

**Dr Michel Vionnet**

Spécialiste F.M.H en chirurgie

Rue de Guillermaux 12

1530 Payerne

Payerne, le



026/ 660 01 07



026/ 660 01 08



info@chirbroye.ch



www. chirbroye.ch

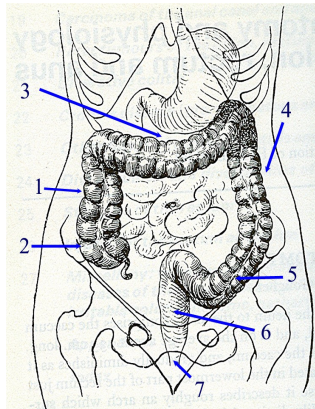
## FORMULE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

### POUR RESECTION DU GROS INTESTIN

M.

Madame, Monsieur,

**Vous subirez prochainement une résection du gros intestin. De quoi s'agit-il ?**



Comme vous le montre la figure 1, le côlon se compose de 4 parties :

Le côlon droit (ou ascendant) (1) dont la base est le caecum (sur lequel s'implante l'appendice) (2); le côlon transverse (3), le côlon gauche (ou descendant) (4) et le sigmoïde (5). Il se poursuit par le rectum (6) et l'anus (7).

La fonction essentielle du côlon est de réabsorber l'eau et les électrolytes, ce qui a pour conséquence d'épaissir les selles tout au long de leur progression dans cette partie terminale du tube digestif. Les bactéries sont très nombreuses et participent à la digestion en produisant des gaz.

Le côlon peut être le siège de différentes maladies dont certaines doivent être traitées par la chirurgie. Parmi les plus fréquentes, se trouvent la maladie diverticulaire, les polypes et les cancers. La maladie diverticulaire peut se localiser à tout le côlon mais elle atteint de façon préférentielle la partie gauche, dans son segment appelé le "sigmoïde".

Les diverticules représentent de petites poches qui se développent sur la paroi du côlon et forment de petites herniations. Cette maladie est extrêmement fréquente puisqu'on estime qu'à 80 ans environ 80% de la population a des diverticules. Ces diverticules se manifestent le plus souvent par une inflammation ou une infection qui évolue généralement favorablement avec un traitement non opératoire. Parfois, un abcès ou une perforation peuvent survenir et nécessiter, selon l'évolution, un

traitement chirurgical en urgence. L'autre manifestation des diverticules est le saignement avec passage de sang frais par l'anus. En principe, il y a une indication à un traitement chirurgical de la maladie diverticulaire après deux épisodes de symptômes, voire trois épisodes.

Les polypes représentent des excroissances de la muqueuse du côlon (couche interne). Ils se manifestent le plus souvent par des saignements. Selon leur taille, ils peuvent parfois perturber le transit, voire provoquer une occlusion intestinale. Ils sont le plus souvent réséqués par endoscopie lors d'une coloscopie mais parfois ils sont trop gros ou leur base d'implantation trop large pour être enlevés par cette méthode et on propose alors une résection chirurgicale. Une autre indication à ce type de résection est le polype cancérisé.

Les cancers sont des tumeurs malignes du côlon. Ils se développent le plus souvent à partir des polypes et se manifestent en général par des saignements ou une anémie, voire une fatigue. Le premier signe, suivant la taille et la localisation, peut être une occlusion de l'intestin.

### **L'opération :**

Elle se déroule sous anesthésie générale, par voie ouverte (laparotomie) ou à l'aide d'une caméra et d'instruments longs (laparoscopie). Le choix de la voie d'abord dépend du type de maladie et de son évolution, d'éventuelles opérations abdominales antérieures, ainsi que d'autres maladies présentées par le patient.

L'opération consiste à enlever le segment de gros intestin malade et les interventions les plus couramment pratiquées sont l'ablation du côlon gauche ou du côlon droit. Avec le segment enlevé, on résèque également les vaisseaux qui le perfusent et le drainent (artères, veines, vaisseaux lymphatiques et ganglions). Les extrémités de l'intestin sont ensuite recousues manuellement ou à l'aide d'une pince à agrafage mécanique. Cette suture n'est pas une soudure mais elle met simplement en contact des tissus vivants afin qu'ils cicatrisent.

Selon l'état inflammatoire ou l'évolution de la maladie, on peut être conduit à pratiquer une colostomie temporaire ou définitive (encore appelée "anus artificiel").

### **Complications non spécifiques à l'opération :**

Comme pour toute intervention, des complications générales telles que thrombose veineuse profonde, embolies pulmonaires ou infection peuvent survenir. Afin d'éviter une infection post-opératoire au niveau abdominal, vous recevrez des antibiotiques de manière prophylactique. Pour prévenir une infection pulmonaire, qui peut survenir fréquemment après une opération au niveau du ventre, vous effectuerez de la physiothérapie respiratoire après l'opération. Pour lutter contre le risque de thrombose ou d'embolies, nous vous prescrivons durant votre séjour à l'hôpital, des injections sous-cutanées d'un médicament qui prévient la formation de caillots sanguins.

### **Complications spécifiques :**

Le risque majeur d'une opération colique est le lâchage anastomotique, qui représente la non-cicatrisation d'une partie de la suture colique. Elle peut survenir après une suture manuelle ou un agrafage à la machine, par laparoscopie ou par laparotomie. Suivant l'importance de la fuite, il peut se constituer un abcès ou se développer une péritonite post-opératoire. En cas de drainage mis en place après l'intervention, ce dernier peut parfois diriger la fuite vers l'extérieur et permettre la guérison. S'il y a un abcès, il peut éventuellement être drainé sous contrôle radiologique par la mise en place d'un drainage. Les autres situations, de même que la péritonite post-opératoire, imposent une réintervention en urgence avec dans certains cas la nécessité de confectionner une colostomie temporaire (anus artificiel). Ce risque infectieux est compris entre 1% et 3%.

Comme la chirurgie colique est une chirurgie contaminée en raison de la présence de bactéries contenues dans le tube digestif, cela expose aux risques d'abcès au niveau de la paroi abdominale. Cela est une complication bénigne mais fréquente qui survient entre 3% à 5% des patients opérés.

D'autres complications peuvent également être inhérentes aux maladies chroniques présentées par le patient, secondaires à l'anesthésie générale.

### **Suites post-opératoires :**

Après l'intervention, vous bénéficierez, sauf complications, d'une péridurale afin de lutter contre les douleurs post-opératoires. Pour permettre une meilleure surveillance de cette technique de lutte contre la douleur, vous séjournerez aux soins intensifs pour une durée de 24 heures.

Du point de vue digestif, une sonde nasogastrique, correspondant à un tuyau drainant les sécrétions de l'estomac vers l'extérieur et sortant par le nez, sera présente pour les premières 24 heures, au minimum. Afin de s'assurer de la bonne hydratation et d'une perfusion adéquate, une sonde urinaire sera également mise en place pour contrôler la diurèse.

Après toute intervention de chirurgie colique, le transit se remet en route vers deux à trois jours et dès que les signes de reprise seront présents (émission de gaz ou de selles), vous serez progressivement réalimenté. En cas d'abord par voie laparoscopique, la reprise du transit est plus rapide, souvent après le premier jour. Dès que vous serez libéré de tout tuyau et perfusion, que votre intestin fonctionne et que vous aurez retrouvé une autonomie, vous pourrez retourner à domicile. Les fils, ou agrafes, sont enlevés entre le 10<sup>ème</sup> et le 14<sup>ème</sup> jour, soit à l'hôpital, soit par votre médecin traitant.

Vous serez revu en contrôle à mon cabinet de consultations quatre semaines après l'intervention.

**L'arrêt du travail** varie en fonction de la voie d'abord, du diagnostic et d'un éventuel traitement complémentaire, ainsi que de votre activité professionnelle.

Pour un abord laparoscopique, on peut estimer une reprise du travail après quatre semaines, tandis que pour un abord par voie ouverte, un arrêt de travail d'environ deux mois doit être planifié.

Surtout n'hésitez pas à nous poser des questions sur tout ce qui vous paraît important ou peu clair. Faites-nous également savoir si, en ce qui concerne l'intervention, vous souhaitez être mis au courant de manière la plus détaillée possible ou si au contraire vous préférez vous en tenir au strict minimum nécessaire. Nous vous conseillons enfin de noter les questions que vous désirez nous poser.

*Certains médicaments phytothérapeutiques peuvent avoir des interactions avec des anesthésiants ou des anticoagulants, raison pour laquelle nous vous demandons de les stopper 15 jours avant votre opération*

Lieu et date :

signature du patient

signature du chirurgien

**PS** : afin de compléter notre dossier, nous vous prions de retourner le document ci-dessus à notre secrétariat, après lecture et signature.