FICHE D'INFORMATION PATIENT

Fédération de chirurgie viscérale et digestive

COLECTOMIES

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.

Où est situé 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 :
La première portion du colon monte du côté droit de l'abdomen (colon droit).
Le colon traverse ensuite l'abdomen de la droite vers la gauche (colon transverse). Le colon redescend enfin vers le bas à la partie gauche de l'abdomen (colon gauche). La toute dernière portion du colon gauche est appelée colon sigmoïde.
L'intestin se poursuit après le colon sigmoïde par le rectum.

But de l'intervention

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

Une check-list obligatoire, réalisée immédiatement avant l'intervention, participe à votre sécurité. En particulier lors de cette check-list sont vérifiées votre identité et votre installation sur la table d'opération.

Cette intervention peut se faire soit par cœlioscopie soit par ouverture du ventre. La cœlioscopie 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 cœlioscopie pour réaliser une intervention classique avec une ouverture (conversion en laparotomie)
Cette intervention peut aussi se faire par laparotomie c'est-à-dire en ouvrant l'abdomen.
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.
Cette anastomose porte le nom des deux segments raccordés ensemble et on parle donc d'anastomose iléo-colique, colo-colique ou colo-rectale selon que le colon est raccordé à l'intestin, une autre partie du colon ou le rectum.

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 lorsqu'ils ne seront plus utiles (en tirant dessus).

Suites habituelles

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 souvenez-vous que l'usage de certains antalgiques contre indique la conduite de véhicules.

Risques en rapport avec l'opération

Risques pendant l'opération

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 maitrise 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 chirurgie pour faciliter la récupération.

Risques après l'intervention

Risques généraux

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 certain 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

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.

Hémorragie

Malgré l'absence de saignement pendant l'opération des saignements peuvent apparaitre dans les jours post-opératoires. Ils peuvent être à l'origine d'hématomes ou imposer une transfusion, une ré-intervention ou un geste sous contrôle radiologique pour les stopper

Phlébite, embolie

Malgré les précautions prises : bas de contention, piqures d'anti-coagulants… une phlébite peut survenir car l'immobilisation et certaines chirurgies et maladies favorisent leur apparition.

La SFCD remercie L'association de patients Le Lien pour la relecture attentive qu'il a apporté à cette fiche et a permis son amélioration