

FICHE D'INFORMATION PATIENT

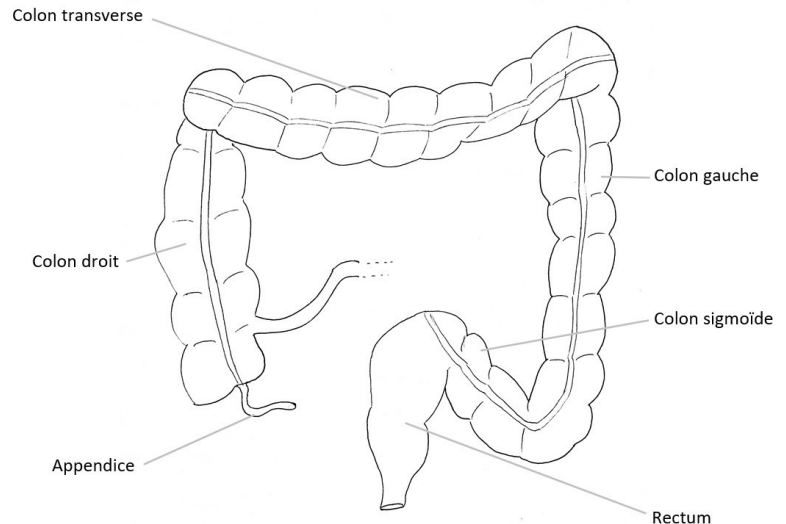
CHIRURGIE DU RECTUM

Qu'est-ce que c'est ?

La toute dernière portion du colon, aussi appelé gros intestin, est appelée colon sigmoïde. L'intestin se poursuit après le colon sigmoïde par le rectum.

L'ablation du rectum peut être réalisée en totalité (proctectomie) ou en partie mais toujours accompagnée de la résection du colon sigmoïde en amont.

Ce type d'interventions s'adresse parfois à des maladies bénignes (polypes, maladies inflammatoires, endométriose) et souvent à des cancers.



Comment se déroule l'opération ?

Cette intervention peut se faire soit par cœlioscopie soit par ouverture du ventre. La cœlioscopie, qui peut être associée à la technologie robotique, 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).

On oppose 2 types d'interventions :

- **les interventions conservatrices** qui conservent le canal anal et le sphincter et qui préservent la fonction de continence. Il est donc réalisé une « couture » appelée anastomose entre le colon et le rectum restant. Une dérivation temporaire du transit est effectuée avec l'abouchement de l'intestin grêle à la peau (iléostomie) pour éviter un défaut de cicatrisation de l'anastomose (appelé fistule).
- **les interventions non conservatrices** qui suppriment le canal anal et le sphincter en plus du rectum et qui se terminent par un anus artificiel définitif (colostomie définitive).

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 postopératoires par la stomie. 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 rectum sont urinaires (uretère, vessie) et vasculaires. 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 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 certains cas il peut aussi être nécessaire de réopérer pour effectuer un nettoyage et un drainage.

- **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. Selon 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.

- **Complications périnéales** : dans les cas d'amputation abdomino-périnéale, une reconstruction du périnée par des lambeaux cutanés est réalisée pendant l'intervention. Il peut arriver que les cicatrices à ce niveau se désunissent et nécessitent des soins spécifiques au long cours.

- **Complications des stomies** : le transit peut provoquer des brûlures cutanées. Le tube digestif peut s'extérioriser de manière excessive. Au contraire il peut être invaginé rendant la fixation de la poche de recueil difficile. Systématiquement, chaque patient est accompagné en post-opératoire par une infirmière dédiée à la prise en charge des stomies que l'on appelle la stomathérapeute.

- **Séquelles sexuelles** : les séquelles sexuelles après chirurgie du rectum peuvent affecter les hommes comme les femmes. Elles sont plus fréquentes en cas d'amputation. Elles sont favorisées par la radiothérapie et les situations difficiles. Chez l'homme, elles consistent en des troubles soit de l'éjaculation soit de l'érection. Des traitements peuvent restaurer les troubles de l'érection. Chez la femme, elles consistent en des troubles de lubrification, des douleurs. Des traitements peuvent améliorer ces troubles.