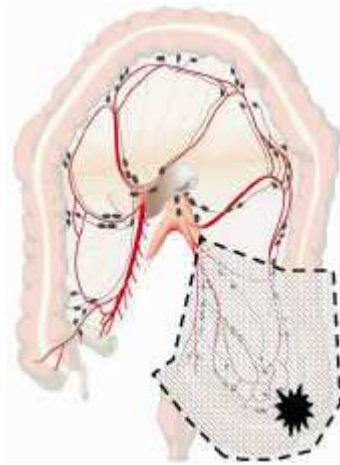


Colectomie gauche



Avant l'intervention: Pour certains chirurgiens, la préparation à l'intervention débute 5 à 7 jours avant l'hospitalisation par un régime pauvre en résidu (restreint en fibres). La veille de l'opération, le patient est hospitalisé dans le service de chirurgie digestive où a lieu une préparation spécifique cutanée et digestive. Il s'agit d'une douche simple ou bétadinée et d'un lavement au normacol à 18h. Ce lavement est renouvelé le matin de l'opération à 6h.

Principe

L'intervention consiste à supprimer la portion colique pathologique. En cas de chirurgie programmée ("à froid"), il est exceptionnel que le chirurgien soit amené à réaliser une colostomie ou anus artificiel. Dans tous les cas parlez en avant l'intervention avec votre chirurgien.

Si la maladie colique est bénigne le colon sain sera préservé au maximum et l'anastomose sera confectionnée en zone saine. En cas de diverticulose, la jonction entre le colon et le rectum sera enlevée en priorité (zone de la charnière recto-sigmoïdienne). C'est elle qui est la portion la plus étroite du colon et qui est responsable de la plupart des symptômes en rapport avec la sigmoïdite diverticulaire.

Si il s'agit d'une pathologie maligne (cancer du colon), la résection sera large de manière à réséquer la tumeur en totalité et à enlever le maximum de ganglions. Grâce à cette intervention, un fort pourcentage de guérison peut être obtenu. Chaque cas devra être discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire ("RCP") de manière à offrir au patient les meilleures chances de guérison. Ces réunions hebdomadaires sont organisées en présence d'un chirurgien, d'un gastro-entérologue, d'un cancérologue, d'un chimiothérapeute et d'un radiothérapeute.

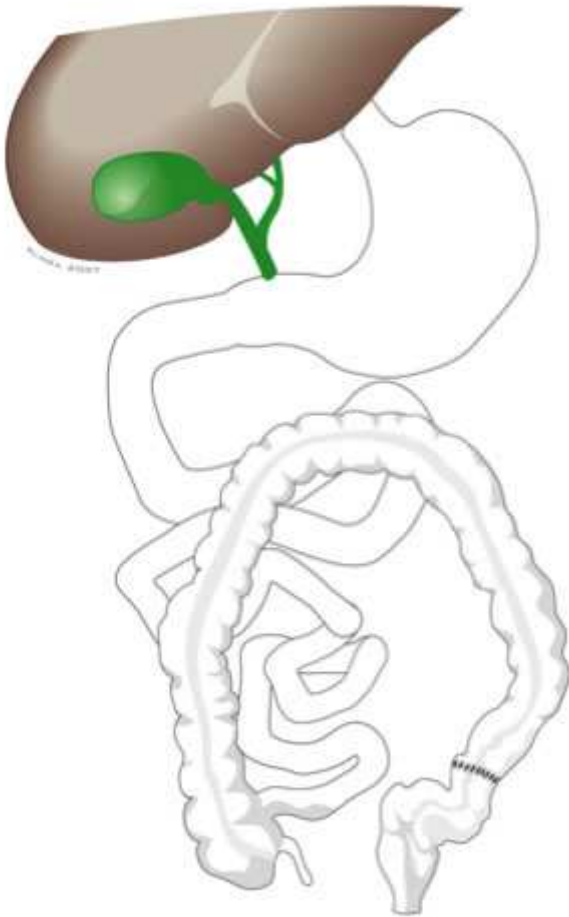
- **LIGATURE DES VAISSEAUX** à leur origine pour réaliser une résection complète du méso, c'est-à-dire les tissus de soutien qui assurent la vascularisation et le drainage lymphatique de l'organe. Le drainage lymphatique étant une voie possible de propagation du cancer, il faut enlever celui drainant 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 trouvés 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 gauche, l'intervention commence par la section de la veine mésentérique inférieure, sous le bord inférieur du pancréas. Cette ligature est faite haute sur la veine pour faciliter la descente ultérieure du côlon restant jusqu'au niveau de l'anastomose. Puis, c'est l'artère mésentérique inférieure qui est sectionnée après ligature à 2 centimètres de son origine. Cette section se fait un peu à distance de l'origine de cette artère car autour de cette origine se constituent les nerfs hypogastriques à partir du plexus parasympathique se trouvant en avant de l'aorte à ce niveau.

- **LIBERATION DU COLON GAUCHE.** Le côlon gauche monte très haut sous la rate, il est recommandé de le libérer de ses attaches pour lui permettre de descendre très bas dans le pelvis afin de réaliser une anastomose sans tension. En arrière le côlon gauche est apposé par l'intermédiaire de 2 fascias au rétro-péritoine, en séparant cet accolement, le côlon peut être enlevé sans que les organes retro-péritonéaux (uretère gauche, pédicule génital gauche) 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, en avant du rétro-péritoine, c'est le corps et la queue du pancréas qui seront libérés pour finir l'abaissement du côlon gauche. Là, aussi, en cas d'extension, se discute une résection plus large
- **SECTION INTESTINALE.** Le côlon est sectionné à au moins 5 centimètres sous la tumeur, le plus souvent sur la partie supérieure du rectum. La section au dessus doit aussi être à plus de 5 centimètres du cancer, mais la difficulté ici est la qualité de la vascularisation du côlon. Le choix du site de section se fait donc en fonction de celle-ci.
- **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 n'est pas recommandé immédiatement dans de rares cas et les extrémités sont alors extériorisées au travers de la peau. Toutefois, chez la très grande majorité des patients, 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 gauche.

- **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. Elle devra donc être fermée ainsi que les orifices de trocars de 10 mm par lesquels les plus gros instruments auront été introduits dans l'abdomen pour conduire l'intervention.

MONTAGE DIGESTIF FINAL APRES COLECTOMIE GAUCHE :



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

Suites opératoires

Au réveil

Au retour du bloc opératoire, le patient est perfusé pour l'administration des antalgiques (morphine). Il a également une sonde vésicale qui permet de contrôler sa diurèse. En fonction des conditions de l'intervention, le chirurgien peut avoir mis dans le ventre un redon (tube en plastique) ou une lame multi tubulée (accolement de plusieurs tubes cote à cote) qui permet de savoir comment se passe la cicatrisation interne du patient. Une sonde gastrique peut être laissée en place 24 à 48h si besoin (sonde passant par le nez).

Alimentation

Si possible une alimentation liquide peu abondante est absorbée par le patient le soir de l'intervention (en l'absence de sonde gastrique) et une alimentation solide (soupe et laitage) le lendemain.

Prise en charge de la douleur

Sur le plan antalgique, la pompe a morphine est arrêtée à J1 ou J2 si la consommation est inférieure à 20mg/24h. Les plaies sont laissées à l'air sans pansements dès que possible. La sonde vésicale est enlevée le surlendemain de l'opération. La perfusion n'est plus nécessaire dès J4, si l'alimentation orale est bien tolérée.

Sortie du patient

En post opératoire, des conseils d'hygiène alimentaire sont donnés au patient par la diététicienne.

La sortie est envisagée entre J5 et J7 avec un arrêt de travail de 1 mois et un rendez vous de consultation avec le chirurgien.

Complications

Désunion de l'anastomose

Cette complication est rare mais grave. Elle traduit un lâchage de la suture entre le colon et le rectum (Fistule anastomotique). Le premier signe est l'apparition d'une fièvre avec une absence de reprise du transit. Il peut y avoir un écoulement sale par une lame de drainage. 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 avec la réalisation quasi systématique d'une colostomie de décharge.

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.

Plaie de l'uretère gauche

Le colon gauche est au contact du trajet de l'uretère gauche. Ce dernier peut être lésé surtout si l'inflammation locale est importante. Cela se traduit par un écoulement d'urine par le système de drainage (dans le redon). Le traitement consiste alors à positionner une sonde dans l'uretère pour permettre sa cicatrisation.

Plaie de la rate

Cet incident est exceptionnel. Il survient lorsque la mobilisation du colon gauche et en particulier de l'angle gauche est difficile. Ce problème se manifeste par une hémorragie post opératoire (chute du taux d'hémoglobine). En cas de lésion importante le traitement est la splénectomie (ablation de la rate).