

CHU de Nantes
livret d'information
destiné aux patients

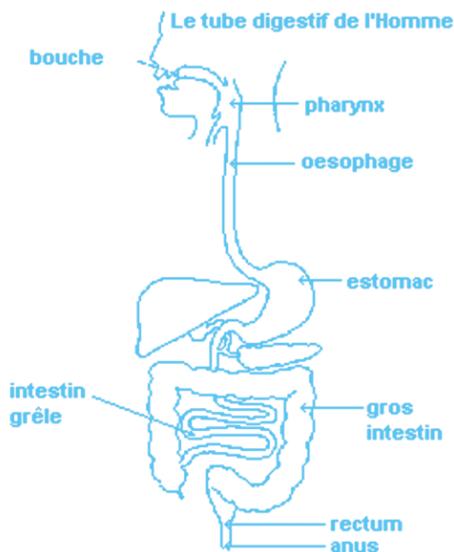
Résection digestive pour maladie de Crohn

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 résection digestive pour maladie de Crohn**. 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.*

Qu'est ce que la maladie de Crohn ?



La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique du système digestif, qui évolue par poussées (ou crises) et phases de rémission. Elle se caractérise principalement par des crises de douleurs abdominales et de diarrhée, qui peuvent durer plusieurs semaines ou plusieurs mois. Fatigue, perte de poids et même dénutrition peuvent survenir si aucun traitement n'est entrepris.

Affection inflammatoire chronique de cause inconnue, elle peut atteindre tous les segments du tube digestif, mais le plus souvent **l'iléon (fin de l'intestin grêle), le côlon et l'anus.**

Les lésions sont habituellement segmentaires, asymétriques, et les localisations séparées par des zones saines. Les localisations iléales, coliques ou iléocoliques et anopérinéales représentent 95 % des cas.

Les nutriments sont réabsorbés le long de l'intestin grêle. Les selles qui arrivent au début du colon droit sont liquide. 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. Le rectum a une fonction de réservoir, avant l'évacuation des selles.

En fonction de la zone atteinte par la maladie, le retentissement sur le transit peut être différent.

Quelles sont les complications de la maladie de Crohn ?

L'évolution de la maladie de Crohn se fait souvent par **poussées** séparées par des rémissions cliniques plus ou moins longues. Les complications les plus fréquentes sont les **occlusions**, les **fistules**, les **abcès** et **perforations**, plus rarement les **hémorragies** et, en cas de maladie de Crohn colique, la colite aiguë grave avec éventuellement colectasie (distension du colon) aiguë. À long terme, le risque de cancer intestinal est plus élevé que dans la population générale. Chez l'enfant, le retard de croissance est fréquent.

L'évolution de la cicatrisation des poussées inflammatoires, en particulier au niveau du grêle, peut donner un rétrécissement provoquant une occlusion.

La chirurgie, solution de dernier recours, est surtout utile pour les complications intestinales (abcès, fistules et sténoses), après échec du traitement médical, en réalisant une résection à minima mais suffisante pour suturer des tissus sains. L'exérèse des segments atteints ne met pas à l'abri des récurrences.

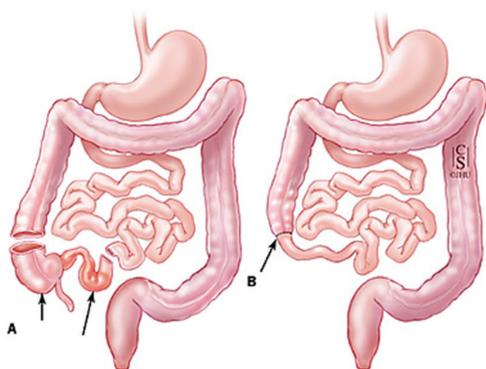
Comment se déroule l'intervention ?

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.

L'avantage de la cœlioscopie est 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 sont également liées aux progrès de l'ensemble de la prise en charge.

La cœlioscopie n'est pas toujours possible à réaliser. C'est pourquoi votre chirurgien vous proposera une laparotomie. On le constate parfois en cours d'intervention (des adhérences liées à des interventions précédentes par exemple) et dans ce cas, le chirurgien changera de technique en cours d'intervention.

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 celle-ci.

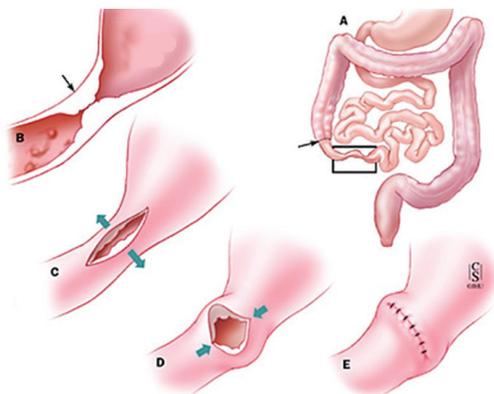


L'intervention

La localisation la plus fréquente de la maladie de Crohn conduisant à la chirurgie est la région iléo caecale (fin de l'intestin grêle-début du colon).

L'intervention consiste en l'ablation de cette zone, en coupant l'intestin grêle en zone saine, et le colon droit.

On réalise une suture entre l'intestin grêle et la partie droite du colon.



Si la maladie est localisée uniquement sur l'intestin grêle, il est possible de faire, en fonction de la longueur de l'atteinte et du nombre de zones atteintes, une résection – suture de l'intestin grêle, ou une « plastie » pour agrandir la zone rétrécie.

Si la maladie touche une partie du colon, on réalisera une résection, suivit d'une suture.

Une stomie : pourquoi ?

Le risque principal après une suture sur l'intestin est une mauvaise cicatrisation de cette suture, qu'on appelle **fistule**.

Ce risque est plus important en cas de dénutrition, de traitement par corticoïdes, d'infection, d'occlusion.

En cas de fistule, une ré intervention peut être nécessaire pour nettoyer l'abdomen, démonter la zone de suture intestinale, extérioriser l'intestin au niveau de la peau, pour dériver les matières. **C'est ce qu'on appelle une stomie.**

– Si vous présentez des facteurs de risque de complications, il est possible de décider d'emblée de ne pas prendre le risque de réaliser une suture intestinale : l'intervention est alors réalisée en retirant la zone d'intestin malade, et en réalisant une stomie.

– Il est également possible qu'une fistule survienne en post opératoire, et nécessite cette réintervention.



Une stomie digestive est **l'abouchement de l'intestin à la peau**. L'alimentation progresse normalement le long du système digestif, et les matières sont extériorisées au niveau de la stomie.

Elle sont recueillies dans une poche, collée à la peau autour de la stomie, et cachée sous les vêtements.

Cette stomie est transitoire, le temps de « récupérer » et de corriger les facteurs de risques existants. Il faudra alors une ré intervention, pour rétablir la continuité digestive.



Les suites post-opératoires

La durée d'hospitalisation dépend de la reprise de votre transit intestinal, et peut varier de 5 à 12 jours, 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, 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 du 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, lymphes). 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 ;
- **si la réalisation d'une stomie** a été nécessaire, une infirmière spécialisée va vous expliquer progressivement comment devenir autonome : nettoyer la peau, changer la poche...Le but est que lors de votre retour à domicile, vous n'ayez besoin d'aucune aide dans votre vie quotidienne, afin de vous permettre de reprendre progressivement vos activités.

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.

Si vous avez une stomie, des ralentisseurs du transit peuvent être prescrits en fonction de la consistance des selles.

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 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'émissions de sang par l'anus, ou de rougeurs ou suintements au niveau de la cicatrice, afin d'être revu plus rapidement. De même, si vous avez des selles très liquides au niveau de votre stomie, il est important de nous en faire part car vous risquez de vous déshydrater.

Il est également nécessaire de décider d'un traitement post opératoire préventif des rechutes de votre maladie de Crohn. Ceci doit être discuté si possible avant l'intervention ou juste après avant votre sortie de l'hôpital.

Les complications

Complications précoces

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

– **Hémorragique** : 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), voir une réintervention. Une transfusion peut également être nécessaire.

– **Fuite au niveau de l'anastomose** : c'est la principale complication après chirurgie de l'intestin. 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.** 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 (pour 3 mois), est généralement mise en place.

– **Troubles du transit intestinal** : ils sont fréquents après l'intervention (diarrhée, constipation, augmentation du nombre de selles). Ces troubles sont variables selon les personnes et selon la portion de l'intestin qui a été enlevée : ce ne sont pas en soit des complications, mais des modifications liées à la modification de votre anatomie.

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.

Si vous avez une stomie, l'épaisseur des selles varie en fonction de l'endroit de l'intestin où est réalisée la stomie : selles liquides sur l'intestin grêle, selles moulées sur le colon.

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** : cette sténose peut être le témoin d'une récurrence de la maladie de Crohn à cet endroit. Cette sténose peut entraîner des signes (douleurs abdominales, troubles du transit, ballonnements...). Sa prise en charge peut être médicale (traitement médicamenteux de la maladie de Crohn), lorsqu'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.