

CHU de Nantes
livret d'information
destiné aux patients

Colectomie pour diverticules du côlon

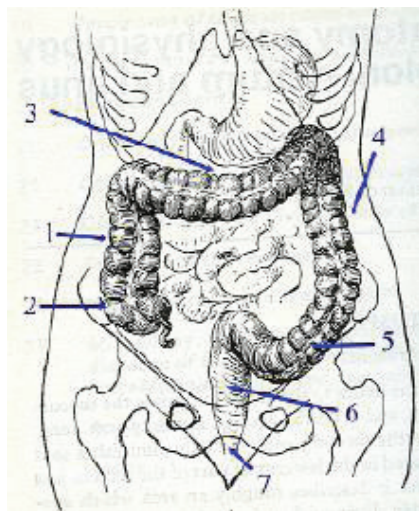
CHU de Nantes
Institut des maladies de l'appareil digestif
1 place Alexis Ricordeau – 44 000 Nantes

Madame, Monsieur,

*L'équipe médicale et soignante met à votre disposition ce livret d'information **sur la réalisation d'une colectomie dans le cas de diverticules 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.*

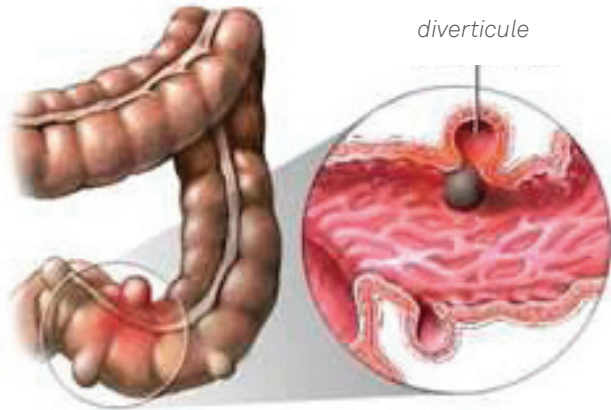
Anatomie

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** :



Les différents segments du côlon

- le côlon droit (ou ascendant) ⁽¹⁾ dont la base est le cæcum (sur lequel s'implante l'appendice) ; ⁽²⁾
- le côlon transverse ; ⁽³⁾
- le côlon gauche (ou descendant) ; ⁽⁴⁾
- le sigmoïde ; ⁽⁵⁾
- le côlon se prolonge par le rectum ⁽⁶⁾ puis l'anus. ⁽⁷⁾



Formation des diverticules sur la paroi du côlon

Les diverticules du côlon, essentiellement localisés sur **le côlon sigmoïde**, sont des **petites hernies de la muqueuse** au travers de la **paroi musculaire du côlon**.

Leur apparition, rare avant 40 ans, **augmente avec l'âge**. Les hommes sont atteints plus jeunes que les femmes.

L'alimentation riche en viande, et pauvre en fibre, est probablement un **facteur favorisant**.

Infection des diverticules

Ces diverticules peuvent s'infecter. On parle de **diverticulite aiguë** le plus souvent **sigmoïdienne**.

Elle se traduit par :

- une montée de la **température**,
- de **fortes douleurs** généralement situées dans la **partie inférieure gauche de l'abdomen**.

Cette infection des diverticules peut se compliquer :

- d'un **abcès** au contact d'un diverticule,
- d'une **péritonite** si l'abcès se perfore, ou si un diverticule se perfore.

Le traitement de la diverticulite est avant tout médical (antibiotiques, associées à un repos digestif).

Le traitement de l'abcès peut nécessiter la **mise en place d'un drain** par les radiologues, ou lors d'une intervention.

La péritonite nécessite une intervention chirurgicale, qui peut conduire à la mise en place d'une **stomie** (anus artificiel) temporaire.

À distance de l'épisode d'infection, **un traitement prophylactique** peut être proposé, **pour éviter la récurrence de l'infection**. Il consiste en l'**ablation du côlon sigmoïde**, suivi d'une **anastomose** (suture) entre le côlon gauche et le haut du rectum.

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 **coélioscopie** (plusieurs petites cicatrices permettant de passer une caméra et des instruments fins).

L'intervention réalisée est la même, quelque soit le type de cicatrices. La coélioscopie n'est pas toujours possible à réaliser, et dans ce cas, votre chirurgien change de technique en cours d'intervention.

Les avantages de la coélioscopie 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 coélioscopie, 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 heures post-opératoire**. Une **sonde gastrique** (qui passe par un enarine, et descend dans l'estomac) est également posée au début de l'intervention, et peut être laissée en fonction du déroulement de celle-ci.

L'intervention consiste en **l'ablation du côlon sigmoïde**, qui nécessite de **couper les vaisseaux qui irriguent cette partie du côlon**, suivi d'une **anastomose** (suture) **entre le côlon gauche et le haut du rectum**. Cette suture peut être réalisée avec des fils, ou une pince à agrafes.

Un **drain** (petit tuyau) peut être laissé près de la suture, et sortir sur le côté de l'abdomen.

Parfois, **les diverticules sont présents sur une partie importante du côlon**, et pas uniquement au niveau du sigmoïde : **on ne retire dans ce cas que le sigmoïde**, car c'est à cet endroit que **surviennent les infections**.

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 **cinq à douze jours**. 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).

Votre sortie

Lors de votre sortie :

- une **ordonnance d'antalgiques** vous est remise, ainsi qu'un arrêt de travail et d'activités sportives d'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** au bout de **quatre à six semaines**, mais il ne faut pas hésiter à prendre contact avec le service **encas de fièvre, de douleurs abdominales, d'émission de sang par l'anus**.

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...), 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 ré-intervention ;

– fuite au niveau de l'anastomose

Toute suture intestinale peut avoir des **difficultés de cicatrisation**, et dans ce cas, laisser passer des matières à travers. Cette complication survient dans environ **5% des cas**.

Si la fuite est minime, un **traitement antibiotique** ainsi qu'un **drain** pour évacuer l'infection autour de la suture permettent de régler le problème. L'hospitalisation est alors prolongée d'environ quinze jours.

Si la fuite est plus importante, une ré-intervention peut être nécessaire, et dans ce cas, une **stomie** (anus artificiel) temporaire (pour trois mois), est généralement mise en place.

• 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 **ré-hospitalisation**, et **parfois une ré-intervention.**

– **Sténose de l'anastomose** : la zone de suture entre le côlon et le rectum 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.

– **Troubles fonctionnels digestifs** : ce n'est **pas en soit une complication.** L'intervention permet de retirer la zone de diverticules afin d'éviter leur infection, mais **ne change pas le fonctionnement de votre côlon.** Les ballonnements, les spasmes, certaines douleurs ne disparaîtront pas après cette chirurgie.

– **Récidive** : le taux de récidive d'infection des diverticules restant est **inférieur à 10% .**

