

## INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

### CHIRURGIE D'ABLATION DU RECTUM

---

#### ➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

#### ➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

---

### LES INTERVENTIONS D'ABLATION DU RECTUM

Le but de cette note 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 personnalisée qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

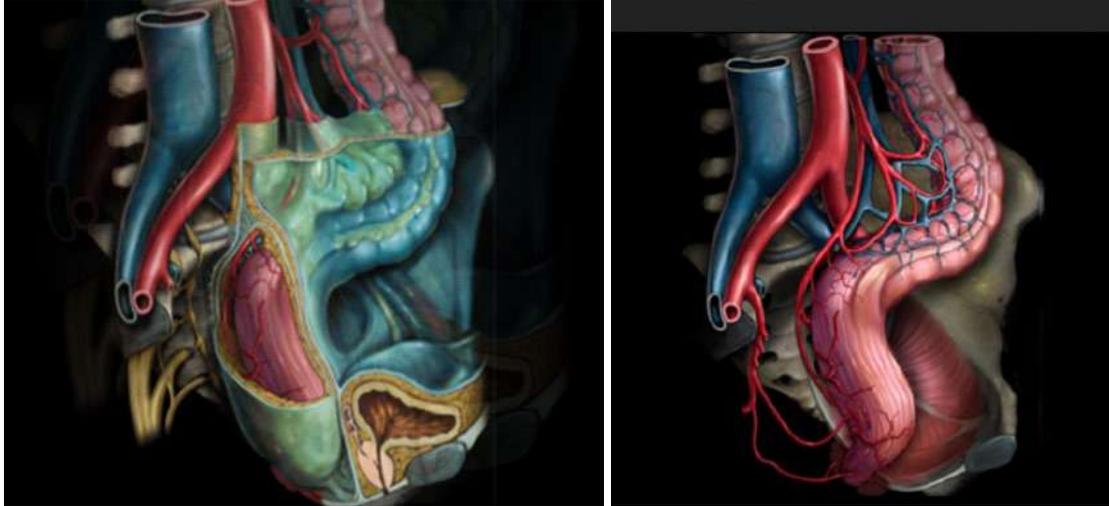
### POURQUOI INTERVENIR POUR ENLEVER TOUT OU PARTIE DU RECTUM

L'ablation de tout ou partie du rectum ou proctectomie s'adresse à des maladies bénignes (polypes, maladies inflammatoires, endométriose) et à des cancers. Le but de l'opération est d'enlever le segment de rectum malade. On décrit 2 types d'interventions : (1) les interventions conservatrices qui conservent le canal anal et le sphincter et qui préservent la fonction de continence et (2) les interventions non conservatrices qui suppriment le canal anal et le sphincter en plus du rectum et qui nécessitent la mise en place d'un anus artificiel définitif (colostomie définitive).

Les interventions conservatrices imposent une anastomose (suture) entre le colon et le rectum restant ou l'anus. Compte tenu du risque de fistule (fuite) au niveau de cette suture, le chirurgien met souvent en place une dérivation temporaire de l'intestin à la peau (iléostomie : abouchement de l'intestin grêle à la peau ou colostomie : abouchement du colon à la peau). Cette dérivation sera refermée quelques mois après l'intervention initiale, après vérification de l'étanchéité de l'anastomose et du bon fonctionnement du sphincter.

Les interventions non conservatrices (amputation abdomino-périnéale) impliquent une colostomie terminale (abouchement définitif de l'intestin à la peau, anus artificiel ou « poche »). Dans ce cas, une consultation auprès d'un(e) infirmier(e) spécialisé(e) (« stomathérapeute ») est recommandée pour informer le patient des principes et modalités de prise en charge de cet « anus artificiel », son appareillage, ses contraintes.

## SITUATION ANATOMIQUE ET ROLE DU RECTUM



(Ref Websurg®)

Le rectum est la portion finale du gros intestin. Le rectum mesure environ 15 cm de long, et est raccordé à l'anus. Le rectum est un réservoir qui contient les matières fécales. La présence de matières fécales produit la sensation de besoin. Dans le 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 ; et en arrière avec le sacrum (os du bassin) et des vaisseaux. Latéralement, le rectum est voisin avec les uretères (canaux allant du rein à la vessie). Enfin, le rectum est entouré de nerfs qui assurent sa fonction. C'est l'ensemble de ces contacts étroits qui détermine la difficulté de ces interventions et les conséquences fonctionnelles fréquentes.

## AVANT L'INTERVENTION

Le chirurgien et l'anesthésiste évalueront votre état de santé. Un bilan préopératoire validera l'indication chirurgicale (avec réalisation d'exams adaptés à votre pathologie : endoscopie, Scanner, IRM, échographie, PET Scanner ...). En cas de cancer, une RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) de cancérologie précisera les modalités éventuelles d'un traitement préalable à la chirurgie, (radiothérapie, chimiothérapie). Votre capacité à subir l'intervention (bilan anesthésique, cardiologique, pneumologique éventuel ...) sera évaluée. Une date d'intervention vous sera alors proposée.

## COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

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.

L'ablation de tout ou partie du rectum nécessite un accès à la cavité abdominale qui peut se faire par coelioscopie (caméra) ou par laparotomie (chirurgie ouverte). La coelioscopie ou laparoscopie réalise l'opération par des petites cicatrices, mais n'est pas toujours réalisable. L'opération peut être modifiée en cours de procédure et nécessiter une ouverture classique en laparotomie (conversion), ou être effectuée d'emblée par un tel abord. Les interventions d'ablation du rectum peuvent nécessiter un accès par le bas, en cas d'amputation pour enlever le canal anal, ou en cas de chirurgie conservatrice pour contrôler la marge de sécurité sous la tumeur et éventuellement réaliser la suture de l'intestin. Dans quelques indications, l'intervention peut être menée dans sa totalité par le bas.

Un drain est souvent mis en place dans la zone opératoire à la fin de l'opération.

Il peut arriver qu'une opération conservatrice ait été prévue, mais qu'en cours d'intervention, le chirurgien ne puisse pas conserver l'anus, et qu'il ait recours à une amputation avec colostomie définitive. Il s'agit en général de situations rares, « limites », qui ont été évoquées avec le patient.

L'amputation laisse une plaie au niveau du périnée qui est habituellement refermée, mais parfois laissée ouverte (par exemple en cas d'infection). La fermeture du périnée peut être simple ou nécessiter des gestes de chirurgie reconstructrice (lambeau). Dans tous les cas le périnée est une zone fragile et à risque de complication, surtout si le patient a bénéficié d'une radiothérapie préopératoire.

## QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

- Blessure des organes de voisinage

Les organes voisins du rectum sont les organes urinaires (uretères, vessie, urètre), génitaux (vésicules séminales, prostate, chez l'homme, ovaires, utérus, vagin chez la femme), les vaisseaux et les nerfs. Les organes de voisinage peuvent être lésés accidentellement en raison des difficultés chirurgicales, ou réséqués totalement ou partiellement pour pouvoir effectuer le geste chirurgical requis (ablation de la totalité d'un cancer ou d'une endométriose). D'autres organes sont exposés et peuvent être lésés lors de la mobilisation du colon (intestin, pancréas). Ces lésions sont favorisées par l'importance de la tumeur et par les modifications des tissus induits par une radiothérapie préopératoire éventuelle.

Les réparations digestives peuvent nécessiter une dérivation intestinale temporaire, les réparations urinaires peuvent nécessiter la mise en place de sondes (uretères, urètre) et parfois être à l'origine de procédures répétées.

- Hémorragie

Une hémorragie peut intervenir pendant l'intervention. Sa maîtrise peut amener le chirurgien à modifier le déroulement de l'opération pour réparer le vaisseau endommagé. Une transfusion peut être nécessaire.

- Complication nerveuse

Des lésions nerveuses peuvent survenir lors de la procédure chirurgicale avec des séquelles fonctionnelles. Des compressions nerveuses peuvent survenir en lien avec la position du patient pendant l'intervention. Une compression des nerfs peut entraîner une paralysie temporaire ou définitive de certains muscles. Ces lésions disparaissent en général, en quelques semaines, sans séquelle. Des examens de diagnostic (électromyogramme) et des séances de kinésithérapie peuvent être envisagées pour faciliter la récupération.

## QUELLES SONT LES SUITES DE L'INTERVENTION ?

La reprise de l'alimentation se fait rapidement, parfois le soir de l'intervention. La reprise du transit, gaz puis selles, intervient dans les jours post-opératoires.

Il n'y a habituellement pas de régime nécessaire après cette opération, mais une surveillance particulière en cas de présence d'iléostomie qui peut entraîner des pertes hydriques et ioniques importantes.

En cas de « stomie », l'équipe soignante et une stomathérapeute vous formeront et vous aideront à sa gestion quotidienne.

## QUELS SONT LES RISQUES AU DECOURS DE L'INTERVENTION ?

Les complications après chirurgie du rectum sont assez fréquentes compte-tenu de l'importance de l'opération et surviennent dans 30 % des cas.

- Occlusion intestinale

Une réalimentation est habituelle, avant les premiers signes de transit (gaz). Elle est associée à une mobilisation la plus précoce possible (lever). Toutefois, le transit intestinal peut avoir du mal à reprendre et être à l'origine de nausées ou de vomissements. 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 à l'estomac (sonde naso-gastrique). Cette aspiration peut durer jusqu'au redémarrage du transit intestinal. L'intestin peut aussi être « coincé » dans une adhérence ou une bride à l'intérieur de l'abdomen et contraindre le chirurgien à une opération pour le libérer.

- Fistule anastomotique

Il s'agit d'un défaut de cicatrisation de la suture intestinale. Elle survient habituellement entre le 5 et le 10<sup>ème</sup> jour post-opératoire, mais peut-être plus précoce ou plus tardive. Le risque est l'apparition d'une infection (abcès ou péritonite). Son traitement peut consister en un drainage, une antibiothérapie, un arrêt de l'alimentation, ou dans certain cas, à une nouvelle intervention. Dans les cas les plus sévères, un démontage de l'anastomose peut être nécessaire.

Le risque est particulièrement élevé en cas de radiothérapie préopératoire. La qualité de l'apport nutritionnel est déterminante pour la cicatrisation.

- Infection

Malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques administrés préventivement au début de l'opération, une infection peut survenir. Son traitement sera adapté à son type, superficiel ou profond et sa sévérité : antibiotiques, évacuation, ponction radiologique, chirurgie de drainage.

- 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 réintervention ou un geste sous contrôle radiologique pour les stopper.

- Complications de cicatrisation du périnée

Au décours d'une 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.

- Phlébite, embolie

Une phlébite, voire une embolie pulmonaire, sont des complications rares en raison de la prévention systématique qui est réalisée par un traitement anticoagulant préventif et l'utilisation de contentions veineuses (bas de contention).

- Complications des stomies

Diverses complications sont possibles, en général bénignes : irritations cutanées (brûlures) surtout en cas de dérivation de l'intestin grêle, sténose de l'orifice, occlusions, invaginations, prolapsus. Elles peuvent nécessiter des soins locaux, des adaptations d'appareillage, et parfois réintervention.

- Complications urinaires

Un retard à la reprise des mictions peut nécessiter de garder la sonde vésicale plusieurs jours. Une infection urinaire est possible.

## **QUELS SONT LES RISQUES À LONG TERME ?**

Ce sont des séquelles fonctionnelles parfois invalidantes.

- 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 affecté par ce type de trouble

(« syndrome de la résection rectale »). L'évolution est une amélioration progressive sur une période de douze mois. La rééducation anorectale ainsi que d'autres techniques peuvent avoir un impact favorable, de même que des adaptations du régime alimentaire.

- Complications du périnée

La cicatrice du périnée peut poser des problèmes de stabilité pouvant se traduire par une hernie.

- Troubles urinaires

Des troubles d'évacuation des urines plus prolongés peuvent nécessiter une consultation avec un urologue et un traitement médicamenteux. Une plaie opératoire de l'urètre peut nécessiter des réinterventions itératives.

- Sexuelles

Les séquelles sexuelles après chirurgie du rectum peuvent affecter les hommes comme les femmes. Elles sont liées à la section de nerfs du pelvis au contact du rectum participants à la fonction sexuelle. Elles sont favorisées par la radiothérapie et les situations difficiles. Chez l'homme, on observe des troubles de l'éjaculation ou de l'érection. Des traitements peuvent restaurer les troubles de l'érection. Chez la femme, on observe des troubles de lubrification, des douleurs. Des traitements peuvent améliorer ces troubles.

Après votre retour au domicile, la survenue de certains signes que vous jugez anormaux doivent vous conduire à contacter votre chirurgien sans attendre la consultation postopératoire : essoufflement, douleurs abdominales aiguës ou intenses, fièvre, douleurs sur les cicatrices, vomissements, absence de transit).

---

## QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR UNE INTERVENTION

- Pourquoi doit-on opérer ?
- Puis-je attendre avant de me faire opérer ?
- Y a-t-il d'autres solutions que la chirurgie ?
- Que se passe-t-il si on n'opère pas ?
- Combien de temps dure l'intervention ? Et l'hospitalisation ?
- Quels sont les risques si on opère ?
- Me recommandez-vous de prendre un autre avis ?

## EN COMPLÉMENT

Algorithme thérapeutique de traitement des cancers du rectum (HAS et AFC 2005)

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/cancer\\_du\\_rectum\\_2005\\_algorithme.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/cancer_du_rectum_2005_algorithme.pdf)

Les informations concernant les choix des thérapeutiques du cancer du rectum sont disponibles sur les recommandations de la HAS (Juillet 2006).

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272497/fr/choix-des-therapeutiques-du-cancer-du-rectum](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272497/fr/choix-des-therapeutiques-du-cancer-du-rectum)

---

Date de remise du document :

Date de la signature :

Signature du patient :

***Attention : si vous ne retournez pas à votre chirurgien ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra pas être pratiquée.***