

## FICHE D'INFORMATION PATIENT

### CHIRURGIE DU COLON ou COLECTOMIE

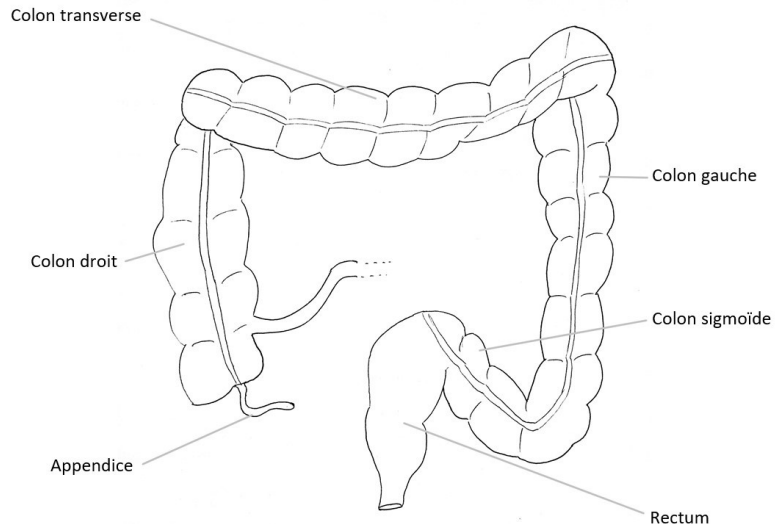
#### Qu'est-ce que c'est ?

Le colon, appelé aussi gros intestin, est la portion du tube digestif qui suit l'intestin grêle. On peut y distinguer trois parties : le colon droit, le colon transverse et le colon gauche.

La toute dernière portion du colon gauche est appelée colon sigmoïde. L'intestin se poursuit après le colon sigmoïde par le rectum.

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.



#### Comment se déroule l'opération ?

Cette intervention peut se faire soit par coelioscopie soit par ouverture du ventre. 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 (conversion en laparotomie).

L'opération débute par l'identification de la zone malade par le chirurgien puis par son 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. 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).

# CHIRURGIE DU COLON ou COLECTOMIE

## 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 postopératoires. 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.

## 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 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.

## Risques après l'intervention

- **Iléus intestinal** : 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). 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 nasogastrique. Cette aspiration peut durer jusqu'au redémarrage de l'intestin.

- **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.

- **Phlébite, embolie** : malgré les précautions prises (bas de contention, piqûres d'anticoagulants...) une phlébite peut survenir car l'immobilisation et certaines chirurgies et maladies favorisent leur apparition.

Source : <https://www.chirurgie-viscerale.org/patient/fiches-dinformation>