

Résection du rectum pour endométriose

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 du rectum pour endométriose**. 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.*

L'endométriose digestive

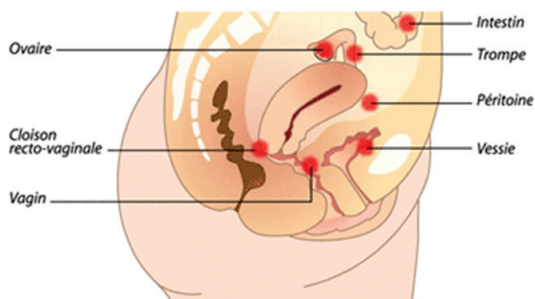
L'endométriose est définie par la présence anormale de tissu endométrial fonctionnel (revêtement « interne » de l'utérus) en dehors de la cavité utérine. Ce tissu est bénin, mais peut être responsable de douleur, d'infertilité.

L'endométriose touche 10 à 15 % des femmes en période d'activité génitale, et vraisemblablement 50 % des femmes touchées par une infertilité

L'atteinte est au début superficielle, sous la forme de nodules bleutés ou noirâtres, de petite taille : ces lésions sont visibles lors d'une exploration coelioscopique. Elle est à ce stade peu ou pas symptomatique.

Sous l'influence de facteurs hormonaux évoluant en fonction du cycle menstruel, ce qui explique le caractère cyclique des symptômes, les nodules augmentent de taille et infiltrent progressivement la paroi musculaire du tube digestif intéressé. La réaction inflammatoire au contact des nodules est le point de départ d'une fibrose cicatricielle intense. Des adhérences souvent serrées se développent au contact de la fibrose. Par contiguïté, le rectum et le sigmoïde se trouvent intégrés dans la réaction fibreuse rétractile et adhérentielle, qui peut également intéresser la cloison rectovaginale et parfois en arrière, l'uretère (conduit entre le rein et la vessie).

Sur le côlon sigmoïde ou région iléo caecale, la fibrose peut être circonférentielle, en gainante et conduire à des sténoses (rétrécissement) digestives serrées responsables de phénomènes occlusifs



On estime de 5 à 12% la localisation digestive de l'endométriose.

Dans 90% des cas, c'est la région du rectum et du sigmoïde qui est touchée.

Pourquoi une intervention ?

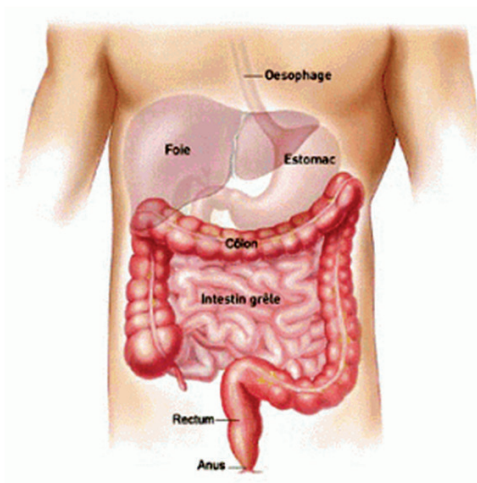
Le but de réaliser une intervention chirurgicale est de soulager les symptômes (douleurs, saignements...), et de permettre une prise en charge secondaire d'une éventuelle infertilité.

La technique chirurgicale choisie doit réséquer le maximum d'implant endométriosique, sans altérer la fonction ovarienne (importante pour la fertilité), et en respectant au mieux la qualité de vie ultérieure. À l'inverse d'une pathologie cancéreuse, on peut laisser en place des lésions d'endométriose si leur exérèse entraîne des séquelles plus importantes que les bénéfices attendus.

Pour les lésions d'endométriose digestive, on peut donc réaliser :

- **une résection digestive** : section de l'intestin de part et d'autre de la lésion et suture digestive ;
- **une excision** : exérèse d'une pastille de paroi, avec suture directe ;
- **un « shaving »** : peler (raser) la séreuse (la surface extérieure de l'intestin).

Résection du 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.

Retirer le rectum va donc avoir des conséquences sur la fonction « réservoir » de cette dernière partie du tube digestif.

Comment se déroule l'intervention ?

La veille de l'intervention, vous allez **boire une purge**, afin de vider complètement votre tube digestif afin de réaliser une suture sur un intestin « propre ».

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 **coelioscopie** (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 coelioscopie n'est pas toujours possible à réaliser. On le sait parfois avant l'intervention (la taille de la lésion d'endométriose, des interventions précédentes...), 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 un nodule plus étendu que prévu) et dans ce cas, votre chirurgien change de technique en cours d'intervention.

L'avantage de la coelioscopie serait 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 coelioscopie, mais également aux progrès de l'ensemble de la prise en charge.

L'intervention est réalisée conjointement entre chirurgien gynécologique et chirurgien viscéral. Dans certains cas, un chirurgien urologue peut également intervenir.

Pendant que vous dormez, une sonde urinaire est mise en place, qui sera gardée au moins 48h 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.

Elle commence par une phase d'observation pendant laquelle le chirurgien examine la cavité abdominale afin de faire l'inventaire des lésions d'endométriose existantes.

Après cette phase d'observation, la phase de résection des lésions proprement dite débute, pendant laquelle le chirurgien retire le segment de rectum (ou de recto sigmoïde) où se situe le nodule d'endométriose.

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.

Réalisation d'une stomie temporaire

Dans certains cas, il est nécessaire de mettre l'intestin au repos pour favoriser sa cicatrisation. **Une stomie (intestin extériorisé au niveau de la peau) temporaire est alors pratiquée.** Elle permet de dériver les matières temporairement, pour que celle-ci ne passent pas au niveau de la zone de suture. Elle reste en place au minimum 3 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.

Cette décision de réaliser une stomie temporaire peut être prise **avant l'intervention**, compte tenu de l'importance des lésions, ou parfois **en cours d'intervention**, devant la découverte de lésions plus étendues que prévu.

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.



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.

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

Les suites post-opératoires

La durée d'hospitalisation dépend de la reprise de votre transit intestinal, et peut varier de 7 à 15 jours.

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, lymphe). Ce drain est retiré par l'infirmière le plus souvent le troisième ou le quatrième 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 **piques 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 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'émission de sang par l'anus, ou de rougeur ou suintement au niveau de la cicatrice, afin d'être revu plus rapidement.

Les complications

Les 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 des 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 ré intervention. Une transfusion peut être nécessaire ;

– **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'autre niveau 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 sécrétions sales au niveau du drain abdominal.

Si une suture a été réalisée au niveau du rectum et du vagin, le risque est de développer une fistule recto vaginale, avec dans ce cas, des selles qui sortent par le vagin.

Le diagnostic est fait par un **scanner abdominal** (pour une fistule intra abdominale) qui précise la gravité, par l'examen clinique (pour la fistule recto vaginale) : 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.

Les troubles urinaires sont fréquents, de l'ordre de 30%. Ils sont liés aux atteintes des nerfs du petit bassin par l'endométriose. Ils se manifestent par une difficulté à uriner, un jet faible, une vidange incomplète de la vessie. Ils peuvent nécessiter de remettre une sonde urinaire. Parfois, cette sonde urinaire devra être gardée à votre sortie d'hospitalisation pour quelques semaines.

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 patientes 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, 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 15 jours qui suivent l'intervention. Ces adhérences ou brides ne disparaissent pas avec le temps. Elles peuvent être responsables d'une occlusion, y compris des années après l'opération, nécessitant une réhospitalisation, et parfois une réintervention.

– **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 urinaires** : les troubles constatés en post opératoire immédiats sont le plus souvent résolus en quelques semaines. La mauvaise vidange de la vessie expose à un risque infectieux plus important. Dans certains cas, il est nécessaire d'apprendre à pratiquer des autosondages (vidange plusieurs fois par jour de la vessie par une petite sonde mise en place par la patiente elle-même).