

CHU de Nantes
livret d'information
destiné aux patients

Résection du rectum dans le cas d'un cancer

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

Madame, Monsieur,

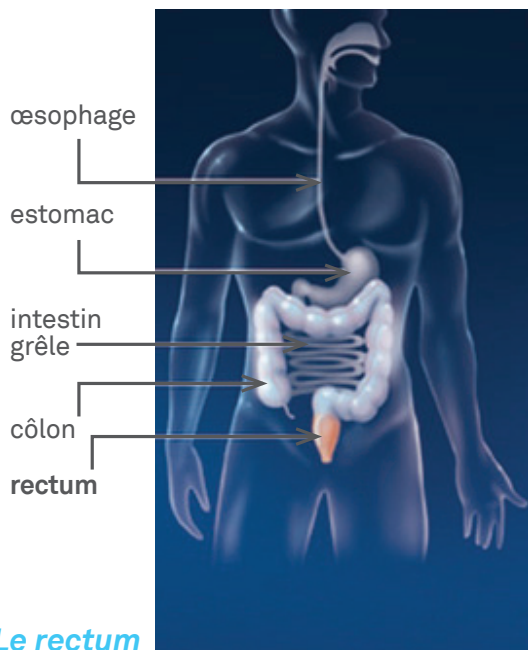
*L'équipe médicale et soignante met à votre disposition ce livret d'information sur la réalisation **d'une résection dans le cas d'un cancer du rectum**. Nous souhaitons que ce document vous apporte les réponses à vos interrogations. N'hésitez pas à nous solliciter pour avoir des informations complémentaires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

Le rectum

Le rectum constitue la **dernière partie du tube digestif**. Il est situé entre le côlon et le canal anal. Sa fonction principale est de **stocker les selles** avant qu'elles soient évacuées par l'anus.

Lorsque le rectum est plein, le besoin d'aller à la selle se fait sentir. C'est un **phénomène réflexe**. Ensuite, sous le contrôle de la volonté, le **sphincter anal** (muscle de l'anus) se relâche, permettant l'ouverture de l'anus et l'évacuation des selles.

Le rectum est de forme cylindrique et mesure entre 15 et 18 cm de long. Son diamètre est variable, il est étroit au niveau de sa jonction avec le côlon sigmoïde et plus large ensuite.

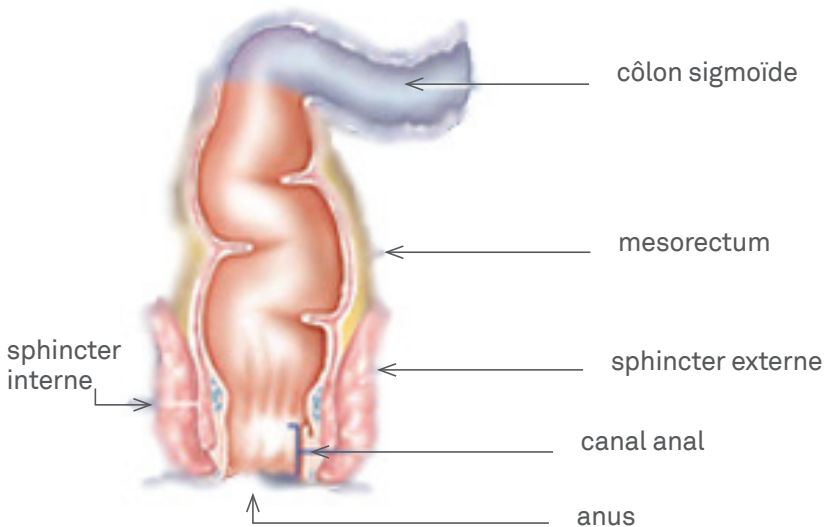


Il est situé **en avant du squelette osseux** constitué par le sacrum et le coccyx, et en arrière de la vessie et de la prostate chez l'homme, et du vagin et de l'utérus chez la femme.

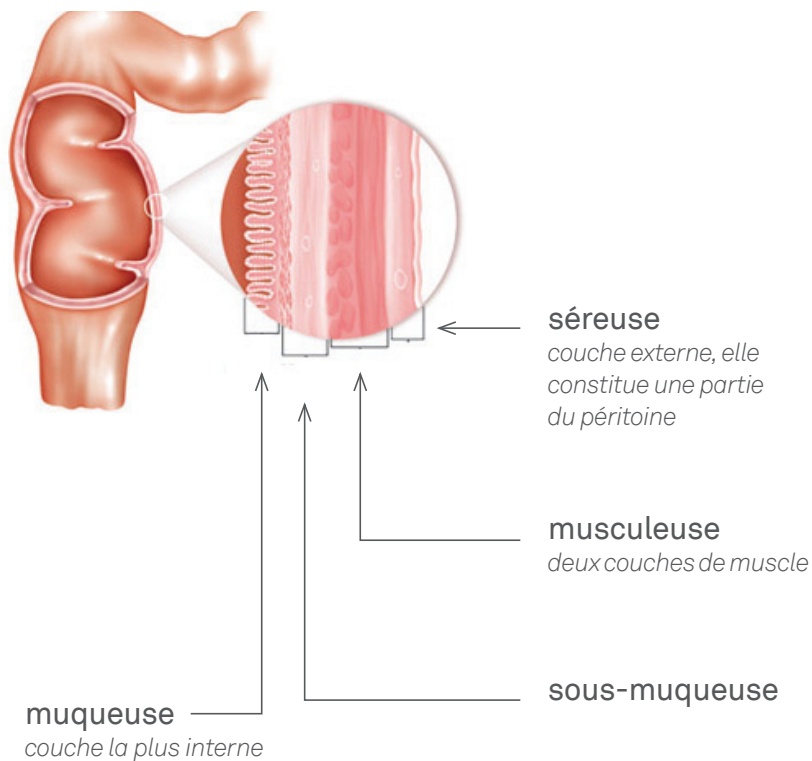
Les aliments sont digérés dans l'estomac et l'intestin grêle. L'organisme en extrait les éléments nutritifs utiles à son fonctionnement. Les déchets alimentaires (substances inutilisables par le corps) sont ensuite **transmis au côlon sous forme liquide**.

Le côlon absorbe l'eau de ces déchets jusqu'à obtenir des selles (matières fécales) semi-solides. Les selles passent ensuite dans le rectum avant d'être évacuées par l'anus.

Le rectum et le canal anal



Les différentes couches de la paroi du rectum



Les cancers du rectum 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.

Le traitement du cancer du rectum

Il dépend du stade, de l'emplacement et de l'étendue de la tumeur et de l'état de santé global de la personne. On associe souvent **la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie** pour traiter le cancer du rectum .

La chirurgie est le traitement de référence. Elle consiste à **retirer la partie du rectum atteinte et le mesorectum**, tissu qui entoure le rectum et contient les ganglions. Le type de chirurgie pratiqué dépend de la distance entre la tumeur et l'anus et de l'étendue de la maladie. La chirurgie peut aussi concerner les organes de proximité. Dans certains cas (tumeur superficielle et de petite taille), seule la tumeur est retirée (exérèse locale par voie naturelle, en passant par l'anus).

En fonction du stade et de l'emplacement de la tumeur, on peut proposer un **traitement pré-opératoire**. Celui-ci permet de **réduire la taille de la tumeur**, et de **réduire le risque de récurrence locale**.

On utilise alors :

- la **radiothérapie**, qui réduit notamment le risque de récurrence locale,

- la **chimiothérapie**, qui réduit le risque de récurrence à distance.

On associe souvent la chimiothérapie à la radiothérapie car cela **rend les cellules cancéreuses plus sensibles aux effets des radiations**. La chimiothérapie peut être utilisée avant ou après la chirurgie.

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 le rectum 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, ou une tumeur plus étendue que prévue) 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 **au moins 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 se déroule de la même façon par laparotomie ou par cœlioscopie.

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

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

L'objectif de la chirurgie est de réaliser l'ablation de la tumeur du rectum en obtenant des **marges de la paroi du rectum 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 rectum doit être retirée** de part et d'autre de la tumeur pour **assurer une marge de sécurité et réduire le risque de récurrence**.

Il existe différents types de chirurgie du cancer du rectum. Le type de chirurgie pratiqué **dépend de la localisation de la tumeur** et plus précisément de sa distance par rapport à l'anus. On distingue les **tumeurs du haut rectum** distantes de 10 à 15 centimètres de l'anus, les **tumeurs du moyen rectum** (5 à 10 centimètres de l'anus) et les **tumeurs du bas rectum** (moins de 5 centimètres de l'anus).

Dans le cas des tumeurs du haut rectum

Le chirurgien **retire le côlon sigmoïde et le tiers supérieur du rectum** en respectant une marge de tissu sain sous la tumeur (au moins 5 cm). La continuité digestive est rétablie par la **réalisation d'une anastomose** – une couture – entre le côlon et le rectum restant, à l'aide d'instruments d'agrafages. Le plus souvent, **il n'est pas nécessaire de réaliser une stomie de protection**.

Dans le cas des tumeurs du moyen rectum

Le chirurgien retire tout le rectum et tout le mesorectum. La continuité digestive est rétablie par une **couture entre le côlon et l'anus**. Par ailleurs, une **stomie temporaire de protection** est réalisée systématiquement afin de favoriser la cicatrisation de la couture entre le côlon et l'anus. Cette stomie (abouchement de l'intestin grêle à la peau) permet de dériver les matières temporairement, pour que celles-ci ne passent pas au niveau de la zone de couture. Après un délai de trois mois, une nouvelle opération est programmée pour **refermer la stomie** et permettre d'évacuer à nouveau les selles par la voie naturelle.

Dans le cas des tumeurs du bas rectum

Le chirurgien **retire le rectum mais aussi, le plus souvent, l'anus et le sphincter de l'anus**. Dans ce cas, il n'est pas possible de réaliser la couture entre le côlon restant et le périnée (région située entre l'anus et les parties génitales). **Une colostomie définitive est donc réalisée**.

Stomie temporaire, stomie définitive ?

Dans certains cas, il est nécessaire de **mettre l'intestin au repos** pour favoriser sa cicatrisation. Une **stomie temporaire**, parfois appelée de protection, est alors pratiquée. Elle permet de dériver les matières temporairement, pour que celles-ci **ne passent pas au niveau de la zone de suture**. Elle reste en place au minimum trois mois, et parfois plus si une chimiothérapie est nécessaire en post-opératoire (six mois). Des examens sont réalisés pour vérifier que la suture est cicatrisée, puis une nouvelle intervention est programmée pour **refermer la stomie** et rétablir la continuité intestinale.

Une **colostomie définitive** est réalisée **quand il n'est pas possible de conserver le canal anal**, si la tumeur est sur le bas rectum. Dans ce cas, il n'est plus possible d'envisager une suture intestinale, et **le côlon est extériorisé au niveau de l'abdomen**, dans le quadrant inférieur gauche. Les selles et les gaz sont donc définitivement recueillis à ce niveau.

Si vous devez avoir une stomie, **une infirmière spécialisée, stomathérapeute**, vous verra avant l'intervention pour repérer avec vous, sur votre abdomen, la position à donner à votre stomie. Elle sera là en post-opératoire pour vous expliquer et vous apprendre à prendre soin de votre stomie.

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 dix à quinze 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 sept à quinze 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 et de votre tension :

– **les douleurs post-opératoire**, qui sont traitées par des **antalgiques** dans la perfusion, adaptés 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 ;

– **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 ;
- si vous avez une **stomie**, des **ordonnances spécifiques pour les poches** vous sont remises. Vous êtes en général **autonome pour prendre soin de votre stomie** et il n'est **pas nécessaire de faire intervenir une infirmière** ;
- les **douches sont autorisées**, il est conseillé d'**éviter les bains** pendant environ quinze jours ;
- vous êtes **revu en consultation post-opératoire** rapidement (quinze jours environ) 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 quatre à six semaines, pour **juger du résultat à distance de la chirurgie** ;
- **la fatigue est normale** en post-opératoire et dure environ un mois. Parfois, un séjour en **maison de repos** avant le retour à la maison est utile, en fonction des éventuels autres problèmes de santé que vous pouvez avoir ;
- 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, 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 des 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), voir une ré-intervention ;

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

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 environ **10 à 15% des cas**, plus fréquemment que pour des sutures à d'autres niveaux du tube digestif. Ce risque est **réduit par la réalisation d'une stomie temporaire** qui permet de dériver les selles.

La fistule se manifeste le plus souvent par de la **fièvre avec des douleurs abdominales et un arrêt du transit digestif, des secrétions sales au niveau du drain abdominal**. 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 **ré-intervention** chirurgicale ;

– les **troubles urinaires** (rétention) sont fréquents (30 à 50% des cas) et concernent **principalement les hommes**. Ils nécessitent parfois de garder la **sonde urinaire** durant quelques jours mais ils **disparaissent assez rapidement** ;

– après l'opération, des **troubles du transit intestinal** sont inévitables : l'ablation partielle ou totale du rectum entraîne une disparition plus ou moins complète de la fonction de « réservoir » qu'il assurait.

Ces troubles peuvent se traduire par une **augmentation de la fréquence des selles** (3 à 4 fois par jour), une **fragmentation des selles** (évacuation en plusieurs fois dans un temps limité), des **selles impérieuses** (incapacité à se retenir pendant plus de quinze minutes), **voire des troubles de la continence**.

Ces troubles sont **plus ou moins marqués selon les patients** et surtout, selon que le rectum a été retiré en partie ou en totalité. **Ils s'améliorent pendant la première ou la seconde année qui suit l'opération**. Lors des consultations de suivi avec le chirurgien ou le gastroentérologue, un traitement adapté au cas par cas est proposé au patient. Par exemple, des **médicaments** (suppositoires, laxatifs) et un **régime alimentaire** peuvent réduire ces troubles et permettre de retrouver une meilleure qualité de vie.

• Complications tardives

– **Adhérences** : toute personne opérée de l'abdomen peut développer des adhérences, ou des brides, posées sur l'intestin, dans les quinze 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 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 de la sexualité** : chez l'homme, le réseau de nerfs qui entoure le rectum a un rôle dans **l'érection et l'éjaculation**. La chirurgie et la radiothérapie réalisée avant l'intervention peuvent **abîmer ces nerfs** et entraîner des **troubles de ces deux fonctions**.

Chez la femme, les troubles se traduisent, le plus souvent, par une **sécheresse vaginale**, une **perte de libido** (désir) parfois des **douleurs** pendant les rapports sexuels ;

– **complications de la stomie** : des complications peuvent apparaître suite à la réalisation d'une stomie.

L'orifice de stomie peut se rétrécir (**sténose**), une partie de l'intestin peut se déplacer en dehors de son emplacement normal (**prolapsus**) ou la paroi musculaire de l'abdomen peut s'affaiblir entraînant une issue des organes sous la peau (**éventration**). Ces complications sont généralement **prises en charge par une nouvelle intervention**.

