

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

CHIRURGIE D'ABLATION PARTIELLE OU TOTALE DU CÔLON

➤ PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° RPPS :

➤ PATIENT

Nom :

Prénom :

LES INTERVENTIONS D'ABLATION DU CÔLON

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.

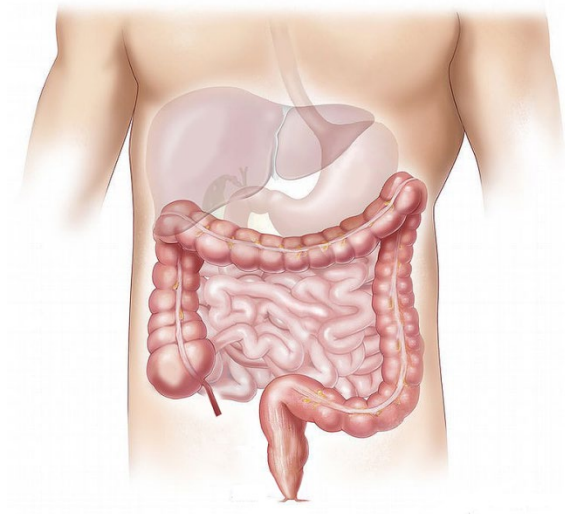
POURQUOI INTERVENIR POUR ENLEVER TOUT OU PARTIE DU CÔLON

L'ablation de tout ou partie du côlon, côlon droit, côlon transverse, côlon gauche ou colectomie totale, s'adresse à des maladies bénignes (polypes, maladies inflammatoires (MICI, maladie de Crohn, rectocolite ulcérohémorragique, diverticules) et à des cancers. Le but de l'opération est d'enlever le segment de côlon malade.

Dans la plupart des cas, il est possible, au décours de l'ablation de tout ou partie du côlon, de rétablir la continuité de l'intestin en réalisant une suture / anastomose de la partie proximale à la partie distale de l'intestin.

Dans certaines circonstances, le chirurgien sera amené à mettre en place un anus artificiel le plus souvent temporaire (colostomie ou iléostomie de dérivation).

SITUATION ANATOMIQUE ET ROLE DU CÔLON



(Ref Pixabay®)

Le côlon (aussi appelé gros intestin) est la partie de l'intestin qui débute après la partie terminale de l'intestin grêle (petit intestin), et qui se termine par sa jonction au niveau du rectum. On décrit classiquement un côlon ascendant, ou côlon droit, un angle colique droit, un côlon transverse, un angle colique gauche, un côlon gauche ou côlon descendant, une boucle sigmoïdienne constituant la partie terminale du côlon avant son abouchement dans le rectum.

Les risques de la chirurgie du côlon sont en lien avec le risque d'atteinte des organes avoisinants, mais également à la qualité de la vascularisation de l'intestin qui peut être précaire ou atypique pouvant amener le chirurgien à modifier son geste chirurgical en cours d'intervention. Il existe un risque particulier d'infection lié au contenu bactérien du côlon en lien avec les matières fécales.

AVANT L'INTERVENTION

Le chirurgien et l'anesthésiste évalueront votre état de santé. Un bilan préopératoire validera l'indication chirurgicale (avec réalisation d'examens adaptés à votre pathologie : endoscopie, Scanner, IRM...). 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 côlon 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. En cas d'ablation de la partie terminale du côlon, le rétablissement de la continuité digestive nécessite le plus souvent un accès par le bas (par l'anus) pour introduire une agrafeuse circulaire utilisée pour réunir les deux extrémités de l'intestin.

L'ablation du côlon droit entraîne toujours l'ablation de l'appendice qui y est attaché.

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

QUELS SONT LES RISQUES DE L'INTERVENTION ?

- Blessure des organes de voisinage

Le côlon dans ses différents segments se retrouve dans tous les quadrants de l'abdomen. Tous les organes de l'abdomen peuvent constituer un « organe de voisinage » lors d'une chirurgie du côlon. Les organes voisins du côlon dans le pelvis sont des organes urinaires (uretères, vessie), des organes gynécologiques chez la femme (ovaires, utérus, vagin), des vaisseaux et des nerfs. À la partie supérieure de l'abdomen, le côlon est à proximité de la vésicule biliaire, du foie, de l'estomac, de la rate et du pancréas. Une chirurgie portant sur la partie appelée angle gauche du côlon expose plus spécifiquement à une blessure de la rate ou du pancréas. 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). D'autres organes sont exposés et peuvent être lésés lors de la mobilisation du côlon (intestin, ...). Ces lésions sont favorisées par l'importance de la tumeur ou par des conditions anatomiques complexes, telles qu'une inflammation en présence d'une maladie diverticulaire ou d'une MICI (maladie inflammatoire du côlon et de l'intestin), chez un patient ayant des antécédents chirurgicaux, ou un surpoids.

Les blessures digestives peuvent nécessiter une dérivation intestinale temporaire (stomie). 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, surtout si vous êtes dans un parcours de réhabilitation accélérée après chirurgie. 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'une « stomie » 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 DÉCOURS DE L'INTERVENTION ?

Les complications après chirurgie du côlon sont peu fréquentes mais peuvent avoir des conséquences importantes :

- 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^{ème} jour post-opératoire, mais peut-être plus précoce ou plus tardive. Sa fréquence de survenue est de 3 à 10%. 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 avec mise en place d'une stomie temporaire.

- 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 ré-intervention ou un geste sous contrôle radiologique pour les stopper.

- Phlébite, embolie

Une phlébite, définie par l'apparition d'un caillot dans une veine profonde, voire une embolie pulmonaire définie par la migration d'un tel caillot dans les poumons, 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

Si la mise en place d'une stomie est requise par l'intervention, 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 des réinterventions.

- 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 d'un segment du tube digestif peut altérer le transit intestinal, en l'accéléralant le plus souvent, mais parfois également en le ralentissant. L'évolution est une amélioration progressive sur une période de douze mois, mais des troubles fonctionnels peuvent rester permanents.

- Sexuelles

Les séquelles sexuelles après chirurgie du côlon peuvent affecter les hommes comme les femmes. Elles surviennent plus fréquemment après chirurgie du côlon gauche pour un cancer et sont liées à l'atteinte de certains nerfs au contact des artères qui doivent être sectionnées pour procéder à une résection complète du cancer.

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 ?

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.