

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

Chirurgie viscérale et digestive

Chirurgie oncologique, endocrinienne et bariatrique

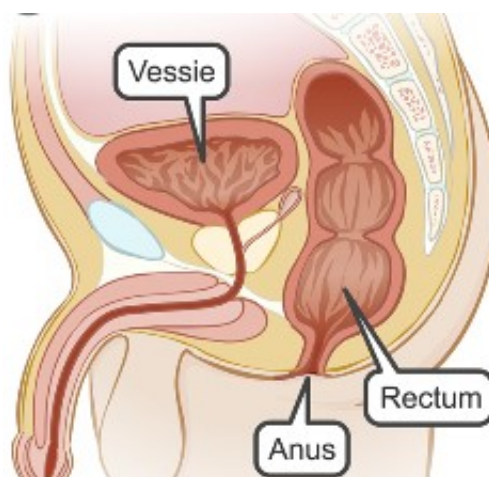
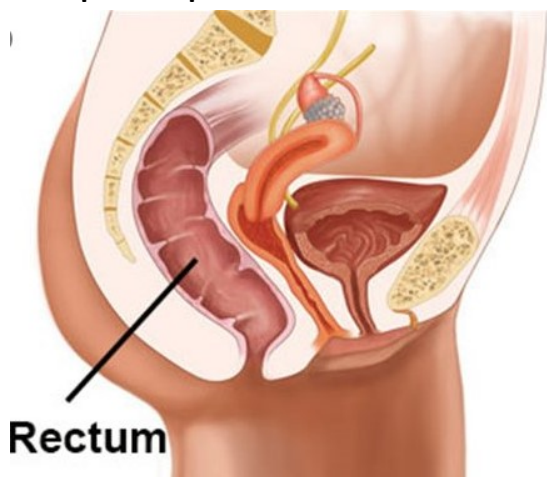
Madame, Mademoiselle, Monsieur,

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.

OU EST SITUE LE RECTUM ? QUEL EST SON ROLE ?

Le rectum est la portion finale du gros intestin. Le rectum mesure environ 15 à 20 cm de long, est situé en arrière dans le bassin et est raccordé à l'anus. Dans sa traversée du bassin, le rectum est en contact en avant avec l'utérus et le vagin chez la femme, avec la vessie, les vésicules séminales et la prostate et l'urètre chez l'homme. En arrière avec le sacrum (os du bassin) et des vaisseaux du petit bassin. Latéralement, le rectum est voisin avec les uretères (canaux allant du rein à la vessie).

Le rôle du rectum est d'être un **réservoir** qui contient les matières fécales qui y arrivent. Lors de l'arrivée de matières fécales dans le rectum se produit la sensation de besoin. Grâce à sa capacité de stocker les matières, il permet d'attendre, en coordination avec le sphincter de l'anus que l'on décide d'aller aux toilettes. **C'est l'ensemble de ces contacts étroits qui détermine la relative difficulté de ces interventions et les conséquences possibles sur les fonctions.**



BUT DE L'INTERVENTION ?

L'ablation de tout ou partie du rectum ou proctectomie s'adresse parfois à des maladies bénignes (polypes, maladies inflammatoires, endométriose) et souvent à des cancers. Le but de l'opération est d'enlever le segment de rectum malade (la plupart du temps avec la partie la plus distale du colon) en préservant ce qui peut être préservé plus bas.

QUELS SONT LES RISQUES EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT ?

- Aggravation majeure
- Hémorragies abondantes
- Occlusion intestinale
- Douleurs non calmés par les antidouleurs
- Métastases dans les organes voisins : foie, poumons, ...

QUELLES SONT LES PARTICULARITES DE VOTRE INTERVENTION ?

Votre est lésion est proche du sphincter et nécessitera une exérèse partielle ou complète de celui-ci.

2 types d'interventions sont possibles :

PROCTECTOMIE AVEC RESECTION INTERSPHINCTERIEUNE :

Elle consiste à enlever tout le rectum le sphincter interne plus ou moins complètement et conserve le sphincter externe. Elle se termine par une anastomose entre le colon et l'anus.

Pour prévenir les complications sur l'anastomose (fistule = défaut de cicatrisation entre les 2 segments intestinaux raccordés), une dérivation temporaire (en amont de l'anastomose) est souvent recommandée (iléostomie : abouchement de l'intestin grêle à la peau ou colostomie : abouchement du colon à la peau). Cette dérivation sera refermée environ 2 à 3 mois (parfois un peu plus) après l'intervention initiale, après vérification de l'étanchéité de l'anastomose.

PROCTECTOMIE NON CONSERVATRICE APPELÉE AUSSI « AMPUTATION ABDOMINOPÉRINÉALE » :

Elle consiste à enlever en plus du rectum le canal anal et l'appareil sphinctérien et se termine par un anus artificiel (« poche ») colique définitif (ou colostomie iliaque gauche)

COMMENT SE DEROULE L'INTERVENTION ?

Les interventions d'ablation du rectum nécessitent **un accès à la cavité abdominale (par « en haut »)**. Cet accès peut se faire soit par coelioscopie soit par laparotomie (chirurgie ouverte).

Ces interventions nécessitent un double accès, l'un par le ventre, et l'autre par le périnée. Elles laissent une plaie au niveau du périnée. En cas d'amputation abdomino-périnéale, cette plaie est souvent refermée, mais parfois laissée ouverte (en cas de risque d'infection important). La fermeture du périnée peut être simple ou nécessiter des gestes de chirurgie reconstructrice (lambeau). Dans tous les cas, le périnée est une zone fragile et à risque de complication.

Un drain est souvent mis en place dans la zone opératoire à la fin de l'opération, extériorisé dans le flanc.

QUELS SONT LES RISQUES EN RAPPORT AVEC L'INTERVENTION ?

• Risques pendant l'opération

Blessure des organes de voisinage : Les organes voisins du rectum sont urinaires (uretère, vessie, urètre), génitaux (vésicules séminales, prostate, ovaires, utérus, vagin), vasculaires. D'autres organes sont exposés de par la mobilisation du colon nécessaire à l'anastomose (intestin, pancréas). Ces lésions sont souvent favorisées par l'importance de la tumeur mais aussi par les modifications des tissus provoqués par la radiothérapie pré-opératoire si elle a été nécessaire, voire les deux. 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. Elles peuvent nécessiter aussi un maintien prolongé de la sonde vésicale.

Hémorragie : 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. Des examens de diagnostic (électromyogramme) et des séances de kinésithérapie peuvent être envisagées pour évaluer et faciliter la récupération.

- **Risques après l'intervention**

Risque à court terme :

Les complications après chirurgie du rectum sont assez fréquentes compte-tenu de l'importance de l'opération. Elles concernent un patient sur trois. Elles sont la ponction radiologique, chirurgie de drainage.

Complications du périnée : Dans les cas d'amputation abdominopérinéale il existe un risque d'infection et de désunion de la plaie périnéale qui peuvent nécessiter des soins prolongés. Divers types de soins pro-cicatrisants existent. Plus d'un patient sur deux a des difficultés de cicatrisation périnéale de degré variable. La qualité de l'apport nutritionnel est déterminante dans ces situations.

Fistule colo-anales : Dans les cas de résection inter sphinctérienne, malgré la stomie de protection, les fistules restent possibles mais peuvent le plus souvent être traitées par antibiothérapie ou drainage radiologique. Une reprise chirurgicale est parfois nécessaire.

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 : Malgré les précautions prises : bas de contention, piqûres d'anti-coagulants... une phlébite voire une embolie peuvent survenir, nécessitant un traitement anticoagulant prolongé

Complications des stomies : Diverses complications sont possibles, en général bénignes : Lésions cutanées (brûlures) surtout en cas de dérivation sur l'intestin grêle, occlusions, invaginations, prolapsus. Ces complications sont d'autant moins fréquentes que les patients ont été pris en charge par un(e) infirmier(e) spécialisé(e) (stomathérapeute). Elles peuvent nécessiter des soins et rarement une ré-intervention.

Complications urinaires : Un retard à la reprise des mictions peut nécessiter de garder la sonde vésicale plusieurs jours. Une infection urinaire est possible.

Risque à long terme – séquelles :

Digestives : La perte du réservoir rectal peut-être responsable de troubles digestifs plus ou moins gênant : selles fréquentes et impérieuses, faux besoins, fuites mineures ou majeures. Un patient sur deux est significativement affecté au départ par ce type de trouble (« syndrome de la résection rectale »). L'évolution est une amélioration progressive sur une période d'au moins douze mois.

Complications du périnée : La cicatrice du périnée peut poser des problèmes de stabilité pouvant se traduire par une hernie en général peu gênante. La nécessité de réopérer est rare.

Urinaires : Des troubles d'évacuation des urines plus prolongés peuvent nécessiter une consultation avec un urologue et un traitement médicamenteux.

Sexuelles : Les séquelles sexuelles après chirurgie du rectum peuvent affecter surtout les hommes. 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.