de toute intervention par coelioscopie des difficultés peuvent conduire à un passage en une chirurgie ouverte (« conversion en laparotomie »).

Dans tous les cas, un drain est souvent mis en place dans la zone opératoire à la fin de l'opération, extériorisé dans le flanc.

- **Suites habituelles**

Une perfusion, est laissée en place. Celle-ci est enlevée au bout de 24h si vous allez bien. L'alimentation est débutée le soir même sous forme d'une boisson, puis dès le lendemain par une boisson. La reprise de l'alimentation se fait selon l'avis du chirurgien et peut être rapide. La reprise du transit par l'émission de gaz puis de selles intervient dans les premiers jours post-opératoires. La dérivation ne modifie en général pas les conditions de reprise du transit.

La surveillance post-opératoire porte sur l'absence de signe faisant craindre un problème de cicatrisation de la suture digestive (douleurs, fièvre). Une sonde urinaire est souvent laissée 5 jours et est retirée sur consigne du chirurgien. Il est fréquemment réalisé un scanner de contrôle à une semaine de la chirurgie.

Pendant cette période cette dérivation (stomie) doit être appareillée (« poche »). Lors de votre hospitalisation et au delà, l'ensemble de l'équipe soignante vous formera et vous aidera à la gestion quotidienne de cette dérivation.

Après le retour à domicile qui peut être envisagé précocement en présence de signes de favorables souvenez-vous que l'usage de certains antalgiques contre indique la conduite de véhicules.

Que l'intervention ait lieu par coelioscopie ou par laparotomie, il est contre-indiqué de pratiquer du sport ou des efforts physiques importants pendant le mois qui suit l'intervention. Ceci a pour but de permettre à la paroi abdominale et aux muscles de cicatriser.

Quels sont les risques d'une chirurgie du rectum ?

- **Risques pendant l'opération**

- Blessure des organes de voisinage : Les organes voisins du rectum sont urinaires (uretère, vessie, urètre), génitaux (vésicules séminales, prostate, ovaires, utérus, vagin), vasculaires. D'autres organes sont exposés de part la mobilisation

du colon nécessaire à l'anastomose (intestin, pancréas). Ces lésions sont souvent favorisées par l'importance de la tumeur mais aussi par les modifications des tissus provoqués par la radiothérapie pré-opératoire si elle a été nécessaire, voire les deux. Leur reconnaissance immédiate quand elle est possible facilite leur réparation mais cette reconnaissance peut être difficile. Les réparations digestives peuvent nécessiter une dérivation intestinale temporaire qui a déjà été exposée ci-dessus. Les réparations urinaires peuvent nécessiter la mise en place d'une prothèse dans l'uretère. Cette prothèse (sonde JJ) lui sert de guide pour cicatriser. Elles peuvent nécessiter aussi un maintien prolongé de la sonde vésicale.

- Hémorragie : Une hémorragie peut intervenir pendant l'intervention. La maîtrise de cette hémorragie peut amener le chirurgien à modifier le déroulement de l'opération pour réparer le vaisseau endommagé. Une transfusion peut être nécessaire.
- Compression nerveuse : L'équipe chirurgicale et anesthésique est attentive au bon positionnement des membres pour éviter toute compression des nerfs ou des parties molles pendant l'intervention et l'anesthésie. Lorsqu'un nerf a été comprimé pendant un temps limité apparaissent des sensations d'engourdissements ou de fourmillements dans la zone correspondante. Les lésions disparaissent en général, en quelques semaines, sans séquelle et il est rare qu'elles persistent. Des examens de diagnostic (électromyogramme) et des séances de kinésithérapie peuvent être envisagées pour évaluer et faciliter la récupération.

- Risques après l'intervention

- **Risques à court terme** : Les complications après chirurgie du rectum sont assez fréquentes compte-tenu de l'importance de l'opération. Elles concernent un patient sur trois. Elles sont la plupart du temps rapidement identifiées et traitées efficacement

- 1) Occlusion intestinale: Une réalimentation progressive mais précoce va être, la plupart du temps, pratiquée, avant même les premiers signes de transit (gaz). Elle doit être associée à une mobilisation la plus précoce possible (lever). L'équipe hospitalière qui vous prend en charge vous y aidera. Même en l'absence de cause, le transit intestinal peut toutefois avoir du mal à reprendre après l'opération. Dans ce cas il peut être nécessaire de suspendre l'alimentation, voire d'aspirer le contenu de l'estomac et de l'intestin par une sonde qui passe du nez vers l'estomac et appelée sonde naso-gastrique. Cette aspiration peut durer jusqu'au redémarrage de l'intestin. L'intestin peut aussi être « coincé » dans une adhérence ou une bride à l'intérieur de l'abdomen et contraindre à une opération pour le libérer.
- 2) Fistule anastomotique : Il s'agit d'un défaut de cicatrisation du raccord (anastomose) réalisé entre le colon et le moignon distal. Elle survient en général dans les 6 premiers jours post-opératoires. Le risque est l'apparition d'une infection (abcès ou péritonite) dont la gravité est limitée par la présence d'une dérivation temporaire des matières. Le traitement de cette fistule peut consister en un drainage, une antibiothérapie, un arrêt de l'alimentation. Dans certains cas il peut aussi être nécessaire de réopérer pour effectuer un nettoyage, un drainage et une dérivation des matières si elle n'a pas été réalisée au départ. Dans les cas les plus sévères, un démontage de l'anastomose peut être nécessaire. La qualité de l'apport nutritionnel est déterminante dans ces situations
- 3) Infection : Malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques administrés préventivement au début de l'opération, une infection du site opératoire (cicatrice, intérieur de l'abdomen) peut survenir. Suivant son type superficiel ou profond et sa sévérité elle fait l'objet d'un traitement adapté : antibiotiques, évacuation, ponction radiologique, chirurgie de drainage.
- 4) Complications du périnée : Dans les cas d'amputation abdomino-périnéale il existe un risque d'infection et de désunion de la plaie périnéale qui peuvent nécessiter des soins prolongés. Divers types de soins pro-cicatrisants existent. Plus d'un patient sur deux a des difficultés de cicatrisation périnéale de degré variable. La qualité de l'apport nutritionnel est déterminante dans ces situations.
- 5) Hémorragie : Malgré une opération sans incident, un saignement peut apparaître dans les jours qui suivent. Ils peuvent être à l'origine d'hématomes ou imposer une transfusion, une ré-intervention ou un geste sous contrôle radiologique pour les stopper.
- 6) Phlébite, embolie : Malgré les précautions prises : bas de contention, piqûres d'anti-coagulants... une phlébite voire une embolie peuvent survenir, nécessitant un traitement anticoagulant prolongé.

- 7) Complications des stomies : Diverses complications sont possibles, en général bénignes : Lésions cutanées (brûlures) surtout en cas de dérivation sur l'intestin grêle, occlusions, invaginations, prolapsus. Ces complications sont d'autant moins fréquentes que les patients ont été pris en charge par un(e) infirmier(e) spécialisé(e) (stomathérapeute). Elles peuvent nécessiter des soins et rarement une ré-intervention.
- 8) Complications urinaires : Un retard à la reprise des mictions peut nécessiter de garder la sonde vésicale plusieurs jours. Une infection urinaire est possible.

- **Risques à long terme- séquelles**

- 1) Digestives : La perte du réservoir rectal peut-être responsable de troubles digestifs plus ou moins gênant : selles fréquentes et impérieuses, faux besoins, fuites mineures ou majeures. Un patient sur deux est significativement affecté au départ par ce type de trouble (« syndrome de la résection rectale »). L'évolution est une amélioration progressive sur une période d'au moins douze mois. La rééducation ano-rectale ainsi que d'autres techniques peuvent avoir un impact favorable, de même que des adaptations du régime alimentaire.
- 2) Complications du périnée : La cicatrice du périnée peut poser des problèmes de stabilité pouvant se traduire par une hernie en général peu gênante. La nécessité de réopérer est rare.
- 3) Urinaires : Des troubles d'évacuation des urines plus prolongés peuvent nécessiter une consultation avec un urologue et un traitement médicamenteux.
- 4) Sexuelles : Les séquelles sexuelles après chirurgie du rectum peuvent affecter les hommes comme les femmes. Elles sont plus fréquentes en cas d'amputation. Elles sont favorisées par la radiothérapie et les situations difficiles. Chez l'homme, elles consistent en des troubles soit de l'éjaculation soit de l'érection. Des traitements peuvent restaurer les troubles de l'érection. Chez la femme, elles consistent en des troubles de lubrification, des douleurs. Des traitements peuvent améliorer ces troubles.

