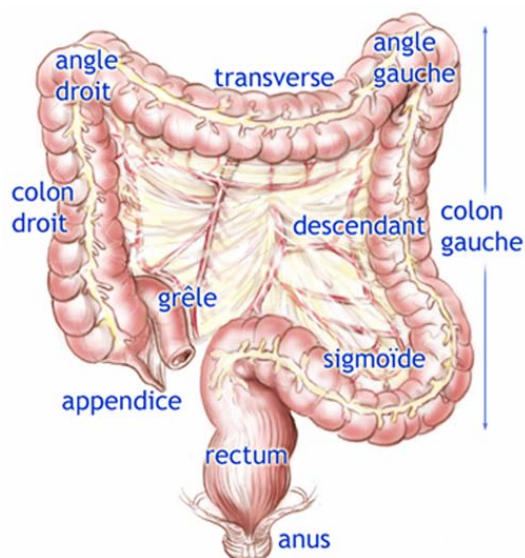


Vous devez être opéré du côlon. Cette note a pour but de vous fournir quelques repères. Bien entendu **des renseignements plus précis pourront vous être fournis par votre chirurgien et votre anesthésiste.**

### Qu'est-ce que le colon ?



Le colon dessine un véritable cadre dans le ventre débutant à droite (là où se trouve l'appendice), montant sous le foie pour traverser l'abdomen, grimper sous les côtes à gauche (angle gauche) et redescendre jusqu'au sigmoïde (boucle en forme de S) et se continuer par le rectum qui s'ouvre à l'anus.

Le colon a pour fonction essentielle d'absorber eau et électrolytes rendant les matières fécales solides ("moulées") alors qu'elles sont très liquides à la fin de l'intestin grêle. L'activité bactérienne y est intense (production de gaz).

Polypes et diverticuloses compliquées sont les deux affections donnant lieu à la majorité des opérations sur le colon, appelées colectomies.

### Les opérations sur le colon

Schématiquement, ces opérations comportent un temps de résection, c'est-à-dire l'enlèvement de la portion malade, et un temps de reconstruction, consistant à "rabouter" les deux extrémités laissées par la résection (l'anastomose). L'étendue de la résection est fonction de la maladie. La réparation est plus ou moins compliquée, selon les segments coliques ou rectaux considérés, selon l'étendue de la résection. Elle est en définitive assurée par une véritable couture unissant les deux extrémités, réalisée par un fil ou un agrafage mécanique (minuscules agrafes de titane). Cette couture n'est pas une "soudure": elle met en contact des tissus vivants qui doivent cicatriser.

Parfois, en fait rarement, et de plus en plus rarement, cette couture n'est pas réalisée, conduisant à la création d'une colostomie, encore appelée anus artificiel, (ou même "poche", ces colostomies étant appareillées par des poches). Exceptionnellement cette colostomie est définitive: une lésion du rectum, très basse, atteignant l'anus, a obligé à le sacrifier. Parfois la réalisation de l'anastomose n'est pas souhaitable au cours de la même opération, les conditions de cicatrisation étant défavorables (occlusion, infection par abcès ou péritonite...). Il est donc établi une colostomie temporaire pour deux à trois mois. Cette colostomie peut-être aussi établie, à titre temporaire, pour « protéger » une suture sous-jacente (sur le bas rectum habituellement) dont la cicatrisation apparaît à risque. Ces situations sont largement prévisibles, votre chirurgien vous expliquera votre situation personnelle. Exceptionnellement, cette colostomie est définitive : une lésion du rectum, très basse, atteignant l'anus, a obligé à le sacrifier.

Les pertes sanguines sont habituellement faibles. Cependant une transfusion peut être nécessaire pour corriger une anémie préexistante, liée à la maladie qui motive l'opération, et toujours aggravée par elle.

### Conséquences et risques

Il s'agit d'une chirurgie très "au point", très codifiée, bien connue. Mais il est vrai que cela demeure, malgré la maîtrise de la technique acquise ces vingt dernières années, une chirurgie importante, conséquente. Selon la pathologie en cause, l'étendue de la résection, l'âge de l'opéré, elle laisse une fatigue, ou au moins une fatigabilité pendant deux à quatre mois. Mais contrairement à une idée très répandue, elle ne laisse, dans la très grande majorité des cas, pas de séquelle digestive, c'est-à-dire pas de diarrhée, pas d'incontinence..., permet de s'alimenter normalement, les suites initiales passées.

Néanmoins, des modifications du transit, du confort abdominal et digestif sont quasi-constantes : production excessive de gaz, sensations de ballonnement ; fractionnement des selles émises en 2 à 3 épisodes au lieu

d'un seul, sensation de spasmes parfois précédant les selles, transit un peu chaotique les premières semaines alternant selles liquides et périodes de constipation. Hormis l'excès de gaz, qui peut persister des années, tous ces troubles mineurs disparaissent en quelques semaines à quelques mois.

Les complications directement chirurgicales sont devenues rares: défaut de cicatrisation de l'anastomose, appelée fistule, complication potentiellement grave, pouvant nécessiter une réintervention. La fréquence en est inférieure à 1% dans notre expérience de la chirurgie colique. Abscès survenant sur la cicatrice abdominale (sous la peau): environ 3 % des opérés. Complications dites "générales" liées à la longueur de l'opération, à l'état du patient: infections pulmonaires, environ 10 % des cas, complications cardio-vasculaires, infections urinaires... C'est pour diminuer le risque de survenue de ces complications qu'une évaluation soigneuse est réalisée avant l'intervention, conduisant à une préparation spécifique si nécessaire (préparation respiratoire surtout, mais aussi cardiaque...).

Le risque de décès, très faible mais non nul, est pratiquement lié en totalité à l'existence de pathologies associées sévères (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire par exemple).

## La voie d'abord

---

L'incision (situation et taille) dépend de la localisation de la maladie sur le colon et de sa nature. Il peut s'agir d'une laparotomie (ouverture classique) rarement par une incision médiane, souvent source d'éventrations.

Très souvent cette chirurgie est réalisée sous laparoscopie, c'est-à-dire par des incisions de 5 mm et de 10 mm, permettant le passage d'instruments fins dont la manipulation est contrôlée grâce à une optique reliée à une caméra vidéo. La chirurgie dure de 2 à 4 heures selon la cause et le siège de la lésion à enlever. Les avantages de la laparoscopie sont notables: absence de grande cicatrice, moindres douleurs postopératoires, limitation du risque respiratoire, récupération rapide. Néanmoins il s'agit d'une véritable opération. Elle n'est pas toujours possible, ni souhaitable : en particulier les importantes inflammations ou certains types de tumeurs peuvent la rendre dangereuse et nécessiter la conversion en chirurgie classique.

## En pratique

---

**Avant l'intervention**, une préparation du contenu colique est nécessaire: régime sans fibre végétale (pas de crudités, pas de fruits crus, pas de légumes à fibres dures) pendant une semaine. Si le chirurgien estime nécessaire l'administration d'une purge en pré opératoire, celle-ci sera réalisée lors de votre hospitalisation ou en cas de préparation à domicile, une ordonnance vous sera fournie.

Des antibiotiques sont toujours administrés pendant (éventuellement après) l'opération pour réduire les risques infectieux. Des anticoagulants sont presque toujours prescrits pour prévenir une phlébite., souvent prolongés quelques jours après votre sortie de l'hôpital.

**L'anesthésie** est générale, parfois associée à une péridurale.

La douleur postopératoire est combattue, soit par des injections sous-cutanées ou intraveineuses de morphiniques éventuellement associées à d'autres médicaments, soit par l'intermédiaire d'un cathéter péridural, soit encore par une perfusion veineuse auto-commandée par l'opéré (PCA).

**La reprise de l'alimentation** dépend de la reprise de l'activité intestinale. Elle peut être très rapide en cas de chirurgie laparoscopique et varie habituellement de 2 à 5 jours.

Pendant cette période vos besoins en eau et calories seront assurés par une perfusion veineuse.

**L'hospitalisation** dure ainsi de 4 à 10 jours, habituellement. Un séjour en maison de repos n'est conseillé qu'en l'absence de possibilités d'aide à domicile pendant les 3 à 4 premières semaines et surtout en cas de chirurgie conventionnelle.

Un régime comportant peu de fibres végétales est conseillé pendant 3 semaines environ. Il est recommandé de ne pas prendre de bains mais uniquement des douches pendant 3 semaines. La reprise des activités physiques et sportives dépend du type d'incision réalisé.

Vous serez conseillé sur ces points là, comme sur la nécessité éventuelle d'une surveillance ultérieure (examens, coloscopie etc...) lors de la consultation postopératoire, dans les semaines suivant l'intervention.

Dr Rémi Houdart  
Novembre 1999

Mise à jour : Août 2006 : Dr Rémi Houdart, Dr Henri Mosnier  
Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon – Paris  
[www.hopital-dcss.org](http://www.hopital-dcss.org)

Reproduction interdite sans autorisation des auteurs.