

Fiche d'information sur la **LA CHIRURGIE du COLON GAUCHE**

1°) Qu'est-ce que le COLON GAUCHE ? :

L'intestin est divisé en 2 parties :

- L'intestin grêle (ou petit intestin) dont la partie terminale se nomme l'iléon.
- Et le gros intestin ou COLON, se divisant également en 3 parties :

_ Le colon droit.

_ Le colon transverse.

_ Le colon gauche se divise en 2 parties :

- Le colon descendant

- Et le colon sigmoïde lui-même relié au rectum par un raccordement appelé charnière recto-sigmoïdienne.

Le colon gauche est alimenté par 2 systèmes :

- Le système vasculaire : artères et veines,

- Et le système lymphatique (vaisseaux lymphatiques et ganglions).

Les pathologies du colon gauche les plus fréquentes, nécessitant une intervention sont :

- Les inflammations du colon gauche :

a. les maladies inflammatoires du tube digestif,

b. les inflammations secondaires à une inflammation d'un diverticule sigmoïdien appelées sigmoïdite.

- Les polypes du colon gauche.

- Les cancers du colon gauche.

2°) La colectomie gauche :

Une colectomie gauche est une ablation du colon gauche. Cette intervention peut être réalisée soit par :

- laparotomie (chirurgie ouverte),

- cœlioscopie (c'est-à-dire en introduisant une caméra et des instruments longs permettant de réaliser l'intervention sous contrôle vidéo).

Le raccordement du tube digestif, d'amont et d'aval, est effectué par couture manuelle, ou par l'intermédiaire de pince mécanique dite « type agrafe ».

.../...



DOCTEUR SERGIU BUSUIOC

43 1 00160 1

00 1 20 2 04

CAB CONV ZISD IK SPE

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE
URGENCES CHIRURGICALES

.../...

Le colon transverse gauche est donc rabouté sur le rectum. La colectomie gauche ne se limite pas à la section unique du colon gauche. La partie adjacente, appelée méso-colon (contenant les artères, les veines et les ganglions) est également emportée avec le colon gauche.

Une analyse au microscope (ou histologie) s'effectuera secondairement sur la pièce opératoire, tant au niveau du colon, que des ganglions.

Il est important de savoir que toute couture sur le colon a un risque de fuite (suture non étanche), c'est-à-dire de fistule. En cas de risque de fuite prévisible trop importante, votre chirurgien peut être amené à réaliser une dérivation temporaire dans le but de protéger la couture. La dérivation est donc un anus artificiel qui peut être réalisé soit :

- sur l'intestin grêle (au niveau de l'iléon), on parle alors donc d'iléostomie,
- soit au niveau du colon d'amont restant et on parle de colostomie.

Ces 2 techniques permettent de protéger la couture le temps de la cicatrisation entre le colon et le transverse. L'anus temporaire sera donc refermé quand cette cicatrisation sera obtenue. Un délai de 2 à 3 mois est généralement préconisé.

Votre chirurgien vous précisera les facteurs faisant suspecter à l'avance un risque d'iléostomie ou de colostomie provisoires.

Les risques prévisibles de mauvaise cicatrisation peuvent être soit une couture réalisée dans un milieu très inflammatoire, ou une couture située à une distance trop proche de l'anus. (En effet, si la couture s'effectue à une distance trop proche de l'anus, à savoir une couture entre le colon et la partie basse du rectum, le risque de fistule devient très important. Dans ce cas, le chirurgien devra protéger la couture en dérivant les selles en amont, soit par une iléostomie soit par une colostomie.)

3°) La colectomie gauche par voie coelioscopique :

A l'état normal, le contenu de l'abdomen est en contact étroit avec la paroi musculaire. Pour obtenir un espace permettant d'introduire la caméra vidéo, il convient de gonfler l'abdomen, en réalisant une bulle de travail. L'intervention commence par injection de gaz CO₂ dans l'abdomen. Cette phase de travail est appelée pneumopéritoine. Quand l'espace de travail est créé, le chirurgien utilise les trocarts permettant de contenir le gaz dans l'abdomen.

C'est par l'intermédiaire de ces trocarts que sont introduits la caméra, les instruments, et les pinces chirurgicales. Les trocarts sont mis en place par des petites incisions cutanées, réalisées sur la paroi. L'intervention se déroule ensuite à « ventre fermé ».

CLINIQUE BON SECOURS
67^{bis}, Avenue Maréchal Foch - CS 60116
43009 LE PUY-EN-VELAY CEDEX

CABINET YSSINGEAUX
97 Avenue de la Marne
43200 YSSINGEAUX

Secrétariat chirurgie: 04.71.09.88.22 Standard: 04.71.09.88.00



DOCTEUR SERGIU BUSUIOC

43 1 00160 1

00 1 20 2 04

CAB CONV ZISD IK SPE

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE
URGENCES CHIRURGICALES

Le chirurgien manipule les instruments à l'intérieur de votre abdomen et réalise donc la colectomie gauche, et l'anastomose (c'est-à-dire le raboutement du colon transverse sur le rectum). Le colon gauche est extériorisé par une mini ouverture.

4°) Les risques possibles :

- Le risque majeur de la colectomie gauche est la fistule anastomotique, autrement dit la fuite de matière, à travers la suture colique (suture non étanche), que cette même suture soit effectuée à la main, ou à l'aide de pince mécanique, par cœlioscopie ou laparotomie.

Cette fistule peut entraîner une péritonite post opératoire (infection de la cavité abdominale) pouvant imposer une réintervention en urgence et parfois la confection d'un anus artificiel temporaire (iléostomie ou colostomie). Ce risque de fistule anastomotique représente de 3 et 8 % des colectomies gauches et peut persister les 7 premiers jours post opératoires. Ce risque est majoré chez les patients immuno-déprimés et/ou si la couture entre le colon et le rectum se trouve très proche de l'anus.

En cas de risque prévisionnel trop important de fistule digestive post-opératoire, le chirurgien pourra être amené à court-circuiter de principe les selles par un anus temporaire provisoire.

- La chirurgie de la colectomie gauche est une chirurgie potentiellement contaminante, en raison des bactéries contenues dans le colon. Celle-ci expose à un risque d'abcès de paroi (abcès de cicatrice) et d'abcès intra péritonéal (abcès à l'intérieur de l'abdomen), pouvant nécessiter des soins locaux par une infirmière pour la paroi, voire un drainage (évacuation au travers de la peau) pour l'abcès intra-abdominal. 5 à 10 % des opérés du colon gauche présentent secondairement un abcès de paroi.

- Des troubles de l'érection chez l'homme ont été décrits et ont pu nécessiter une consultation urologique (troubles expliqués par étirement des nerfs de l'érection).

- Les autres complications de la colectomie gauche sont inhérentes à tout acte de chirurgie abdominale (hémorragie, infection, phlébite, atteinte ou plaie d'un autre organe abdominal).

Certains risques sont inhérents à l'anesthésie générale comme :

- . Une embolie pulmonaire,
- . Une attaque cérébrale
- . Un infarctus.
- . Une paralysie d'un membre par compression nerveuse.

.../...

CLINIQUE BON SECOURS
67^{bis}, Avenue Maréchal Foch - CS 60116
43009 LE PUY-EN-VELAY CEDEX

CABINET YSSINGEAUX
97 Avenue de la Marne
43200 YSSINGEAUX



DOCTEUR SERGIU BUSUIOC

43 1 00160 1

00 1 20 2 04

CAB CONV ZISD IK SPE

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE
URGENCES CHIRURGICALES

.../...

. D'autres risques sont spécifiques à la cœlioscopie comme l'exceptionnelle embolie gazeuse (passage de gaz dans la circulation).

En résumé, lorsqu'une complication est constatée durant l'intervention, elle peut être traitée, dans la plupart des cas, par cœlioscopie ou chirurgie ouverte. Le traitement d'une complication peut nécessiter le passage de la cœlioscopie à la chirurgie ouverte, pour régler le problème.

En ce qui concerne les complications post opératoires, toutes les précautions seront prises. C'est en prévoyant tous les éventuels problèmes post opératoires que ceux-ci pourront être évités.

Pour cela, un bilan préopératoire (consultations anesthésie et pré anesthésie), complété au besoin par des consultations spécialisées type cardiologiques ou pneumologiques est systématique.

Lors de l'hospitalisation, un des chirurgiens de l'équipe est joignable 24h/24h, weekend et jours fériés compris. Des visites quotidiennes chirurgicales seront systématiques. En post opératoire immédiat, vous serez hospitalisé(e) dans un service de surveillance intensive, ce qui nous permettra de vérifier constamment tous vos paramètres.

5°) En préopératoire :

- Vous avez donc bénéficié d'une consultation, auprès du chirurgien :

. Le chirurgien vous a expliqué la nécessité, le but, les tenants et aboutissants de la colectomie gauche.

. La date opératoire a été convenue, ainsi qu'un rendez-vous auprès de nos confrères anesthésistes.

. Au cas par cas, un rendez-vous auprès d'un pneumologue, ou d'un cardiologue sera demandé.

- D'autre part, différents documents vous seront remis dont :

. Une fiche de préadmission : à présenter complétée le jour de votre rendez-vous avec l'anesthésiste à l'accueil principal de la Clinique.

. Un questionnaire médical pour les anesthésistes : nécessité de le remplir avant le rendez-vous et à compléter lors de l'entretien.

. Cette fiche d'information : à compléter, signer et à remettre à la secrétaire d'anesthésie lors de la consultation.

. Une ordonnance pour des bas de contention (les bas seront à apporter le jour de votre hospitalisation).

. Une ordonnance pour une ceinture de contention abdominale en cas de chirurgie par laparotomie.

. Une fiche de « régime sans résidu » : à débiter 8 jours avant l'intervention.

CLINIQUE BON SECOURS
67^{bis}, Avenue Maréchal Foch - CS 60116
43009 LE PUY-EN-VELAY CEDEX

CABINET YSSINGEAUX
97 Avenue de la Marne
43200 YSSINGEAUX



DOCTEUR SERGIU BUSUIOC

43 1 00160 1

00 1 20 2 04

CAB CONV ZISD IK SPE

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE
URGENCES CHIRURGICALES

6) L'hospitalisation dans le service de chirurgie :

- *Hospitalisation :*

. Vous serez hospitalisé(e) la veille de l'intervention vers 16 heures.

Nécessité de faire l'entrée administrative à l'accueil principal de la Clinique.

. Monter dans le service où vous serez accueilli(e) par l'infirmière.

. Préciser à l'infirmière votre souhait d'être transféré secondairement en Maison de convalescence, à la suite de votre hospitalisation, avant de retourner définitivement à votre domicile. Ne pas oublier de vérifier avec elle le numéro de téléphone de la personne de confiance, avec laquelle les chirurgiens pourront s'entretenir.

. Remettre à l'infirmière votre dossier d'entrée, les résultats d'examens sanguins et morphologiques.

. Visite des chirurgiens et des anesthésistes.

. Douche antiseptique (entretien avec aide-soignante).

. Repas le soir, puis à jeun à partir de minuit.

. En cas de nécessité de coloscopie préopératoire, il vous sera administré une purge.

- *Bloc opératoire le lendemain dans la journée :*

L'intervention de la colectomie gauche dure environ d'1 h ½ à 3 heures.

Cette intervention s'effectue sous anesthésie générale. Dans certains cas, une rachis anesthésie vous sera proposée : ce sont des injections anesthésiques, directement au niveau de la colonne vertébrale. La rachis anesthésie permet de diminuer toute douleur postopératoire. Celle-ci est souvent proposée, dans le cas de colectomie gauche par laparotomie.

Durant l'intervention, il sera mis en place une perfusion, soit par voie périphérique ou voie centrale, ainsi qu'une sonde urinaire.

En postopératoire, vous serez réveillé(e) en salle de réveil, puis secondairement transféré(e) dans le service SPC (services de soins intensifs de chirurgie situés au 3^{ème} étage) ou dans votre chambre au 3^{ème} étage.

Votre passage en réanimation, ou aux soins intensifs sera déterminé par le chirurgien et l'anesthésiste. Ce séjour, en unité de soins particuliers, permet de réaliser une meilleure surveillance, et ainsi régler, au plus tôt, une éventuelle complication. Vous serez donc sous surveillance monitoring (pouls, tension, rythme cardiaque, température, diurèse et bilan).

Le soir de votre intervention, vous resterez à jeun, avec des médicaments, contre la douleur, administrés par voie veineuse et/ou par rachis anesthésie.

.../...

CLINIQUE BON SECOURS
67^{bis}, Avenue Maréchal Foch - CS 60116
43009 LE PUY-EN-VELAY CEDEX

CABINET YSSINGEAUX
97 Avenue de la Marne
43200 YSSINGEAUX



DOCTEUR SERGIU BUSUIOC

43 1 00160 1

00 1 20 2 04

CAB CONV ZISD IK SPE

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE
URGENCES CHIRURGICALES

.../...

L'alimentation s'effectuera progressivement et les traitements seront administrés par la bouche. Une prévention des phlébites et protection gastrique sera systématique. En cas de laparotomie, une ceinture de contention abdominale vous sera préconisée.

En cas d'iléostomie, un entretien avec le diététicien de la Clinique sera effectué et une feuille de régime vous sera remise.

- *Sortie de la Clinique :*

En cas de retour à domicile, vous quitterez la Clinique, en fin de matinée.

Lorsque vous quitterez la Clinique les papiers suivants vous seront donnés :

- . Des ordonnances d'antalgiques et d'Héparine afin d'éviter toute phlébite secondaire,
- . Des ordonnances pour les infirmières pour les injections d'Héparine et d'éventuels soins locaux.
- . 2 rendez-vous de consultation postopératoire avec le chirurgien vous seront notifiés.
- . Un arrêt de travail vous sera donné si nécessaire.
- . Il vous est recommandé de marcher, d'éviter le port de charge lourde.
- . En cas de nécessité d'ablation d'agrafes, celles-ci seront enlevées par le chirurgien lors de la consultation de contrôle ou par une infirmière à domicile.
- . Les douches sont autorisées dès le retour à domicile, en l'absence de soins locaux, au niveau de la paroi. Il faudra attendre une quinzaine de jours pour la prise de bains en eau douce ou en piscine.
- . En ce qui concerne l'alimentation, il n'y a aucun régime particulier à prévoir, en l'absence d'anus artificiel type iléostomie, mais il est nécessaire d'adapter l'alimentation en fonction du transit à savoir : une bonne hydratation, des fruits et légumes si constipation, des pâtes, riz, semoule si diarrhée. En effet, vous aurez le transit perturbé pendant 3 à 4 mois.
- . En présence d'iléostomie, un régime sans résidus strict sera nécessaire. En effet, la production de selle par l'iléostomie étant très liquide, l'alimentation sans résidus permettra d'épaissir le liquide fécaloïde.

Un exemplaire de votre courrier sera envoyé aux différents médecins.

En cas de transfert en maison de convalescence, tous les documents médicaux seront directement transmis à la structure concernée.

- *1er rendez-vous de consultation :*

Votre chirurgien vous reverra au rendez-vous prévu. Nous aurons récupéré, entre temps, le résultat de l'analyse (histologie de la pièce opératoire). En fonction du résultat de la pièce opératoire, un traitement éventuel sera proposé.

CLINIQUE BON SECOURS
67^{bis}, Avenue Maréchal Foch - CS 60116
43009 LE PUY-EN-VELAY CEDEX

CABINET YSSINGEAUX
97 Avenue de la Marne
43200 YSSINGEAUX



DOCTEUR SERGIU BUSUIOC

43 1 00160 1

00 1 20 2 04

CAB CONV ZISD IK SPE

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE
URGENCES CHIRURGICALES

En tout état de cause, sachez qu'en cas de chirurgie carcinologique, votre dossier sera présenté et discuté en réunion multidisciplinaire (RCP départementale), avec chirurgiens, gastro-entérologues, radiologues, histologistes, et cancérologues du département.

En cas de dérivation provisoire d'amont, type iléostomie ou colostomie, un contrôle de la couture entre le colon et le rectum sera réalisé par examen radiologique.

Il sera bien évidemment abordé en consultation le moment et la date de la réintervention pour le rétablissement de continuité (fermeture de l'anus temporaire).

6°) Quand faut-il recontacter votre chirurgien ? :

Outre le contrôle postopératoire porté à votre connaissance, vous devez absolument contacter l'équipe chirurgicale, votre médecin traitant ou le service des urgences, dans les cas suivants :

- fièvre importante supérieure à 38°C,
- frissons,
- saignements,
- gonflement du ventre allant en augmentant,
- douleurs qui augmentent,
- persistance de nausées et de vomissements,
- difficultés respiratoires,
- difficultés à s'alimenter,
- suintement de liquide par n'importe quelle incision,
- déshydratation avec perte de poids importante,
- brûlure importante autour de l'anus artificiel si iléostomie.

Date :

Chirurgien,
Dr BUSUIOC

Patient(e) :

Ce document est à rendre signé lors de la consultation en anesthésie.

CLINIQUE BON SECOURS
67^{bis}, Avenue Maréchal Foch - CS 60116
43009 LE PUY-EN-VELAY CEDEX

CABINET YSSINGEAUX
97 Avenue de la Marne
43200 YSSINGEAUX