

Cabinet des Drs. Francois et Toursel  
Clinique de Flandre,  
Unité de Chirurgie Générale, Digestive et Bariatrique  
300, Rue Des Forts  
59210 Coudekerque  
Tél : 03 28 21 12 34

## La Colectomie

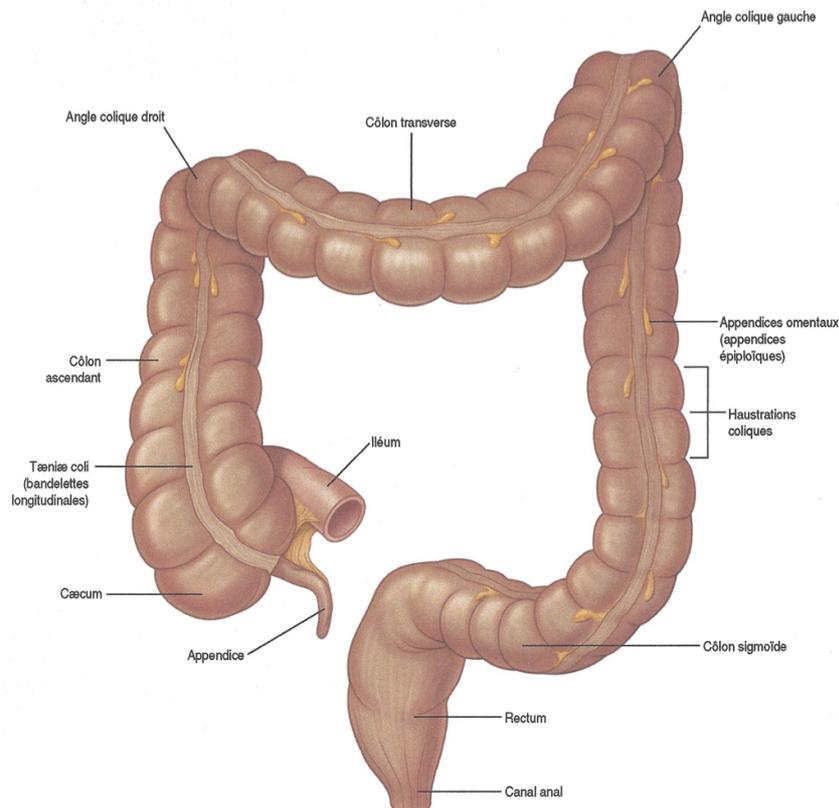
### Qu'est-ce qu'une colectomie ?

Le colon, appelé aussi le gros intestin, est la portion du tube digestif qui suit le petit intestin grêle et qui s'abouche au niveau du rectum (le réservoir). Une colectomie est donc une résection/ablation d'une partie de ce tuyau colique avec ou sans rétablissement de la continuité.

La raison pour enlever un bout du gros intestin peut être multiple :

- 1) pathologie bénigne comme par exemple un polype, une inflammation sur diverticule, une obstruction, une maladie auto-immune/inflammatoire
- 2) pathologie maligne comme un cancer
- 3) un traumatisme comme un accident de la voie publique, une perforation (couteau ou autre), corps étranger, etca...
- 4) iatrogène lors d'un examen de coloscopie ou d'autres examens invasifs

On peut distinguer plusieurs parties du colon :



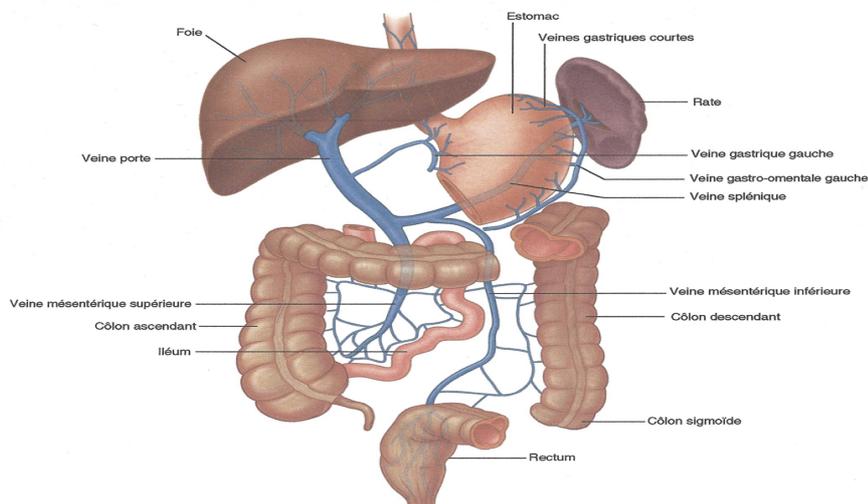
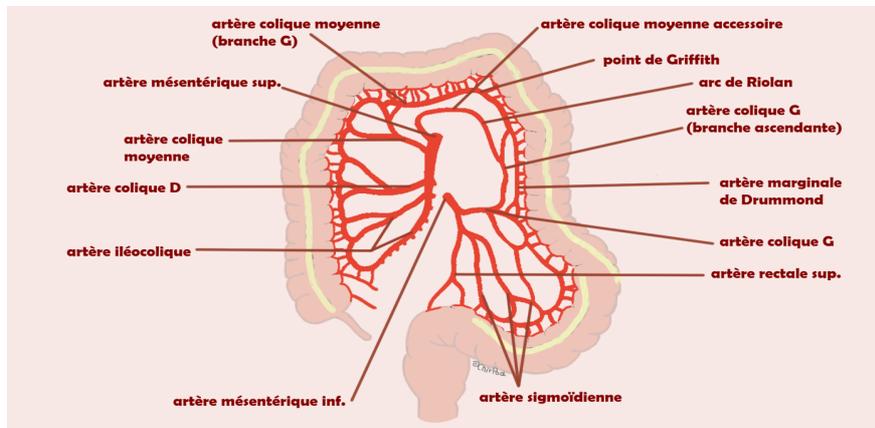
## A quoi sert le colon ?

Son rôle est principalement d'éliminer les déchets, d'absorber l'eau, de maintenir l'équilibre hydrique et d'absorber certaines vitamines. Le chyle provenant de l'intestin grêle est dépourvu de la quasi-totalité (90 %) des nutriments déjà absorbés par le système digestif. Le chyle se mélange dans le côlon avec le mucus et les bactéries intestinales pour former la matière fécale. Les bactéries capables de digérer les fibres forment de nouvelles molécules que le côlon est alors capable d'assimiler. Entre le petit intestin et le grand intestin (colon) se trouve une valve (valve de Bauhin) qui règle le débit des selles. La résection d'une «grande» partie du colon avec éventuellement cette valve pourrait donc perturber le transit du patient et provoquer des diarrhées avec un risque de déshydratation ou des troubles ioniques.

## Quels types d'interventions ou colectomies existent ?

En fonction de la portion du colon qui sera enlevée on parle de colectomie droite, transverse, gauche, sigmoïdienne ou segmentaire. Il existe également des résections plus étendues comme la colectomie droite élargie sur le transverse, la colectomie gauche élargie sur le transverse ou une colectomie totale. La partie à enlever est donc déterminé par la pathologie (la raison) pour faire la résection ainsi que les vaisseaux qui sont responsable pour la survie du gros intestin.

Voici un dessin du réseau artériel en rouge (oxygène pour le colon) et le réseau veineux en bleu (portale=aliments absorbés) du colon :



Il est important de comprendre qu'en cas d'une pathologie maligne (le cancer), on est obligé d'enlever également l'estuaire de drainage de ce cancer, c'est-à-dire les vaisseaux responsable de cette partie du colon avec les ganglions (stations de défense = le curage). En cas d'une pathologie bénigne, on n'est pas du tout obligé d'enlever ces vaisseaux. Ceci va donc déterminer quelle partie du colon qu'il faudra enlever.

### Comment se déroule l'opération ?

Une check-list obligatoire, réalisée immédiatement avant l'intervention, participe à votre sécurité. En particulier lors de cette check-list sont vérifiées votre identité et votre installation sur la table d'opération.

L'intervention peut se faire soit par coelioscopie (avec la caméra) soit par ouverture du ventre. La coelioscopie 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).

Dès qu'une partie du colon a été enlevée, on va raccorder les deux autres bouts de l'intestin ensemble = rétablissement de la continuité.

Il se peut dans certaines situations que ce raccord ne sera pas fait ou sera fait avec une protection (une poche ou anus artificiel) en amont si on craigne l'étanchéité ne sera pas optimale avec un risque de fuites (fistule). Ceci dépend de la situation qu'on rencontre dans le ventre ou l'état général du ou de la patiente.

Dans la plupart des situations, votre chirurgien peut anticiper la stratégie et vous en informer. Bien sûr il faut comprendre que le chirurgien ne peut pas anticiper toutes les situations imaginables et que la poche/dérivation pourrait vous sauver la vie.

Il est également possible de pouvoir laisser en place un ou plusieurs drains dans l'abdomen si on craigne une infection ou un risque de saignement.

### Les suites habituelles

La reprise d'une alimentation se fait selon l'avis du chirurgien et peut être rapide en fonction comment l'intervention s'est déroulée. Une fois le transit repris il n'y a habituellement pas de régime nécessaire après cette opération.

A savoir quand même que l'ablation de la valve de Bauhin en cas d'une colectomie droite peut éventuellement accélérer votre transit en fonction de certains alimentations. C'est une remarque qu'on entend parfois par les patients.

Que l'intervention ait lieu par coelioscopie 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.

## Quelles sont les complications?

### Risques pendant l'opération

#### 1) Blessure des organes de voisinage

Les organes voisins du colon sont digestifs, urinaires (uretère, vessie) vasculaires, la vésicule biliaire, le foie 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.

#### 2) Hémorragie

Une hémorragie ou saignement 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 (la coelioscopie peut être convertie en incision ouverte=laparotomie).

Une transfusion peut être nécessaire.

#### 3) 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 par le chirurgie pour faciliter la récupération.

### Risques après l'intervention

#### 1) Occlusion intestinale:

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). L'équipe hospitalière qui vous prend en charge vous y aidera.

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. Cette aspiration peut durer jusqu'au redémarrage de l'intestin. L'intestin peut aussi être « coincé » dans une adhérence ou une bride à l'intérieur de l'abdomen et contraindre à une ré-opération pour le libérer.

#### 2) 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.

### *3) 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.

### *4) Hémorragie*

Malgré l'absence de saignement pendant l'opération des saignements peuvent apparaître dans les jours post-opératoires. Ils peuvent être à l'origine d'hématomes ou imposer une transfusion, une ré-intervention ou un geste sous contrôle radiologique pour les arrêter.

### *5) Phlébite, embolie*

Malgré les précautions prises : bas de contention, piqûres d'anti-coagulants... une phlébite peut survenir car l'immobilisation et certaines chirurgies et maladies favorisent leur apparition.

## **Quels sont les signes à surveiller après l'opération lors de votre séjour et même dès votre retour à domicile ?**

- 1) Une douleur abdominale intense ou récidivante
- 2) Persistance d'une fièvre (température supérieure à 37°)
- 3) Vomissements persistants
- 4) écoulement d'un liquide, du sang ou des selles via une cicatrice
- 5) Altération de votre état général, des difficultés respiratoires ou tous autres

Nous vous remercions d'avoir lu attentivement ce document et nous espérons que ceci répond aux questions que vous pouvez avoir de cette intervention chirurgicale. N'hésitez surtout pas de contacter votre chirurgien si vous avez encore besoin des informations supplémentaires et n'attendez pas le jour de votre intervention de les posées. Ceci augmentera seulement votre stress opératoire et nous souhaitons que votre intervention puisse se passer en toute sérénité.

**Dr. Peter FRANCOIS et le Dr. Hervé TOURSEL**