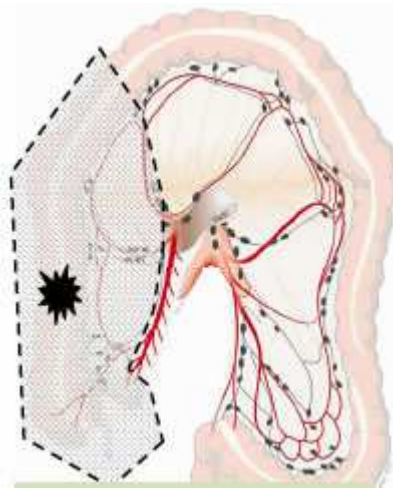


Colectomie droite

L'hospitalisation du patient est prévue la veille de l'opération. Il n'y a pas de préparation colique (pas de purge). Il n'est pas non plus nécessaire de prévoir de régime sans résidu avant l'opération. Le soir avant l'opération, le patient prend un repas léger.

Principes

- L'intervention consiste en l'ablation de la partie droite du colon avec réalisation d'une anastomose entre l'intestin grêle et le colon.



- **LIGATURE DES VAISSEAUX** à leur origine pour réaliser une résection complète du méso, c'est-à-dire les tissus de soutien qui assurent la vascularisation et le drainage lymphatique de l'organe. Le drainage lymphatique étant une voie possible de propagation du cancer, il faut enlever celui drainant l'organe porteur du cancer. Ceci est fait de façon systématique car il n'est pas possible de déterminer au cours de l'opération si une telle diffusion a déjà eu lieu. En revanche, après la colectomie et l'analyse histologique, les relais lymphatiques (ganglions) pourront être examinés au microscope. La totalité des ganglions alors trouvée sera examinée et classée en : envahis ou non envahis. Cela participera à la décision de réaliser une chimiothérapie en post-opératoire. Dans le cas d'une colectomie droite, les 2 pédicules vasculaires à sectionner sont le pédicule iléo-caeco-appendiculaire et l'artère colique supérieure droite et la veine colique supérieure droite.
- **LIBERATION DU COLON DROIT.** Le côlon droit est apposé par l'intermédiaire de 2 fascias au rétro-péritoine, en séparant cet accollement, le côlon peut être enlevé sans que les organes retro-péritonéaux (uretère droit, pédicule génital droit) ne soient lésés. Toutefois, si le cancer présente une extension plus importante, ce fascia pourra ne pas être respecté et la résection pourra intéresser les organes atteints par l'extension. Plus haut, proche du foie, le duodénum et la tête du pancréas seront

séparés pour finir la libération du côlon droit. Là, aussi, en cas d'extension, se discute une résection plus large.

- **SECTIONS INTESTINALES.** L'intestin grêle est alors sectionné quelques centimètres avant son abouchement dans le côlon. Le côlon est alors sectionné à au moins 5 centimètres du cancer. L'extrémité du côlon devant rester doit être bien vascularisée.
- **RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ DIGESTIVE.** Les deux extrémités intestinales doivent alors être connectées pour rétablir la continuité digestive permettant un transit intestinal par les voies naturelles. Ceci est dans de rares cas pas recommandé immédiatement et les extrémités sont alors extériorisées au travers de la peau. Toutefois, dans la très grande majorité des cas, les deux extrémités sont « anastomosées » soit à l'aide de fils ou de pinces mécaniques.
- **DRAINAGE.** Les drainages sont très rarement nécessaires en cas de colectomie droite.
- **FERMETURE ABDOMINALE.** Lorsque l'intervention a été réalisée par laparotomie, l'incision est alors refermée. Lorsque l'intervention a été réalisée par voie laparoscopique, l'ablation du côlon droit réséqué aura requis une incision abdominale. Celle-ci aura été moindre (5-6 cm). Elle devra donc être fermée ainsi que les orifices de trocarts de 10 mm par lesquels les plus gros instruments auront été introduits dans l'abdomen pour conduire l'intervention.

MONTAGE DIGESTIF FINAL APRES COLECTOMIE DROITE :



Site Internet du service de Chirurgie Générale et Digestive de l'Hôpital Saint-Antoine

Conception et Réalisation : Dr Jeremie Lefevre, [Comité Editorial](#)

Webmail : chirurgie.digestive@sat.aphp.fr

Après l'intervention

Suites immédiates

Juste après l'intervention, le patient séjourne quelques heures en salle de réveil (de 2 à 4 heures) pour s'assurer que tout se passe bien sur le plan anesthésique. Le patient a parfois une sonde gastrique (qui passe par le nez) le premier jour après l'opération (ou parfois plus en fonction des conditions de dissection). Il y a également une sonde vésicale et une perfusion. Reprise de l'alimentation

Une alimentation liquide peut être reprise soit le lendemain soit le surlendemain de l'opération. Le troisième jour post opératoire, l'alimentation est élargie (purée et jambon ou équivalent).

Dé-médicalisation

La sonde vésicale est enlevée soit au deuxième soit au troisième jour en fonction de la consommation d'antalgique morphinique. A J4, J5 la perfusion est ôtée. Il est souhaitable d'avoir recours à une diététicienne pour rééquilibrer l'alimentation et corriger d'éventuelle troubles du transit qui sont transitoires. Cette intervention est responsable d'une accélération du transit pendant quelques semaines chez certains patients.

Sortie

La durée de séjour est en moyenne de 6 à 8 jours. A sa sortie, le chirurgien prépare une ordonnance d'antalgique standard, éventuellement de ralentisseur du transit (*imodium*) et selon la pathologie colique, d'anticoagulant pour éviter le risque de phlébite.

A distance de l'intervention

Le patient revoit le chirurgien un mois après en consultation. Cette visite est nécessaire pour s'assurer que la cicatrisation se passe bien, que le confort digestif et le transit sont normalisés et que l'analyse de la pathologie colique ne requière pas de traitement complémentaire.

Complications

Elles peuvent survenir pendant l'intervention ou à distance. En per-opératoire, les deux risques classiques sont la plaie du duodénum et la lésion de l'uretère droit. Plus à distance de l'intervention, il peut s'agir:

Désunion de l'anastomose

Cette complication est rare mais grave. Elle traduit un lâchage de la suture entre l'intestin grêle et le colon (Fistule anastomotique). Le premier signe est l'apparition d'une fièvre avec une absence de reprise du transit. Sur le plan biologique, le taux de globules blancs est élevé ainsi que les marqueurs de l'inflammation (CRP). Si l'état général du patient ne s'améliore pas, une ré intervention est nécessaire.

Abcès de paroi

Il se manifeste par une inflammation de la cicatrice ou d'un orifice de trocart . Cette complication est bénigne et ne nécessite que des soins locaux par une infirmière.

Retard à la reprise du transit

Le patient reste ballonné, et inconfortable sur le plan digestif. Il n'a pas d'appétit. Des vomissements peuvent survenir et être responsables d'une hospitalisation prolongée.

Occlusion du grêle

Cette complication est rare. Elle est due au mauvais positionnement de l'intestin grêle au contact de la zone opérée. Elle se traduit par des douleurs intenses et des vomissements le plus souvent sans fièvre. Le médecin sera amené à prescrire un scanner abdominal à la recherche de signes de souffrance de l'intestin grêle. Si cet examen montre des signes de gravité, une intervention est recommandée.