

NOTE D'INFORMATION SUR L'ABLATION DU COLON SIGMOÏDE POUR MALADIE DIVERTICULAIRE

ANATOMIE ET STRUCTURE DU COLON NORMAL

L'intestin humain comporte l'intestin grêle situé au milieu de la cavité abdominale, et le gros intestin ou colon, qui l'encadre. Le colon comporte quatre parties (schéma) ; l'ensemble du colon mesure environ 1,5 mètre chez l'adulte.

La paroi colique est composée de 3 couches : la muqueuse qui est en contact avec les matières ; la musculuse qui assure par ses contractions la progression des matières ; enfin le péritoine qui emballe le colon sur sa surface extérieure.

QU'EST CE QUE LA DIVERTICULOSE COLIQUE?

Un diverticule est une anomalie, acquise au cours de l'existence. C'est une hernie de la muqueuse colique à travers la paroi musculaire. Un diverticule est donc très fin, il communique avec l'intérieur du colon, des matières peuvent venir l'occuper (schéma).

Ils apparaissent sur la partie terminale du colon, c'est à dire sur le colon sigmoïde. La constipation chronique et la consommation insuffisante de fibres alimentaires sont les facteurs favorisants à l'apparition de diverticules. Ils sont très fréquents après l'âge de 60 ans (30%), plus rare chez les sujets jeunes, ils peuvent quand même être observés dès 35 ans.

Le diagnostic des diverticules se fait par la colonoscopie et/ou la tomodensitométrie (scanner).

Le plus souvent les diverticules n'entraînent aucun trouble. Néanmoins chez 15 à 20% des sujets qui en sont porteurs, peuvent survenir des complications. La plus fréquente est l'infection d'un ou de plusieurs diverticules (diverticulite ou « sigmoïdite »). Cette infection est due à l'obstruction du diverticule, les microbes ainsi prisonniers dans le diverticule pullulent et provoquent l'infection. Il s'ensuit douleur abdominale et fièvre. Si cette infection n'est pas traitée efficacement le diverticule peut se fissurer, il peut alors se développer un abcès ou une péritonite.

QUEL EST LE TRAITEMENT DE LA DIVERTICULOSE

En dehors des complications, les diverticules ne nécessitent pas de traitement particulier. Le régime riche en fibres, et particulièrement en son (pain complet) est le seul traitement des formes non compliquées.

En cas de diverticulite un traitement antibiotique associé à un régime sans résidu (pauvre en fibres) parviennent rapidement à juguler l'infection. La péritonite est une urgence chirurgicale.

C'est pour éviter une récurrence de l'infection que l'on est amené à proposer un traitement chirurgical. On peut parfois proposer l'intervention après des poussées de diverticulite : chez les patients jeunes (moins de 50 ans), en cas de poussée sévère à la tomodensitométrie (abcès), chez les sujets immunodéprimés ou recevant une corticothérapie au long cours, en cas de fistule colovésicale ou colovaginale, d'hémorragie récidivante ou de sténose (et en cas de doute avec un cancer) mais aussi parfois chez les patients qui restent symptomatiques malgré un traitement médical bien conduit.

EN QUOI CONSISTE LA SIGMOIDECTOMIE ?

L'opération indiquée dans cette affection se nomme sigmoïdectomie. Elle consiste à enlever la totalité du colon sigmoïde. Après l'ablation du colon malade, le circuit intestinal est rétabli immédiatement, il n'y a donc pas d'anus artificiel (schéma). Pour que l'intervention se déroule dans de bonnes conditions, il est parfois nécessaire de faire une préparation du colon.

Actuellement chaque fois que c'est possible, cette intervention se fait par laparoscopie (coelioscopie). Cette technique permet de diminuer la taille des incisions, ce qui diminue la douleur après l'intervention. L'intervention se déroule sous anesthésie générale et dure en moyenne 2 heures.

Il faut savoir que cette opération par coelioscopie peut être impossible à réaliser pour des raisons locales (adhérences, difficultés, complications...); dans ce cas, il peut être nécessaire de convertir en une opération classique, à ciel ouvert, au cours de la même anesthésie.

COMMENT SE DEROULENT LES SUITES OPERATOIRES

Soigner dans les meilleures conditions et assurer un meilleur confort post opératoire sont des priorités absolues pendant tout le séjour à l'hôpital

Le(a) patient(e) est encouragé(e) à se lever l'après-midi de l'intervention si son état le permet

Il sera proposé l'ingestion d'aliments liquides très rapidement sans attendre la reprise des gaz.

La mastication de chewing-gum favorise la reprise du transit : pensez à en amener à l'hôpital et à en prendre dès le soir de l'opération.

Si une sonde urinaire a été mise, elle sera enlevée le lendemain de l'intervention, pour un meilleur confort. Il est possible (mais c'est rare) que vous ayez des difficultés à uriner tout(e) seul(e), l'équipe médicale serait alors amenée à remettre une sonde urinaire pendant quelques jours.

Ordinairement il n'y a pas de drain abdominal, ni de sonde gastrique. Toutefois on observe de temps en temps un retard dans le transit intestinal avec des nausées pendant quelques jours.

La reprise du transit intestinal se manifeste par l'apparition de gaz puis de selles liquides. Ces selles liquides normales après une colectomie disparaissent

progressivement. A distance de l'intervention le transit redevient le même qu'avant l'intervention.

COMPLICATIONS POSSIBLES

Une complication est toujours possible après une chirurgie colique.

Les complications non spécifiques sont les risques de phlébites, d'hémorragies ou d'allergies. La chirurgie colique est dite septique, les risques d'abcès de paroi sont donc plus importants. Ils se traitent par l'ablation de quelques fils de suture ou agrafes puis par des soins locaux (pansements).

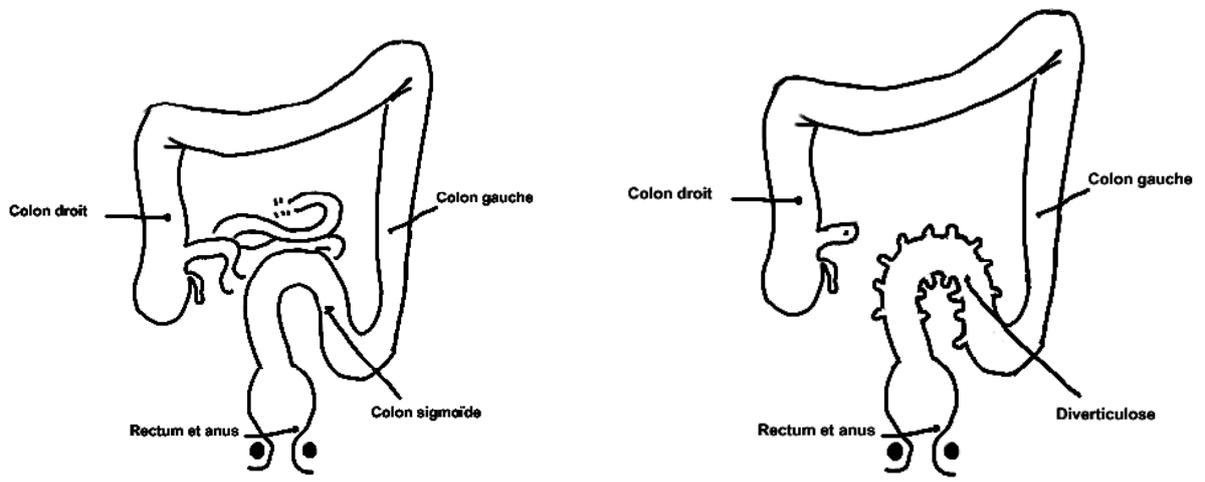
La complication la plus grave est l'apparition d'une fistule (fuite) sur l'anastomose, par défaut de cicatrisation entre les deux extrémités digestives. Il s'ensuit un abcès dans la cavité abdominale, ou une péritonite post-opératoire qui nécessite alors une réintervention. Il est parfois nécessaire pour mettre les tissus au repos, de mettre alors en place une stomie provisoire (anus artificiel) qui nécessitera alors une nouvelle intervention quelques mois plus tard pour rétablir le circuit normal. Cette complication grave est rare (5%).

SURVEILLANCE APRES L'INTERVENTION

Le fait de raccourcir le colon de quelques centimètres ne présente aucune conséquence, le transit intestinal n'est pas affecté. Après un régime de quelques jours dans les suites immédiates de l'opération, une alimentation tout à fait normale peut ensuite être reprise. Bien sûr les patients qui présentaient une constipation ou une colopathie spasmodique avant l'intervention ne verront pas leur pathologie antérieure modifiée par l'ablation du colon sigmoïde.

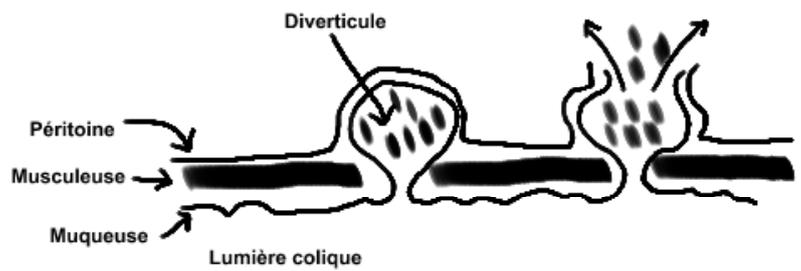
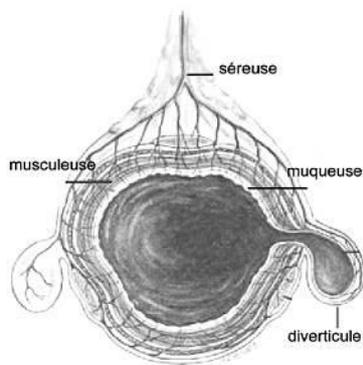
Effectuer une sigmoïdectomie permet la guérison de la diverticulose. Le risque d'infection de nouveaux diverticules sur le colon restant est extrêmement faible (moins de 2%).

S'il n'y avait que des diverticules sur la colonoscopie préopératoire, il n'est pas nécessaire de réaliser une surveillance endoscopique après l'opération.

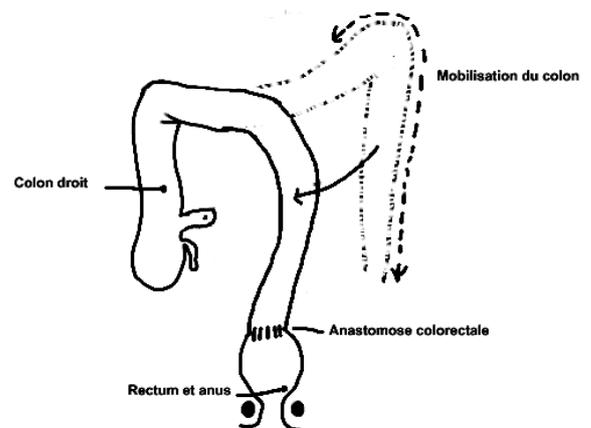
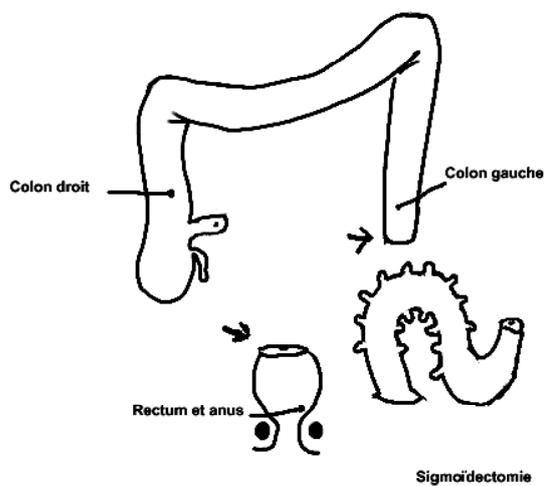


Colon normal (« lisse »)

Diverticules sur le colon sigmoïde



Diverticules (paroi fine, risque de perforation)



Sigmoidectomie avec rétablissement de la continuité digestive.