



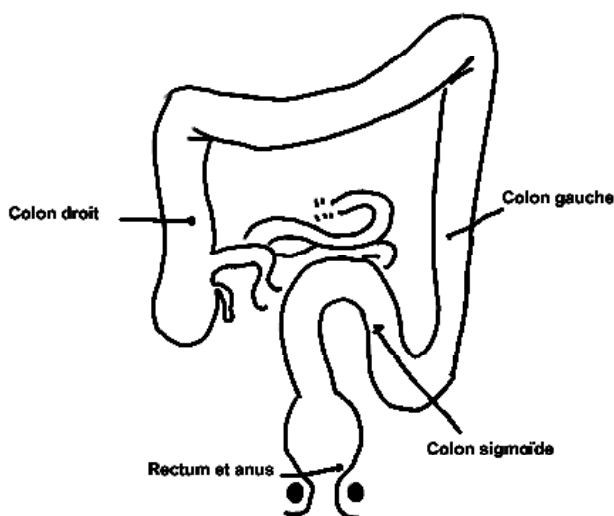
Dr Jérôme ATGER - Dr Franck DELACOSTE - Dr Halidou NIAMPA - Dr Alexandru TUDOR

INFORMATIONS SUR L'ABLATION DU COLON DROIT

ANATOMIE ET STRUCTURE NORMALE DU COLON

L'intestin humain comporte l'intestin grêle situé au milieu de la cavité abdominale, et le gros intestin ou colon, qui l'encadre. Le colon comporte quatre parties : voir schéma; l'ensemble du colon mesure environ 1,5 mètre chez l'adulte.

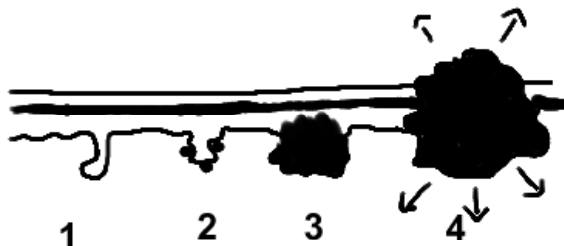
La paroi colique est composée de 3 couches : la muqueuse qui est en contact avec les matières ; la musculaire qui assure par ses contractions la progression des matières ; enfin le péritoine qui tapisse le colon sur sa surface extérieure.



ORIGINE DES TUMEURS COLIQUES

Les tumeurs coliques naissent le plus souvent à partir de polypes qui sont des excroissances de la muqueuse. En grossissant ils deviennent fragiles et peuvent alors saigner. Le sang retrouvé dans les selles peut donner l'alerte. Certains polypes grossissent et se transforment en cancer (tumeur maligne).

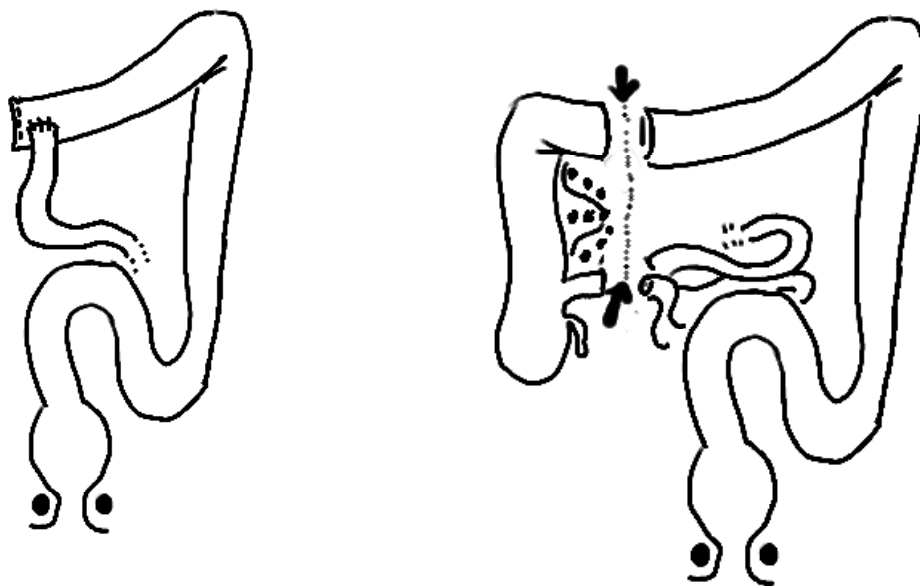
1 polype; 2 polype dégénéré; 3 cancer superficiel; 4 cancer évolué



En l'absence de traitement, le cancer obstrue le colon (risque d'occlusion); des cellules cancéreuses peuvent passer dans le sang et donner des métastases (localement dans les ganglions puis dans le foie le plus souvent ou dans le poumon). La recherche de métastases se fait par échographie hépatique et radiographie pulmonaire ou le plus souvent une tomodensitométrie (scanner) thorax-abdomino-pelvien.

La détection des polypes se fait par la colonoscopie qui permet de détruire ou d'enlever les petits polypes. Les gros polypes peuvent nécessiter une intervention chirurgicale, si l'ablation par endoscopie est impossible.

QU'EST QU'UNE COLECTOMIE DROITE ?



C'est enlever le colon droit avec ses vaisseaux et ses ganglions lymphatiques (voir schéma). L'analyse du colon et des ganglions de la pièce opératoire permet d'y rechercher des cellules cancéreuses : en fonction du résultat de cette analyse une chimiothérapie est parfois proposée.

Après l'ablation du colon droit le circuit intestinal est rétabli immédiatement, il n'y a pas d'anus artificiel. Il est réalisé une anastomose (« couture ») entre l'intestin grêle et le colon (voir schéma).

Dans tous les cas l'opération se déroule sous anesthésie générale.

Cette opération peut se faire par laparoscopie (=coelioscopie), ce qui permet de faire de plus petites incisions, ou par laparotomie (chirurgie classique par voie ouverte) par une cicatrice plus grande. Il faut savoir que cette opération par coelioscopie peut être impossible à réaliser pour des raisons locales (adhérences, difficultés, complications...); dans ce cas; il peut être nécessaire de convertir en une opération classique, à ciel ouvert, au cours de la même anesthésie.

PREPARATION A L'INTERVENTION

Pour que l'intervention se déroule dans de bonnes conditions, il est nécessaire que votre colon soit propre. C'est pourquoi il vous est demandé de préparer le colon par un régime sans résidus trois jours avant l'opération mais aucune purge n'est utile.

Une préparation par prise de briquettes d'Oral Impact trois fois par jour les sept jours avant l'opération est parfois proposée pour favoriser la cicatrisation post-opératoire.

COMMENT SE DEROULENT LES SUITES OPERATOIRES

Soigner dans les meilleures conditions et assurer un meilleur confort post opératoire sont des priorités absolues pendant tout le séjour à l'hôpital.

Le(a) patient(e) est encouragé(e) à se lever l'après-midi de l'intervention si son état le permet.

Il sera proposé l'ingestion d'aliments liquides très rapidement sans attendre la reprise des gaz.

La mastication de chewing-gum favorise la reprise du transit : pensez à en amener à l'hôpital et à en prendre dès le soir de l'opération.

Si une sonde urinaire a été mise, elle sera enlevée le lendemain de l'intervention, pour un meilleur confort. Il est possible (mais c'est rare) que vous ayez des difficultés à uriner tout(e) seul(e), l'équipe médicale serait alors amenée à remettre une sonde urinaire pendant quelques jours.

Ordinairement il n'y a pas de drain abdominal, ni de sonde gastrique. Toutefois on observe de temps en temps un retard dans le transit intestinal avec des nausées pendant quelques jours.

La reprise du transit intestinal se manifeste par l'apparition de gaz puis de selles liquides. Ces selles liquides normales après une colectomie droite disparaissent progressivement. A distance de l'intervention le transit redevient le même qu'avant l'intervention.

Dès que l'état de santé de l'opéré(e) le permet et en l'absence de toute complication chirurgicale, la sortie de l'hôpital sera envisagée : la durée d'hospitalisation après l'opération varie en général de deux à huit jours.

L'activité sportive ne doit pas être pratiquée avant 30 jours pour permettre une bonne cicatrisation de la paroi musculaire.

COMPLICATIONS POSSIBLES

Une complication est toujours possible après une chirurgie colique. Les complications non spécifiques sont les risques de phlébites, d'hémorragies ou d'allergies. La chirurgie colique est dite septique (« sale »), les risques d'abcès de paroi sont donc plus importants. Cela se traite par l'ablation de quelques fils de suture ou agrafes puis par des pansements.

La complication la plus grave est l'apparition d'une fistule (fuite) sur l'anastomose, par défaut de cicatrisation entre les deux extrémités digestives. Il s'ensuit un abcès dans la cavité abdominale, ou une péritonite post-opératoire qui nécessite alors une réintervention. Il est parfois nécessaire pour mettre les tissus au repos, de mettre en place une stomie provisoire (anus artificiel) qui nécessitera alors une nouvelle intervention quelques mois plus tard pour rétablir le circuit normal. Cette complication grave est rare (moins de 5%).

SURVEILLANCE APRES L'INTERVENTION

En cas de cancer et en fonction du stade il peut être nécessaire de réaliser un traitement complémentaire par chimiothérapie. Votre dossier sera discuté à l'hôpital de GAP à la réunion de cancérologie qui réunit les chirurgiens, les médecins, les cancérologues (chimiothérapeute, radiothérapeute).

Lorsque l'on a été opéré d'un cancer du côlon il est nécessaire de réaliser une surveillance. Cette surveillance vous sera détaillée et peut comprendre un examen clinique, un scanner, une échographie hépatique, une radiographie thoracique, une colonoscopie. La fréquence et le type de surveillance dépend de votre âge et du stade de votre cancer.

N'HESITEZ PAS A POSER DES QUESTIONS A VOTRE CHIRURGIEN ET A VOTRE ANESTHESISTE !