

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

Chirurgie viscérale et digestive

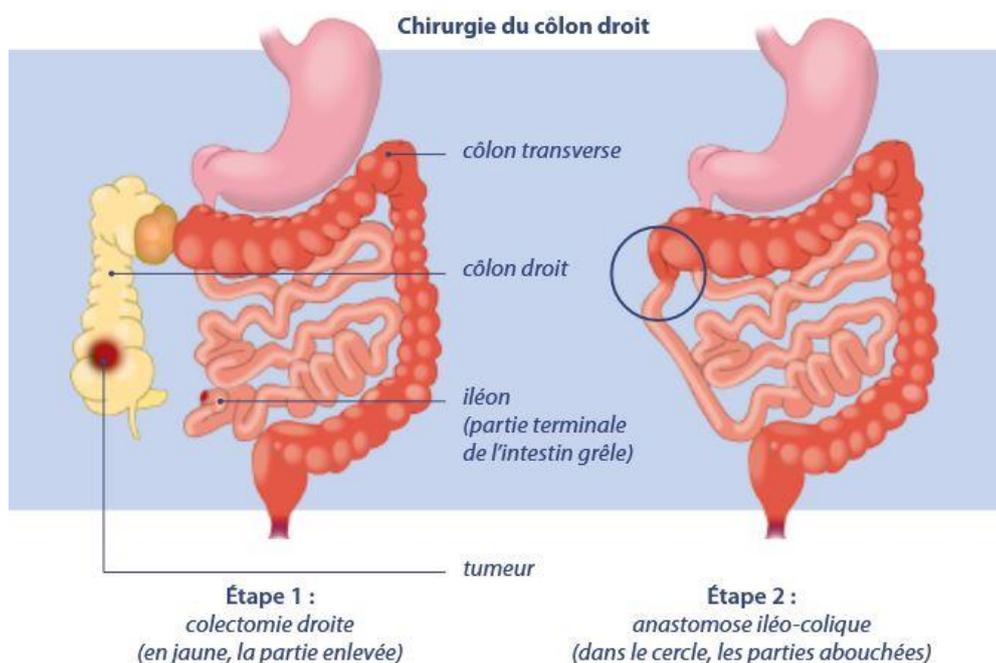
Chirurgie cancérologique, endocrinienne et bariatrique

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.

ANATOMIE

Le colon est la partie de l'intestin appelé « gros intestin » qui suit l'intestin grêle. La première portion du colon se situe du côté droit (colon droit) puis le colon traverse l'abdomen de la droite vers la gauche (colon transverse), redescend vers le bas à la partie gauche de l'abdomen (colon gauche) avant de se terminer par une boucle colique (colon sigmoïde) qui est en continuité avec la portion terminale de l'intestin, le rectum.



A QUOI SERT LE COLON ?

Le côlon a pour rôle principal de réabsorber l'eau et les sels des selles venant du petit intestin et ensuite d'évacuer les selles de consistance solide dans le rectum.

QUEL EST LE BUT DE LA CHIRURGIE ?

La résection de nombreuses affections bénignes (polypes, sigmoïdites) ou malignes (cancer).

QUELS SONT LES RISQUES EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT ?

- Aggravation majeure
- Hémorragies abondantes
- Occlusion intestinale
- Evolution de la tumeur bénigne en tumeur maligne
- Métastases dans les organes voisins : foie, poumons, ...

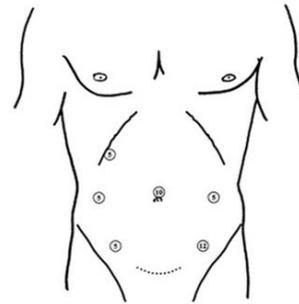
Le traitement par médicament ou par régime ne pourrait permettre aucune amélioration durable

COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

L'intervention prévue est toujours pratiquée sous anesthésie générale. Vous allez bientôt voir l'anesthésiste qui vous précisera les modalités et les risques du procédé. N'hésitez pas à lui poser toutes les questions que vous avez à ce sujet.

Chirurgie coelioscopique : La coelioscopie ou laparoscopie est une technique opératoire permettant de réaliser une intervention à l'intérieur du ventre sans que soit nécessaire de pratiquer de larges incisions.

En cas de difficultés, le chirurgien peut être amené à arrêter la coelioscopie pour réaliser une intervention classique avec une ouverture (conversion en laparotomie).



Chirurgie classique : Incision de l'abdomen pratiquée le long de la ligne médiane, ou sur une ligne transversale de droite à gauche.

Le rétablissement de la continuité digestive, appelé anastomose, peut être fait manuellement ou à l'aide de pinces mécaniques. Une dérivation temporaire (anus artificiel : iléostomie ou colostomie) peut parfois être nécessaire, en particulier lors d'une intervention réalisée en urgence (occlusion, ou péritonite par perforation), ou lors d'anastomose à risque plus élevé de fistule.

QUELLES SONT LES 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 post-opératoires.

Une fois le transit repris il n'y a habituellement pas de régime nécessaire après cette opération. Il est contre-indiqué de pratiquer du sport ou des efforts physiques importants pendant le mois qui suit l'intervention.

Les suites opératoires sont simples dans la majorité des cas. La reprise du transit est précoce (2- 3 jours post opératoire) permettant une alimentation orale. La durée d'hospitalisation est de 3 à 8 jours.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Aucune intervention n'est complètement dénuée de risques.

- **Complications pendant l'intervention**

Blessure des organes proches du site opératoire : digestifs (intestin) ou urinaires (uretère). Leur blessure accidentelle peut-être favorisée par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelle. Dans de rares cas une dérivation intestinale temporaire (anus artificiel pendant quelques semaines) ou la mise en place d'une sonde urétérale peut-être nécessaire.

Hémorragie : une hémorragie peut survenir, habituellement rapidement jugulée, mais pouvant nécessiter une transfusion sanguine ou de dérivés sanguins.

Compression nerveuse : L'équipe (chirurgicale et d'anesthésie) est attentive au bon positionnement des membres pour éviter toute compression des nerfs ou des parties molles au cours de l'intervention. Les lésions disparaissent en général, spontanément en quelques semaines, sans séquelle et il est très rare que persistent des sensations d'engourdissements ou de fourmillements. Cela s'applique également aux lésions cutanées dues aux désinfectants, aux champs opératoires souvent garnis d'autocollant, ou au courant électrique.

- **Complications après l'intervention**

Fistule anastomotique (environ 5 %). Elle survient habituellement vers le 4- 5ème jour. L'absence de cicatrisation au niveau de l'anastomose expose à un risque d'abcès et de péritonite et peut nécessiter un drainage, une ré intervention et la confection d'un anus artificiel temporaire (iléostomie) avec comme corollaire un allongement de la durée d'hospitalisation.

Saignements : Ils peuvent être à l'origine d'hématomes ou d'hémorragies secondaires pouvant imposer une ré intervention et/ou une transfusion.

Infections : malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques, une infection du site opératoire peut survenir. Elles sont traitées le plus souvent par évacuation simple, puis suivi des pansements jusqu'à cicatrisation.

Occlusion intestinale : elle est possible dans les suites de toute intervention abdominale et peut nécessiter la pose d'une sonde naso-gastrique prolongée et/ou une ré intervention, s'il existe une adhérence ou une torsion de l'intestin sur lui-même.

- **Complications générales**

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).