

LA CHIRURGIE COLIQUE

PAR LE DR ISABELLE BOILLOT

DEFINITION

Le but de cette chirurgie consiste dans la majeure partie des cas à retirer la lésion ou la partie malade du colon.

La chirurgie colique peut se faire soit par cœlioscopie soit par voie ouverte (chirurgie classique).

La technique se discutera selon les cas et en fonction de la localisation.

AVANT L'INTERVENTION

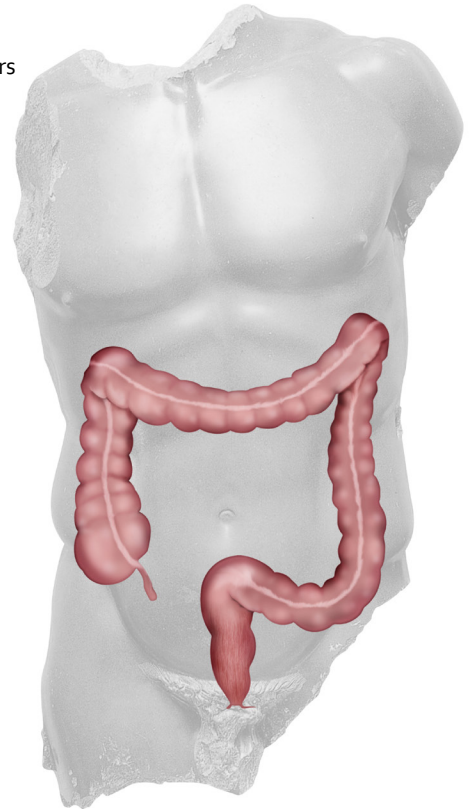
Vous n'aurez pas de préparation colique la veille sauf cas particuliers. Toutefois, un régime d'épargne digestive (voir ci-dessous) vous sera prescrit que vous débuterez à domicile, 4 jours avant l'intervention.

Vous serez hospitalisé dans le service la veille ou le matin même de l'intervention.

Le régime d'épargne digestive

À exclure de votre alimentation:

- Des aliments et plats riches en matières grasses:
Viandes grasses, charcuteries, poissons frits
- Pâtisseries grasses, viennoiseries:
Croissants, beignets, crème pâtissière, pâte feuilleté
- Légumes et fruits crus:
Crudités
- Légumes secs:
Lentilles, flageolets, pois cassés
- Légumes à goût fort ou à fibres dures:
Les choux, navets, poivrons, champignons, concombre, ail, échalote, maïs, épinards, salsifis, bettes, artichauts
- Fruits secs:
Pruneaux, abricots & oléagineux: Noix, noisettes, amandes
- Fromages fermentés:
Bleu, camembert, roquefort
- Café au lait
- Thé ou café fort



PROTOCOLE : RECUPERATION RAPIDE POST-OPERATOIRE EN CHIRURGIE COLIQUE

	Jour opératoire	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4
Boisson (eau)	500 ml	≈ 1 litre	≈ 1 litre	≈ 1 litre	≈ 1 litre
Alimentation	Yaourt, compote	Repas épargne digestive	Repas épargne digestive	Repas épargne digestive	Repas épargne digestive
Fauteuil		2 heures le matin 2 heures l'après-midi	2 heures le matin 2 heures l'après-midi	2 heures le matin 2 heures l'après-midi	2 heures le matin 2 heures l'après-midi
Déambulation Kinésithérapeute & déambulateur		50 mètres le matin 50 mètres l'après-midi	100 mètres le matin 100 mètres l'après-midi	100 mètres le matin 100 mètres l'après-midi	100 mètres le matin 100 mètres l'après-midi
Ablation KT péridural (KTP) ou Sonde urinaire (SAD)			SAD KTP		
Sortie					

SOINS MEDICO-INFIRMIERS ET TRAITEMENT POST-OPERATOIRE

L'intervention est **pratiquée sous anesthésie générale, complétée par une anesthésie / analgésie péridurale** qui se poursuivra encore pendant 2 ou 3 jours après l'intervention.

Cette technique assure un bon traitement de la douleur liée à **la mobilisation post-opératoire et évite l'utilisation de morphine** qui ralentit la reprise du transit post opératoire.

Une analgésie complémentaire par paracétamol et anti inflammatoire sera prescrite si nécessaire.

La **sonde urinaire est retirée** avec le cathéter de péridurale **2 à 3 jours après l'intervention** et la douleur résiduelle traitée par des antalgiques oraux.

Vous serez autorisé à **boire dès votre retour du bloc opératoire** au moins **500 ml d'eau** (une carafe) et à manger léger.

Afin de rétablir rapidement les fonctions intestinales, il est nécessaire de **retrouver une alimentation normale dans les 24 heures** après l'intervention. En cas de vomissements, une sonde naso gastrique peut vous être posée.

Pour les mêmes raisons, il est **indispensable de se mobiliser rapidement** (assis au fauteuil au moins 4 heures par jour et marche avec le kinésithérapeute dès le lendemain de l'intervention). Il n'y a pas de restriction particulière en post opératoire.

La fonction vésicale et intestinale doivent être normalisées et les douleurs doivent être traitées de façon efficace avant le départ à l'aide de comprimés.

Dans notre expérience, **les patients ont tous retrouvés une fonction normale des organes dans les 2 à 3 jours** approximativement suivant l'intervention.

En plus des constantes habituelles, une évaluation régulière de la douleur, des nausées, de la prise alimentaire et de la fatigue sera réalisée quotidiennement pendant le séjour.

La **sortie est envisagée**, sauf complications, **au 4^o jour** post-opératoire.

Outre les pansements locaux, **vous sortirez avec une ordonnance d'antalgiques et d'anticoagulants** afin d'éviter les phlébites.

Vous reprendrez progressivement une activité normale (compter 4 à 6 semaines pour un retour complet de l'activité physique). L'arrêt de travail est en général d'environ un mois. Durant ce premier mois, vous pouvez ressentir une grande fatigue.

Une maison de convalescence peut être demandé si besoin le jour de la consultation.

A domicile, dans les suites post opératoires, le régime épargne digestive est préconisé pendant encore une semaine. Vous pourrez ensuite réintroduire tous les aliments y compris les fruits et légumes.

Si vous sortez de l'hôpital dans les 4 jours après l'intervention vous reverrez votre chirurgien la semaine suivante en consultation avec un bilan sanguin. En cas d'hospitalisation plus longue, **la consultation de contrôle avec le chirurgien est prévue un mois après l'intervention.**

Certaines complications chirurgicales peuvent survenir

Pendant l'intervention:

La découverte d'une complication inattendue lors de l'intervention peut modifier le geste prévu initialement afin de remédier aux difficultés rencontrées

Un saignement ou une plaie d'un organe abdominal peuvent survenir

Une plaie de l'uretère (qui conduit l'urine du rein à la vessie) peut survenir et nécessite une prise en charge spécifique.

L'abord coelioscopique peut être converti en laparotomie (voie ouverte).

Dans certains cas, un anus artificiel temporaire peut être réalisé pour protéger la suture.

Après l'intervention:

Une fistule anastomotique (fuite sur la suture) peut survenir dans les jours qui suivent l'opération (5% des cas environ).

Cela peut nécessiter parfois une réintervention au bloc opératoire, éventuellement en urgence, avec réalisation, si nécessaire, d'un anus artificiel temporaire.

Le colon étant un organe colonisé par les bactéries, la chirurgie du colon est donc à risque d'infection notamment au niveau des cicatrices.

Les abcès de paroi se traitent généralement par des soins locaux.