

CHU de Nantes
livret d'information
destiné aux patients

Colectomie pour cancer du côlon

CHU de Nantes
Institut des maladies de l'appareil digestif
1 place Alexis Ricordeau – 44 000 Nantes

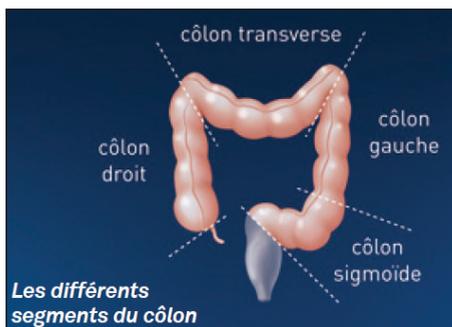
Madame, Monsieur,

*L'équipe médicale et soignante met à votre disposition ce livret d'information sur la réalisation **d'une colectomie dans le cas d'un cancer du côlon**. Nous souhaitons que ce document vous apporte les réponses à vos interrogations. N'hésitez pas à nous solliciter pour avoir des informations complémentaires à celles que vous avez déjà. Nous restons à votre entière disposition.*

Le côlon

Le côlon est situé dans l'abdomen, entre l'intestin grêle et le rectum. Il mesure environ **1,5 m** et **se divise en 4 segments** :

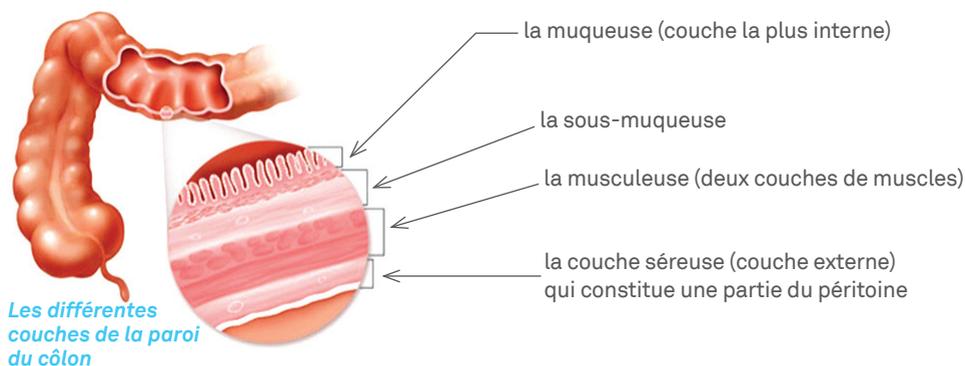
- le côlon droit (ou côlon ascendant), dont la base est le cæcum (sur lequel s'implante l'appendice) relie le côlon à l'intestin grêle ;
- le côlon transverse traverse la partie supérieure de l'abdomen ;
- le côlon gauche (ou côlon descendant) se prolonge par le sigmoïde, et relie le côlon au rectum.



Au fur et à mesure que **les selles progressent dans le côlon, elles deviennent de plus en plus solides**. Dans le côlon droit, elles sont liquides, tandis que dans le côlon gauche, elles sont semi-solides.

Un cancer peut se développer dans n'importe quelle portion du côlon. Néanmoins, dans plus de la moitié des cas, **le cancer touche le côlon sigmoïde**.

La paroi du côlon est constituée de quatre couches différentes qui se superposent : les cancers du côlon apparaissent le plus souvent au niveau de la muqueuse. Ils s'étendent ensuite aux autres couches au fur et à mesure qu'ils se développent.



La chirurgie est le traitement principal du cancer du côlon. Elle consiste à enlever la portion du côlon atteinte par la tumeur et le réseau de ganglions correspondant. On parle de **curage ganglionnaire**.

Suivant la localisation et l'étendue de la tumeur, **une portion plus ou moins grande du côlon est retirée**. Le côlon n'étant pas un organe vital, il est possible de **vivre normalement** même si on en enlève une grande partie, voire la totalité.

Comment se déroule l'intervention ?

L'intervention se déroule au bloc opératoire, sous **anesthésie générale**. Elle peut être réalisée par **laparotomie** (une cicatrice verticale au milieu de l'abdomen) ou **cœlioscopie** (plusieurs petites cicatrices permettant de passer une caméra et des instruments fins).

L'intervention réalisée est la même, quelque soit le type de cicatrices. Les deux techniques sont aussi efficaces pour enlever la partie de côlon malade. La cœlioscopie n'est pas toujours possible à réaliser ; on le sait parfois **avant l'intervention** (la taille de la tumeur, ou sa localisation), et **le chirurgien fait d'emblée une cicatrice au milieu de l'abdomen**. On le constate parfois **en cours d'intervention** (des adhérences liées à des interventions précédentes par exemple) et dans ce cas, votre chirurgien **change de technique** en cours d'intervention.

Les avantages de la cœlioscopie seraient :

- une **diminution des douleurs post-opératoire** ;
- une **reprise plus rapide du transit** et donc de l'alimentation ;
- une **diminution de la durée d'hospitalisation** ;
- une **reprise plus rapide des activités physiques et professionnelles**.

Ces améliorations ne sont peut être pas liées uniquement à la cœlioscopie, mais également aux **progrès de l'ensemble de la prise en charge**.

Pendant que vous dormez, une **sonde urinaire** est mise en place, qui sera gardée 48 h en post-opératoire. Une **sonde gastrique** (qui passe par une narine, et descend dans l'estomac) est également posée au début de l'intervention, et peut être laissée en fonction du déroulement de l'opération.

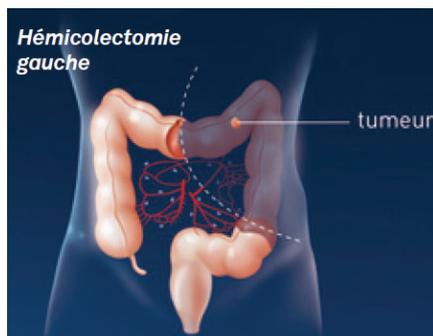
L'intervention se déroule de la même façon par laparotomie ou par cœlioscopie.

Elle commence par une **phase d'observation** pendant laquelle le chirurgien **examine le côlon et la cavité abdominale** afin de confirmer **l'absence d'extension locorégionale de la tumeur** et **l'absence de métastase** au niveau du foie.

Après cette phase d'observation, le chirurgien **retire le segment du côlon où se situe la tumeur**, ainsi que la **partie du mesocôlon** (le tissu graisseux qui contient les vaisseaux sanguins et les ganglions) reliée à ce segment.



Si la tumeur est située dans la moitié droite du côlon, le chirurgien retire le côlon droit et la moitié droite du côlon transverse. C'est ce qu'on appelle une **hémi-colectomie droite**.



Si la tumeur est située dans la moitié gauche du côlon, le chirurgien enlève le côlon gauche et la moitié gauche du côlon transverse. On parle d'**hémi-colectomie gauche**.



Si la tumeur est située dans la dernière portion du côlon, juste avant le rectum, le chirurgien retire le côlon sigmoïde. On parle de **sigmoïdectomie**.

Dans des cas plus rares, la totalité du côlon est enlevée (**colectomie totale**).

L'objectif de la chirurgie est de réaliser l'**ablation de la tumeur du côlon** en obtenant des **marges de la paroi du côlon saines** et un **curage ganglionnaire** satisfaisant. En effet, la qualité de l'exérèse chirurgicale est un facteur pronostique de récurrence locale et de survie.

Pour cette raison, dans tous les cas une portion saine du côlon (au moins 5 centimètres) doit être retirée de part et d'autre de la tumeur pour assurer une **marge de sécurité** et **réduire le risque de récurrence**.

Une fois la portion du côlon atteinte enlevée, le chirurgien réalise une **anastomose**, c'est-à-dire qu'il recoud les deux extrémités du côlon restant, à l'aide de fils (on parle d'**anastomose manuelle**) ou de pinces mécaniques (on parle d'**anastomose mécanique**). Cette étape de l'intervention permet de reformer le **conduit intestinal** et de rétablir la **continuité digestive**.

L'analyse de la tumeur

Tout ce qui est retiré lors de l'intervention chirurgicale est transmis au service d'**anatomopathologie** pour être analysé. Cet examen est réalisé par un médecin spécialiste appelé **pathologiste**. Il consiste à **observer minutieusement** à l'œil nu puis au microscope **les tissus prélevés** afin de déterminer jusqu'où les **cellules cancéreuses** se sont propagées. Le pathologiste précise ainsi jusqu'où elles ont envahi la paroi du côlon et si elles ont envahi **les ganglions qui entourent la portion du côlon retirée**.

C'est grâce à cet examen que le **stade du cancer** est défini et que les médecins peuvent décider si **une chimiothérapie est nécessaire ou non** après la chirurgie.

Une **recherche génétique** est souvent réalisée **sur le tissu cancéreux**, afin de connaître plus précisément ses caractéristiques. Cette recherche peut être utile pour **choisir les médicaments** à utiliser si un traitement médical est prévu après la chirurgie.

Cette analyse peut prendre 10 à 15 jours, et **le résultat peut ne pas être connu au moment de votre sortie de l'hôpital** : vous serez alors revu rapidement pour vous informer de ce résultat.

Comment se déroulent les suites habituelles de l'intervention ?

La durée d'hospitalisation dépend de la reprise de votre transit intestinal, et peut varier de **5 à 12 jours**. Elle varie cependant en fonction de l'intervention pratiquée, de l'état de santé général du patient et de la façon dont il a supporté la chirurgie.

L'équipe médicale va surveiller, en plus de votre température, de votre tension...

- les **douleurs post-opératoires**, qui sont traitées par des antalgiques dans la perfusion, que l'on adapte en fonction de votre ressenti ;
- la **reprise de votre transit** (gaz, puis selles), qui guide l'ablation de la sonde gastrique si celle-ci a dû être laissée en place, puis votre réalimentation (cette réalimentation est progressive, sur plusieurs jours) ;
- un **drain** peut être mis en place dans l'abdomen pendant l'intervention. Ce petit tuyau permet d'évacuer les liquides et les sécrétions qui peuvent s'accumuler au niveau de la zone opérée (sang, lymphe). Ce drain est retiré par l'infirmière le plus souvent le 3^e ou le 4^e jour suivant l'opération, sur décision du chirurgien. **Le retrait du drain n'est pas douloureux** ;
- une **sonde urinaire** est également mise en place pendant l'intervention pour permettre un contrôle du fonctionnement des reins. Elle est retirée quelques jours plus tard (2^e ou 3^e jour après l'intervention) ;
- pour **éviter une phlébite**, un médicament anticoagulant est prescrit et les médecins demandent au patient opéré de se lever assez rapidement après l'intervention. De plus, le port de **bas de contention** est fréquemment préconisé.

Votre sortie

Lors de votre sortie :

- une **ordonnance** vous est remise, ainsi qu'un **arrêt de travail et d'activités sportives** d'un mois ;
- l'ordonnance comporte des **antalgiques**, et des **piqûres d'anticoagulant** pour un mois ;
- il n'y a en général **pas de soins infirmiers sur les cicatrices** ;
- **les douches sont autorisées**, il est conseillé d'**éviter les bains** pendant environ 15 jours.

Vous êtes revu en **consultation post-opératoire** rapidement (environ 15 jours) pour vous informer du résultat de l'analyse de votre côlon, si ce résultat n'est pas connu lors de votre sortie du service; sinon, au bout de 4 à 6 semaines, pour juger du résultat à distance de la chirurgie.

La **fatigue** est normale en post-opératoire, et dure environ un mois. Il ne faut pas hésiter à prendre contact avec le service en **cas de fièvre**, de **douleurs abdominales**, d'**émission de sang** par l'anus, ou de **rougeur ou suintement** au niveau de la cicatrice, afin d'être **revu plus rapidement**.

Les complications

• Complications précoces

Elles sont de l'ordre de 30%. Elles regroupent les complications **non directement digestives** (infection pulmonaire, infection urinaire, infection de la cicatrice, phlébite:petit caillot qui se forme dans une veine de la jambe en raison de l'immobilisation prolongée) et les **complications digestives** :

– **hémorragiques** : elles sont le plus souvent visualisées en cours d'intervention, et traitées à ce moment. Une hémorragie secondaire est rare, et peut nécessiter un traitement radiologique (pour boucher le vaisseau qui saigne), voire une réintervention.

– **fuite au niveau de l'anastomose** : c'est la principale complication après une chirurgie du côlon.

Toute suture intestinale peut avoir des difficultés de cicatrisation et dans ce cas, laisser passer des matières à travers. C'est ce qu'on appelle une **fistule**. Cette complication survient dans environs **5%** des cas.

Elle se manifeste le plus souvent par de la fièvre avec des douleurs abdominales et un arrêt du transit digestif.

Le diagnostic est fait par un **scanner abdominal** qui précise la gravité : du simple abcès autour de l'anastomose à la péritonite.

Le traitement varie en fonction de la gravité : de la mise sous **antibiotiques** à la **réintervention chirurgicale**. Dans ce cas, une **stomie** (anus artificiel) temporaire est généralement mise en place (pour 3 mois).

Après l'opération, des troubles du transit intestinal sont fréquents: **diarrhée**, **constipation**, **augmentation du nombre de selles**.

Ces troubles sont **variables** selon les personnes et selon la portion du côlon qui a été enlevée, ce ne sont **pas en soit des complications**, mais des **modifications liées à la modification de votre anatomie** :

- plus la portion du côlon enlevée est importante, plus les selles sont molles. Si le côlon a été entièrement retiré (colectomie totale), des diarrhées sont importantes les premiers mois et diminuent ensuite.

- si le côlon droit a été enlevé, les selles sont plus molles que si c'est le côlon sigmoïde (juste avant le rectum).

Ces troubles s'améliorent le plus souvent au cours de la première année. Un régime alimentaire équilibré peut aider le patient à retrouver un transit intestinal normal.

• Complications tardives

– **Adhérences** : toute personne opérée de l'abdomen peut développer des adhérences, ou des brides, posées sur l'intestin, dans les 15 jours qui suivent l'intervention. Ces adhérences ou brides ne disparaissent pas avec le temps. Elles **peuvent être responsable d'une occlusion**, y compris des années après l'opération, **nécessitant une réhospitalisation, et parfois une réintervention**.

– **Sténose de l'anastomose** : c'est surtout lorsque la zone de suture est située entre le côlon et le rectum, après l'ablation du côlon gauche ou du côlon sigmoïde. Cette zone peut cicatriser en formant un **rétrécissement**. Cette sténose peut entraîner des signes (douleurs abdominales, constipation, selles fragmentées). Si elle est peu étendue, elle peut être traitée par des **dilatations** effectuées par les gastro-entérologues lors d'une **endoscopie**. Sinon, elle peut nécessiter une nouvelle opération, pour refaire l'anastomose.

– **Éventration** : les zones de cicatrices musculo-cutanées peuvent s'affaiblir, et être le lieu d'une **hernie**, qui doit être réparée par une opération.