

Pôle ONCOCHIRURGIE DIGESTIVE, UROLOGIE, GASTRO-ENTEROLOGIE, ORL et STOMATOLOGIE

Chirurgie viscérale et digestive

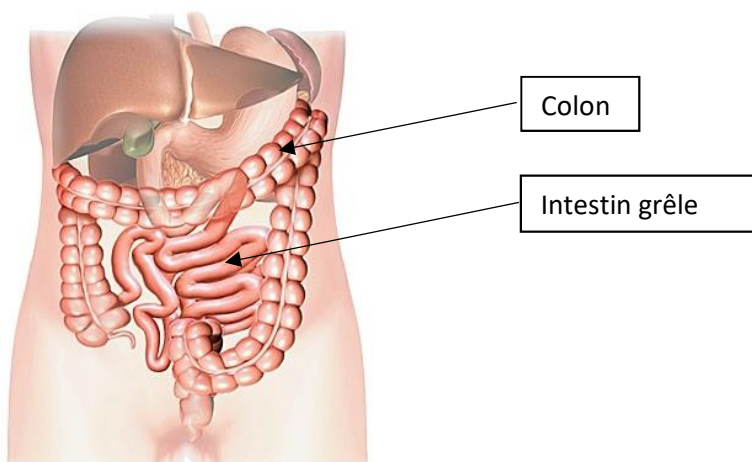
Chirurgie oncologique, endocrinienne et bariatrique

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

POURQUOI INTERVENIR SUR L'INTESTIN GRELE ?

L'intestin grêle est le « petit intestin » car il est de plus petit calibre que le colon. Il sert à assimiler les aliments. Il est indispensable mais on en est pourvu d'une grande longueur (environ 4/5 mètres) et donc on peut en retirer une partie sans mettre en jeu la vie du patient.



COMMENT SE DERoule L'INTERVENTION ?

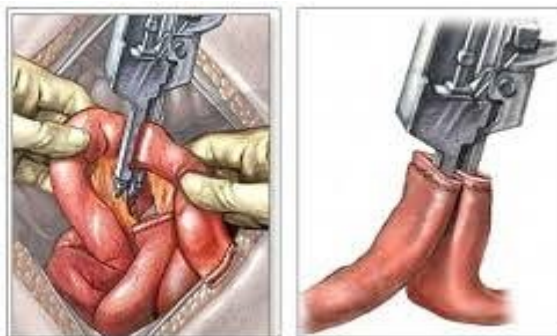
Le but de l'intervention est de vous retirer une partie de cet intestin car il est atteint d'une maladie bénigne (polype, rétrécissement, maladie inflammatoire) ou maligne que seule la chirurgie peut traiter à ce moment-là de l'évolution.

La résection de l'intestin grêle est réalisée sous anesthésie générale dont les modalités vous seront précisées en consultation pré anesthésique.

Les techniques opératoires :

- par voie coelioscopique (à l'aide d'une caméra et de 3 à 4 petites incisions de la peau) sauf contre-indication à l'utilisation de cette technique

- par laparotomie (ouverture de l'abdomen). Cette technique d'intervention peut être prévue avant l'intervention ou décider par le chirurgien en cours d'opération devant l'apparition de difficulté technique.



Après avoir retiré le morceau d'intestin il faut rétablir la continuité de celui-ci en cousant ou en agrafant les deux extrémités (anastomose). Parfois dans de rares cas souvent en cas de difficultés opératoires le chirurgien décidera de ne pas rétablir la continuité et de dériver les selles par un anus artificiel (poche) pendant quelques semaines.

QUELLES SONT LES SUITES HABITUELLES ?

En post-opératoire, vous pourrez progressivement reprendre l'alimentation avec la reprise du transit.

A distance de l'intervention et en fonction de la quantité et de l'emplacement du morceau d'intestin grêle qui va être retiré certaines fonctions peuvent être modifiées. On ne peut en laisser moins de 1m, voir 50 cm dans certains cas.

- Le **transit** peut être accéléré (le bol alimentaire va plus vite avec des selles plus fréquentes et plus liquides).
- Le pouvoir d'**absorption des aliments** peut être diminué et obliger à une surveillance biologique voir à une supplémentation en vitamines et oligo éléments si nécessaire

QUELS SONT LES RISQUES EN RAPPORT AVEC L'INTERVENTION ?

- La fistule anastomotique (fuite de liquide digestif au niveau de la suture intestinale) qui nécessite toujours une reprise chirurgicale avec la confection de poche temporaire
- Le saignement par lésion des vaisseaux
- De petits hématomes, des abcès au niveau des cicatrices peuvent survenir et nécessiter des soins locaux (pansement)
- Une occlusion intestinale peut parfois survenir ce qui nécessite la mise en place d'une sonde dans l'estomac par le nez pour aspirer le contenu de celui-ci afin de permettre la reprise du transit.
- 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).

Suivi post opératoire : après votre retour au domicile la survenue de certains signes doivent vous conduire à contacter votre chirurgien sans attendre la consultation postopératoire: essoufflement, douleurs abdominales aiguës ou intenses, fièvre, trouble du transit.

A la sortie, une prescription vous sera remise avec un arrêt de travail, des antalgiques et une ordonnance d'ablation de fils.