

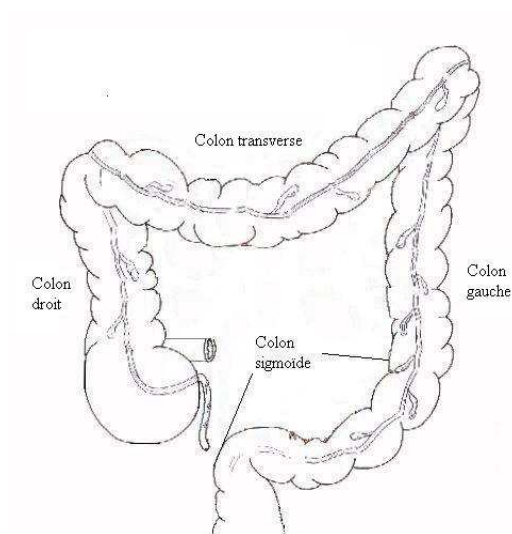
CHIRURGIE DU COLON

Dr Lionel Charbit

Madame, Monsieur,

Cette brochure est destinée à répondre à la plupart des questions que vous vous posez, si vous devez être opéré d'un polype ou cancer du côlon. Elle ne saurait être exhaustive, ni normative. C'est un complément d'informations, qui n'aborde que des principes généraux, sans traiter du cas particulier, lequel a été discuté avec votre chirurgien lors de la consultation.

DE QUOI S'AGIT-IL ?



Vue du côlon de face

Le **côlon**, ou gros intestin, est divisé en trois parties, droite, transverse et gauche. Le sigmoïde constitue la partie terminale du colon gauche, qui se continue par le rectum. La paroi du côlon est formée de différentes tuniques, muqueuse, musculuse et séreuse (fine membrane de péritoine à sa surface).

La fonction essentielle du côlon est de réabsorber l'eau et les électrolytes, ce qui a pour conséquences d'épaissir les selles tout au long de leur progression dans cette partie terminale du tube digestif. Les bactéries y sont très nombreuses et participent à la digestion, en produisant des gaz.

DIFFERENTES MALADIES DU COLON

Des lésions bénignes (**polype(s)** et/ou **diverticules**) ou malignes (**cancer**) peuvent s'y développer, et justifier une exérèse de tout ou partie du côlon (colectomie).

Ces lésions peuvent être asymptomatiques, découvertes de façon fortuite par une coloscopie, ou donner des symptômes, tels que des troubles du transit, et au maximum une occlusion, voire saigner abondamment ou se perforer dans de rares cas.

L'OPERATION

L'opération se fait sous anesthésie générale, par laparotomie (« voie ouverte ») ou laparoscopie (à l'aide d'une caméra et d'instruments longs). Le choix de la voie d'abord dépend de la conformation du patient, du type de maladie et de son évolution. En dehors de l'urgence, les interventions les plus fréquentes sont l'**hémicolectomie** droite et gauche, c'est-à-dire la résection de la moitié droite ou gauche du côlon. L'exérèse des ganglions lymphatiques est réalisée dans le même temps opératoire.

Les extrémités d'intestin sont ensuite recousues manuellement ou à l'aide d'une pince à agrafage mécanique. Cette **suture** n'est pas une "soudure", mais elle met simplement en contact des tissus vivants afin qu'ils cicatrisent.

En urgence, l'intervention peut conduire à la réalisation d'une **colostomie** temporaire (encore appelée « anus artificiel ») par une petite incision, suivie d'une seconde intervention quelques jours ou semaines plus tard pour pratiquer l'exérèse du segment colique malade.

Parfois, la maladie impose de réséquer la totalité du côlon ou de pratiquer une colostomie définitive.

COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

Elles ne sauraient être résumées en quelques lignes. Elles sont rares, fonction de l'âge, des maladies associées et de la forme compliquée ou non de la maladie colique.

Le risque majeur du rétablissement colique après résection est la **fistule anastomotique**, autrement dit la fuite de matières à travers tout ou partie de la suture colique (suture non étanche), que cette dernière ait été effectuée à la main ou à l'aide d'une pince, par laparoscopie ou après une incision médiane. Il s'agit d'une **péritonite post-opératoire**, qui impose une **réintervention** en urgence et parfois la confection d'une **colostomie** (anus artificiel) temporaire. Ce risque est compris entre 1 et 3%.

Potentiellement contaminante, du fait des bactéries contenues dans la lumière du tube digestif, la chirurgie colique expose aussi au risque d'abcès survenant sur la cicatrice abdominale (sous la peau). Il s'agit d'une complication bénigne mais fréquente, qui concerne 3 à 5% des opérés.

Les autres risques sont inhérents à tout acte de chirurgie abdominale (hémorragie, infection, atteinte d'un autre organe abdominal), à l'anesthésie générale, ou spécifique de la laparoscopie, comme l'exceptionnelle embolie gazeuse (passage de gaz dans la circulation). Les suites opératoires (infection et embolie pulmonaire, infarctus, infection urinaire, etc.) dépendent également des maladies chroniques du patient (maladie cardiaque ou pulmonaire, diabète, etc.).

Cette liste n'est pas exhaustive et le chirurgien répondra de façon spécifique à toutes vos questions.

EN PRATIQUE

Vous entrez à l'hôpital la veille de l'opération. Des anticoagulants sont prescrits pour réduire le risque de phlébite et/ou d'embolie pulmonaire. Le traitement contre la douleur postopératoire est systématique. L'alimentation n'est autorisée qu'après la reprise du transit (émission de gaz ou de selles). Pendant cette période, les besoins en eau et en calories seront assurés par une perfusion veineuse. En général, la sortie a lieu entre le 5^{ème} et 10^{ème} jour post-opératoire.

Eviter le port de charges lourdes et les sports violents pendant 8 semaines.

Alertez votre médecin si vous constatez : sécrétion purulente au niveau des incisions ou rougeur locale, fièvre, douleurs très intenses non calmées par les antalgiques usuels ou distension de l'abdomen avec arrêt du transit (arrêt des gaz).

Toutes les ordonnances vous seront remises avant votre sortie, ainsi qu'un rendez-vous de consultation à 1 mois.

N'hésitez pas à poser toutes les questions à votre chirurgien, qui y répondra de façon spécifique, en tenant compte de votre cas particulier.