

INFORMATIONS AUX PATIENTS

CANCER DU RECTUM

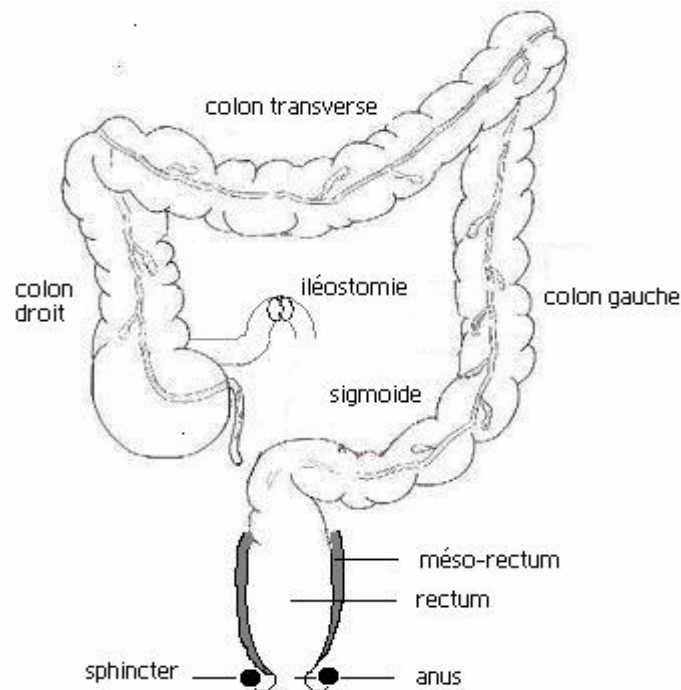
CHIRURGIE DU RECTUM

Dr Lionel Charbit

Madame, Monsieur,

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

De quoi s'agit-il ?



Vue du côlon et du rectum de face

Le rectum est la portion terminale du tube digestif. Il mesure 15 à 18 cm de long et se situe entre le côlon et l'anus. De forme cylindrique, le rectum est divisé en 3 parties, qui sont déterminées en fonction de la distance avec le sphincter de l'anus : haut, moyen et bas rectum. Ce segment digestif est entouré de graisse, appelé **méso-rectum**, où siègent les ganglions. Le rectum est situé en avant du plan osseux constitué par le sacrum et le coccyx, et

en arrière de l'appareil uro-génital (vessie et prostate chez l'homme, vagin et utérus chez la femme). Les nerfs à destinée urinaire (pour la miction) et génitale (assurant chez l'homme l'érection et l'éjaculation), qui cheminent autour du rectum, peuvent parfois être lésés lors d'une intervention, entraînant des **troubles génito-urinaires post-opératoires**.

La fonction principale du rectum est celle d'un réservoir qui permet de "stocker" les selles, entre chaque défécation. Lorsque le rectum se distend sous l'effet des selles qui s'y accumulent, des récepteurs neurologiques transmettent l'information, qui se traduit par l'envie d'aller à la selle, et par la relaxation réflexe du sphincter de l'anus afin de permettre la défécation. **En cas de cancer, l'exérèse du rectum, et donc la suppression de cette fonction de réservoir, a des conséquences physiologiques.**

Différentes maladies du rectum et symptômes

Une lésion bénigne (**polype**) ou maligne (**cancer**) peuvent s'y développer, et justifier une exérèse de tout ou partie du rectum (proctectomie).

Ces lésions peuvent être asymptomatiques lorsqu'elles sont de petite taille, découvertes de façon fortuite lors d'une coloscopie, ou donner des symptômes, tels que des troubles du transit (diarrhée ou constipation), et au maximum une occlusion, voire saigner (rectorragie : émission de sang rouge par l'anus) ou se perforer dans de rares cas.

Le diagnostic est confirmé par une **coloscopie** avec des biopsies. Une fois le diagnostic posé, le bilan pré-thérapeutique évalue l'extension éventuelle de la maladie en dehors du rectum (organe de voisinage ou à distance) et « l'opérabilité » du patient (maladies associées).

Lorsque la maladie est localement avancée (volumineuse tumeur ou suspicion de ganglions du méso-rectum atteints par la maladie), on peut proposer une radiothérapie pré-opératoire, qui consiste à irradier la région malade, afin de diminuer le volume de la tumeur, et/ou le risque de récurrence après l'opération qui est réalisée le plus souvent 4 à 6 semaines après la fin de la radiothérapie).

Traitement chirurgical

Les vingt dernières années ont été marquées par l'amélioration des résultats du traitement chirurgical, avec une mortalité péri-opératoire abaissée à moins de 5%, la diminution du

risque de récurrence locale (inférieure à 10%), et la conservation de l'anus avec un rétablissement de la continuité digestive possible dans la majorité des cas (> 80%).

Une préparation colique (purgé) précède l'intervention, qui 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. Aucune étude n'a montré la supériorité de la laparoscopie par rapport à la laparotomie.

L'intervention consiste à pratiquer l'ablation totale ou partielle du rectum malade, avec son méso (graisse contenant les ganglions), puis à rétablir la continuité digestive en pratiquant une **anastomose** (agrafage mécanique ou suture manuelle) entre le colon d'amont et le moignon de rectum restant ou l'anus. Cette anastomose est protégée par un anus artificiel temporaire situé à la fin de l'intestin grêle (iléostomie), qui détourne le liquide digestif, avant qu'il ne passe à travers la suture sous forme de selles. Cette « protection » de l'anastomose par une iléostomie diminue les conséquences d'une mauvaise cicatrisation avec un défaut d'étanchéité, appelée **fistule**. Cette complication serait redoutable en **l'absence d'iléostomie**, compte tenu du risque d'**abcès** ou de **péritonite** secondaire, et de **réintervention** en urgence qui en découle. Cet « anus artificiel » de protection est habituellement fermé lors d'une **deuxième intervention chirurgicale** (4 à 6 semaines après l'intervention initiale), après avoir vérifié la bonne cicatrisation de l'anastomose par une **radiographie de contrôle**.

Dans environ **15 à 20%** des cas, la localisation de la tumeur sur le bas rectum ou au contact du canal anal ne permet pas de conserver l'anus, pour des raisons carcinologiques (amputation abdomino-périnéale), et oblige à réaliser un **anus artificiel définitif**.

Complications post-opératoires

Elles ne sauraient être résumées en quelques lignes. Elles sont rares, fonctions de l'âge, des maladies associées et de la forme compliquée ou non du cancer.

La mortalité est actuellement inférieure à 5% après ce type d'intervention.

Le risque majeur après résection rectale est la **fistule anastomotique**, autrement dit la fuite de matières à travers tout ou partie de la suture (suture non étanche). Cette fistule n'a que peu de conséquences en cas d'iléostomie. A l'inverse, l'absence d'un anus artificiel de protection entraîne un passage de matières à travers l'anastomose, et augmente considérablement le risque **d'abcès** ou de **péritonite**, et de **réintervention en urgence**.

Les **complications sexuelles et urinaires** surviennent dans 10 à 20% des cas, et peuvent se traduire par des troubles mictionnels, par une impuissance et/ou une anéjaculation chez l'homme et une dyspareunie chez la femme (douleurs lors des rapports sexuelles).

Potentiellement contaminante, du fait des bactéries contenues dans la lumière du tube digestif, la chirurgie rectale expose aussi au risque **d'abcès** survenant sur la cicatrice abdominale (sous la peau). Il s'agit d'une complication bénigne mais fréquente, qui concerne 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.

Conséquences de l'ablation du rectum pour cancer

La conséquence principale de l'intervention est la perte du réservoir rectal, et donc des modifications du transit et de la défécation. Ces conséquences peuvent être :

- une augmentation du nombre de selles le jour et/ou la nuit.
- un fractionnement des selles.
- des troubles de la continence (fuites de gaz +/- de selles).

Pour résumer, le **résultat fonctionnel** dépend étroitement de la **hauteur de rectum restant**. S'il reste 5 cm ou plus de rectum, il y a peu de troubles fonctionnels. En deçà de 5 cm de rectum restant, les résultats fonctionnels sont moins bons, mais s'améliorent avec le temps, durant la première année post-opératoire. Il en est de même pour les sujets âgés, qui ont une altération naturelle de la fonction sphinctérienne.

Le taux **d'impériosité** (impossibilité de se "retenir" plus de 15 minutes quand survient le besoin d'aller à la selle) varie de 4 à 12% selon les études.

A un an de l'intervention, les études montrent qu'une continence parfaite est obtenue dans 70 à 90% des cas. Le **nombre moyen de selles** par 24 heures est compris entre **2 et 3**, avec une bonne discrimination entre les gaz et les selles (90 à 100% des patients)

En pratique

Vous entrez à l'hôpital la veille de l'opération. La durée d'hospitalisation est de 10 à 15 jours en l'absence de complication postopératoire, suivie d'un arrêt d'activité d'environ 1 mois. La seconde intervention pour la fermeture d'iléostomie nécessite une réhospitalisation de 5 à 7 jours. Des anticoagulants sont prescrits pour réduire le risque de phlébite et/ou d'embolie pulmonaire. Le traitement contre la douleur postopératoire est systématique. L'alimentation n'est autorisée qu'après la reprise du transit (émission de gaz ou de selles). Pendant cette période, les besoins en eau et en calories seront assurés par une perfusion veineuse.

Eviter le port de charges lourdes et les sports violents pendant 8 semaines.

Alertez votre médecin si vous constatez : sécrétion purulente au niveau des incisions ou rougeur locale, fièvre, douleurs très intenses non calmées par les antalgiques usuels ou distension de l'abdomen avec arrêt du transit (arrêt des gaz).

Toutes les ordonnances vous seront remises avant votre sortie, ainsi qu'un rendez-vous de consultation à 1 mois.

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