



H.I.A BEGIN
Chirurgie Viscérale

MC B MALGRAS
MP A-C EZANNO

MC L. MONTAGLIANI
MDA A. AIME
MP X GIUDICELLI

MP C. BREVART
MDA C. SCHEIWE

FICHE D'INFORMATION PATIENT « CHIRURGIE DU COLON »

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.

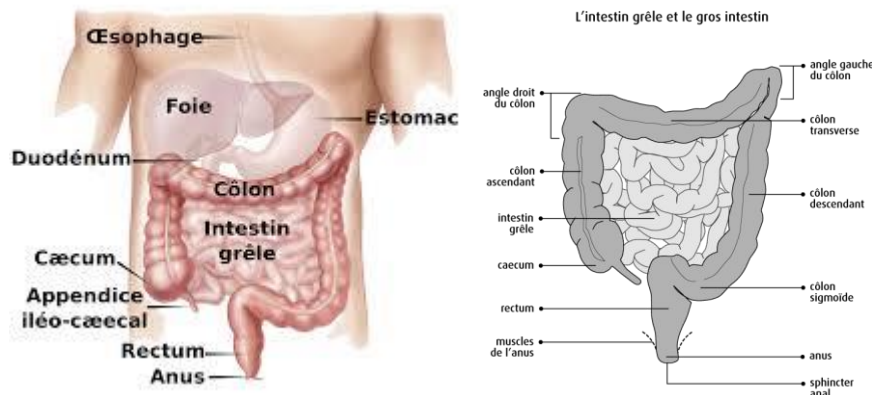
Qu'est-ce que le colon ?

Le colon, appelé aussi gros intestin, est la portion du tube digestif qui suit l'intestin grêle.

On peut y distinguer trois parties :

1. La première portion du colon monte du côté droit de l'abdomen (colon ascendant ou droit).
2. Le colon traverse ensuite l'abdomen de la droite vers la gauche (colon transverse).
3. Le colon redescend enfin vers le bas à la partie gauche de l'abdomen (colon descendant ou gauche).
4. La toute dernière portion du colon gauche est appelée colon sigmoïde.

L'intestin se poursuit après le colon sigmoïde par le rectum.



Son rôle est principalement d'éliminer les déchets, d'absorber l'eau, de maintenir l'équilibre hydrique et d'absorber certaines vitamines. Le chyle provenant de l'intestin grêle est dépourvu de la quasi-totalité (90 %) des nutriments déjà absorbés par le système digestif. Le chyle se mélange dans le côlon avec le mucus et les bactéries intestinales pour former la matière fécale.

Dans quelle pathologie on propose une chirurgie du colon ?

L'ablation d'une portion de colon ou colectomie s'adresse à de nombreuses maladies bénignes ou malignes (cancer).

Une colectomie est indiquée en cas de :

- * Cancer du colon
- * Complication de diverticule colique (hernie de la muqueuse du colon principalement sur le colon sigmoïde)
- * Maladie inflammatoire de l'intestin (Rectocolite Hémorragique et maladie de Crohn)

- **But de l'intervention**

Le but de l'opération est d'enlever un segment de colon malade en préservant le reste du colon qui est sain. Suivant la portion de colon qui est enlevée on parle de colectomie droite, transverse, gauche, sigmoïdienne. On peut réaliser l'ablation de tout le colon, on parle dans ce cas de colectomie totale, si la maladie et/ou son niveau d'extension le justifient.

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

Avant l'opération, il n'y a ni régime, ni purge (préparation du colon) à prendre sauf sur demande spécifique de votre chirurgien. Vous serez hospitalisé un jour avant l'intervention.

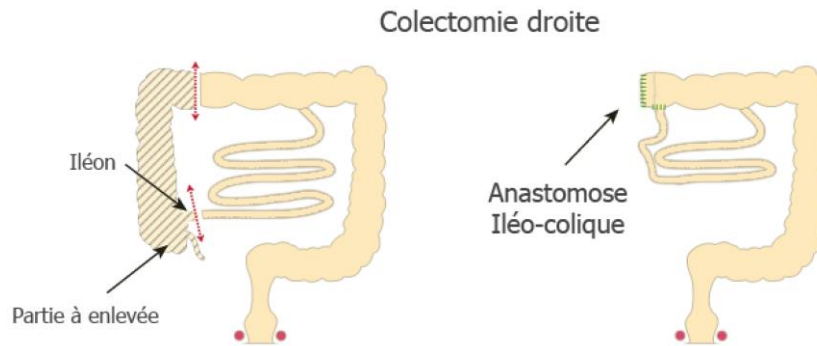
Cette intervention peut se faire soit par coelioscopie soit par ouverture du ventre (laparotomie). La coelioscopie consiste à gonfler l'abdomen par du gaz puis à y introduire par des cicatrices de quelques centimètres, les instruments, sous contrôle d'une caméra vidéo elle aussi introduite dans l'abdomen. Cette technique a l'avantage de limiter les cicatrices, de diminuer les douleurs postopératoires et de permettre une récupération physique plus rapidement qu'une intervention par voie ouverte. En cas de difficultés, le chirurgien peut être amené à arrêter la coelioscopie pour réaliser une intervention classique avec une ouverture de l'abdomen (conversion en laparotomie)

L'opération débute par l'identification de la zone malade par le chirurgien puis cette zone étant identifiée le chirurgien en réalise l'ablation.

Une portion de colon étant retirée on « raccorde » ensuite les deux extrémités et on parle de « rétablissement de la continuité digestive » aussi appelé **anastomose**. Ce raccord peut être fait manuellement par sutures ou à l'aide de pinces mécaniques qui agrafent ensemble les extrémités de colon pour leur permettre de cicatriser. Il se peut dans certaines circonstances que l'on craigne que le raccord réalisé ne soit pas immédiatement étanche lors de sa cicatrisation. Dans ces conditions le chirurgien peut pratiquer de manière préventive une dérivation du transit intestinal (**stomie, poche, anus** artificiel) pour que le transit intestinal ne traverse pas cette couture fragile. Pour cela il sort une portion de l'intestin en amont de la couture à travers la peau. C'est par cet orifice que sortiront les selles pendant la période déterminée par le chirurgien. Un appareillage spécifique adapté est dans ce cas fourni au patient.

Le chirurgien peut selon les circonstances mettre en place en fin d'opération des drains dans l'abdomen. Ceux-ci seront retirés dans les jours post-opératoires.

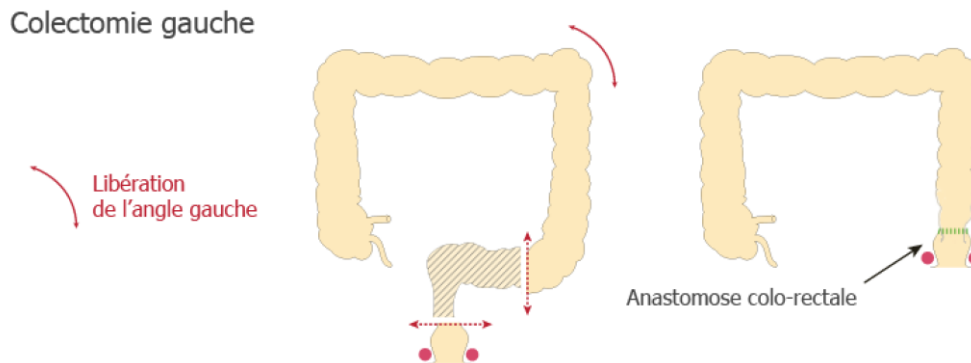
1. **Colectomie droite :** *La colectomie droite comporte l'ablation de la partie droite du colon et de la partie distale de l'intestin grêle. Ensuite, la continuité digestive est rétablie par une couture entre l'intestin grêle et le colon, la suture peut être réalisé à l'aide de fils ou de pinces mécaniques.*



2. **Colectomie transverse** : La colectomie transverse est l'ablation de la partie moyenne, transverse du colon. Elle peut être proposée dans certain cas mais très souvent comme cette portion de l'intestin est mal vascularisé, le chirurgien peut proposer une colectomie élargie. Dans ce contexte il réalise une colectomie droite dite élargie à gauche.

DESSIN

3. **Colectomie gauche et sigmoïdectomie** : La colectomie gauche est l'ablation de la partie gauche du colon. Elle comporte la mobilisation et l'abaissement de l'angle colique gauche, la section du colon descendant et la partie haute du rectum. Ensuite, la continuité digestive est rétablie par une couture entre le colon abaissé et le haut rectum, la suture est réalisée à l'aide de pinces mécaniques ou de fils.



• **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, puis une alimentation progressive en 24H. Le patient se lève dès le soir de l'intervention et autonome dès le lendemain.

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 jours post-opératoires.

Une fois le transit repris il n'y a habituellement pas de régime nécessaire après cette opération. Que l'intervention ait lieu par cœlioscopie 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. Après le retour à domicile qui peut être envisagé précocement en présence de signes de favorables.

Quels sont les risques d'une colectomie ?

• **Complications pendant l'intervention :**

* *Blessure des organes de voisinage*

Les organes voisins du colon sont digestifs (autres portions de l'intestin), urinaires (uretère, vessie) vasculaires (cf. hémorragie) et le pancréas. Leur blessure accidentelle peut-être favorisée par la complexité de l'intervention ou des

circonstances anatomiques imprévues. 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.

** 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 par le chirurgien pour faciliter la récupération.

• **Complications après l'intervention**

** 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.

** Fistule anastomotique*

Il s'agit d'un défaut de cicatrisation du raccord réalisé entre les deux parties de tube digestif.

Elle survient dans les jours post-opératoires. Le risque est l'apparition d'abcès et de péritonite car des matières risquent de passer dans l'abdomen au lieu de rester enfermées dans le tube digestif.

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 se traduisant par une poche temporaire

• **Rares complications liées à toute chirurgie abdominale :**

- Complications thromboemboliques (phlébites, embolie pulmonaire)
- Complications hémorragiques (plaies vasculaires, hématomes)
- Complications infectieuses sur incisions, cathéters, drains et sondes.
- Plaies digestives, brides et occlusions intestinales secondaires
- Rétention d'urine post-opératoire



Fédération de chirurgie
viscérale et digestive



HIA BEGIN – 69 avenue de Paris 94163 SAINT MANDE CEDEX. Tél : 01.43.98.50.00

Service de Chirurgie Viscérale, endocrinienne & Vasculaire
Secrétariat Consultation : 01.49.57.50.00 – Hospitalisation : 01.43.98.52.42 – Fax : 01.43.98.59.22