

INFORMATIONS AUX PATIENTS
CHIRURGIE DU COLON DROIT : COLECTOMIE DROITE
Dr Lionel Charbit

Madame, Monsieur,

Cette brochure est destinée à répondre aux questions fréquentes concernant la chirurgie du côlon. Il s'agit d'un document n'abordant que des principes généraux, sans être exhaustif, ni normatif.

De quoi s'agit-il ?

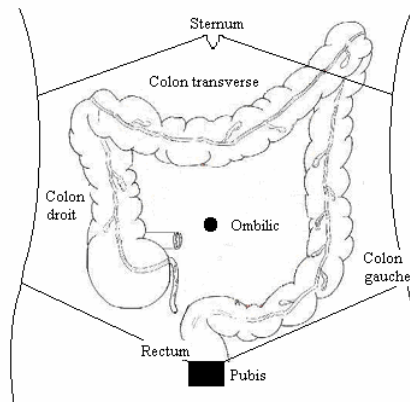


Figure 1 : vue du côlon de face

Le **côlon** (figure 1), ou gros intestin, est divisé en trois parties, droite, transverse et gauche. Le sigmoïde constitue la partie terminale du colon gauche, qui se continue par le rectum. La paroi du côlon est formée de différentes tuniques, muqueuse, musculuse et séreuse (fine membrane de péritoine à sa surface).

La fonction essentielle du côlon est de réabsorber l'eau et les électrolytes, ce qui a pour conséquences d'épaissir les selles tout au long de leur progression dans cette partie terminale du tube digestif. Les bactéries y sont très nombreuses et participent à la digestion, en produisant des gaz.

Maladies du côlon

Des lésions bénignes (**polype(s)**) ou malignes (**cancer**) peuvent s'y développer, et justifier une exérèse de tout ou partie du côlon (colectomie).

Ces lésions peuvent être asymptomatiques, découvertes de façon fortuite par une anémie sur les examens biologiques, ou donner des symptômes, comme des troubles du transit (constipation, diarrhée), une occlusion, un saignement abondant (rectorragie : émission de sang rouge par l'anus) ou une perforation dans de rares cas (péritonite).

Opération

L'opération se fait sous anesthésie générale, par laparotomie (« voie ouverte ») ou par laparoscopie (à l'aide d'une caméra et d'instruments longs). Le choix de la voie d'abord dépend de la conformation du patient, du type de maladie et de son évolution. Lorsque la lésion siège sur la partie droite du cadre colique, l'intervention la plus fréquente est l'**hémicolectomie** droite, c'est-à-dire la résection de la moitié droite du côlon (Figure 2). L'exérèse des ganglions lymphatiques est réalisée dans le même temps opératoire.

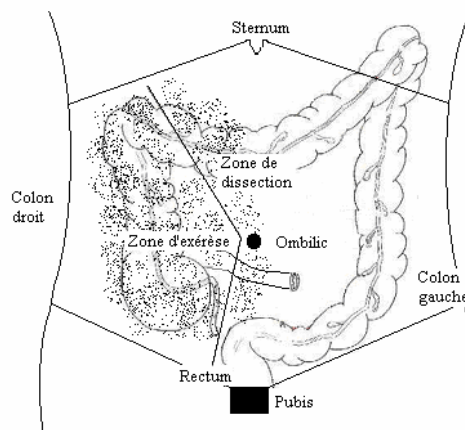


Figure 2 : Colectomie droite

Lorsqu'il s'agit d'une intervention réalisée en dehors d'un contexte d'urgence (occlusion, perforation) elle peut être réalisée par laparoscopie. Seules la voie d'abord et la cicatrice changent, mais l'intervention est exactement la même que par laparotomie (ventre ouvert).

L'opération est alors pratiquée à l'aide d'une caméra et d'instruments longs introduits par des trocarts (Figure 3).

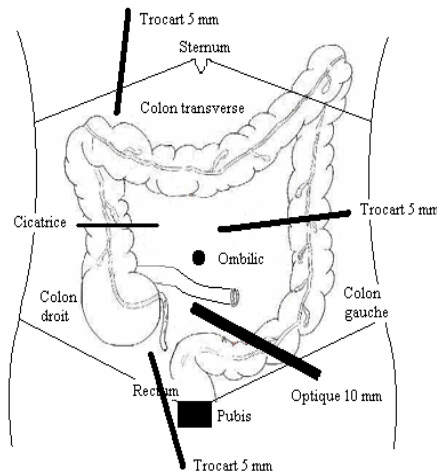


Figure 3 : position fréquente des trocarts pour une colectomie droite par laparoscopie.

En urgence, l'intervention peut conduire à la réalisation d'une **colostomie** temporaire (encore appelée « anus artificiel »).

Les extrémités d'intestin sont ensuite recousues manuellement ou à l'aide d'une pince (agrafage mécanique). Cette **suture** (anastomose) n'est pas une "soudure", mais elle met simplement en contact des tissus vivants afin qu'ils cicatrisent (figure 4).

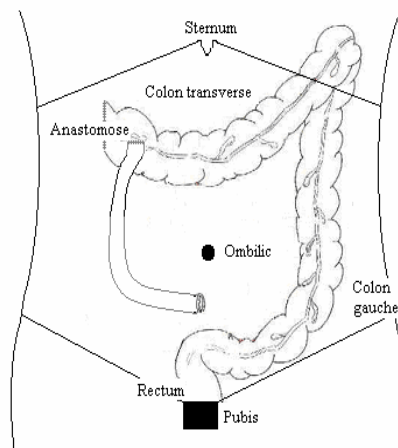


Figure 4 : Anastomose entre l'intestin grêle et le côlon transverse après colectomie droite

Complications post-opératoires

Elles sont rares, fonctions de l'âge, des maladies associées et du type d'intervention, et ne sauraient être résumées en quelques lignes.

Le risque majeur du rétablissement colique après résection est la **fistule anastomotique**, autrement dit la fuite de matières à travers tout ou partie de la suture colique (suture non étanche), qu'elle ait été effectuée à la main ou à l'aide d'une pince, par laparoscopie ou par laparotomie. Cette fistule peut entraîner une **péritonite post-opératoire**, qui impose une **réintervention** en urgence et parfois la confection d'une **colostomie** (anus artificiel) temporaire. Ce risque est compris entre 1 et 3%.

Potentiellement contaminante, en raison de bactéries contenues dans le côlon, la chirurgie colique expose au risque d'abcès de paroi (abcès de la cicatrice), une complication bénigne mais fréquente (3 à 5% des opérés).

Les autres risques sont inhérents à tout acte de chirurgie abdominale (hémorragie, infection, atteinte d'un autre organe abdominal), à l'anesthésie générale, ou spécifique de la laparoscopie, comme l'exceptionnelle embolie gazeuse (passage de gaz dans la circulation). Les suites opératoires (infection et embolie pulmonaire, infarctus, infection urinaire, etc...) dépendent également des maladies chroniques du patient (maladie cardiaque ou pulmonaire, diabète, etc...).

Cette liste n'est pas exhaustive et le chirurgien répondra de façon spécifique à toutes vos questions.

En pratique

Vous entrez à l'hôpital la veille de l'intervention. Vous avez une sonde gastrique ou non (tuyau passant par le nez et descendant dans l'estomac), mais vous restez à jeun jusqu'à la reprise du transit (gaz), après laquelle une réalimentation progressive est débutée. Dans l'intervalle, les besoins en eau et en calories sont assurés par une perfusion veineuse.

Des anticoagulants sont prescrits pour réduire le risque de phlébite et/ou d'embolie pulmonaire. Le traitement contre la douleur postopératoire est systématique.

En l'absence de complications, la sortie a lieu entre le 5^{ème} et 10^{ème} jour post-opératoire. Le retour à domicile ou le transfert en maison de convalescence est discuté au cas par cas, selon votre état général et l'aide de votre entourage.

Toutes les ordonnances vous seront remises avant votre sortie, ainsi qu'un rendez-vous de consultation.

N'hésitez pas à poser toutes les questions à votre chirurgien, qui y répondra de façon spécifique, en tenant compte de votre cas particulier.

Alertez votre médecin si vous constatez :

- **sécrétions purulentes** au niveau des incisions ou rougeur locale
- **fièvre**
- **douleurs** intenses qui ne sont pas calmées par les antalgiques usuels
- distension de l'abdomen avec un **arrêt du transit** (arrêt des gaz et des matières).