

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

Chirurgie viscérale et digestive

Chirurgie oncérologique, 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 COLON ?

Le colon, appelé aussi gros intestin, est la portion du tube digestif qui suit l'intestin grêle.

On peut y distinguer trois parties :

- La première portion du colon monte du côté droit de l'abdomen (colon droit).
- Le colon traverse ensuite l'abdomen de la droite vers la gauche (colon transverse). Le colon redescend enfin vers le bas à la partie gauche de l'abdomen (colon gauche). La toute dernière portion du colon gauche est appelée colon sigmoïde.
- L'intestin se poursuit après le colon sigmoïde par le rectum.

BUT DE L'INTERVENTION ?

Les diverticules sont des poches (hernie) de la muqueuse du côlon qui apparaissent avec l'âge (diverticulose) et pourront se compliquer dans environ 5% des cas.

Si vous avez eu un diagnostic de diverticulite compliquée ou plusieurs épisodes de poussées de diverticulites dans l'année, la prise en charge chirurgicale vous sera proposée et consistera à enlever la partie du côlon malade, plus souvent le sigmoïde.



EXITE T'IL D'AUTRES TRAITEMENTS ?

Avant la survenue des complications les poussées de diverticulites peuvent être traitées par des antibiotiques.

QUELS SONT LES RISQUES EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT?

- poussées de diverticulites récidivante avec sténose de la lumière intestinale
- péritonite par perforation d'une poussée de diverticulite
- fistule colo-cutanée ou fistule colo-vésicale
- Sténose (occlusion)
- Hémorragie

COMMENT SE DEROULE L'INTERVENTION ?

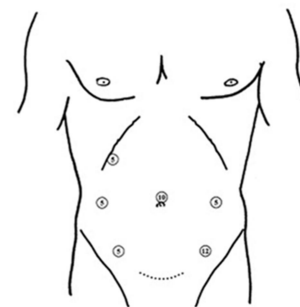
L'intervention prévue est pratiquée sous anesthésie générale. L'anesthésiste vous précisera les modalités et les risques du procédé lors de votre consultation prochaine.

La procédure dépend ensuite du siège et l'étendue de la maladie

- **Ablation partielle du côlon** (résection segmentaire) : ensuite les extrémités saines restantes sont réunies par couture ou agrafes.
- **Mise en place d'une stomie** : en cas d'inflammation grave, un anus artificiel provisoire est réalisé afin de mettre au repos le colon malade et envisager une couture dans de meilleures conditions quelques mois plus tard.
- **Traitement chirurgical de la fistule** : en cas de fistule dans la vessie, la partie du colon concerné est enlevé avec la fistule. On laisse dans la vessie une sonde vésicale qui sera retirée après contrôle de la guérison.

Deux modalités chirurgicales existent :

Chirurgie sous coelioscopie : Une caméra est introduite dans l'abdomen par une petite incision autour du nombril, les autres instruments sont introduits par de petites 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.

Il se peut dans certaines circonstances, l'anastomose colorectale fragilisée par la maladie nécessite la réalisation de manière préventive une dérivation du transit intestinal (stomie, poche, anus artificiel).

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.

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. Ceux-ci sont très rares et en général bien maîtrisés, mais vous devez connaître ces éventualités avant de vous décider à vous faire opérer.

- **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. Les complications de ces transfusions en particulier le risque de transmission de maladies infectieuses type hépatite ou sida est devenu exceptionnel.

Compression nerveuse : L'équipe chirurgicale doit être 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'auto collant, 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 ou colostomie) 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).