

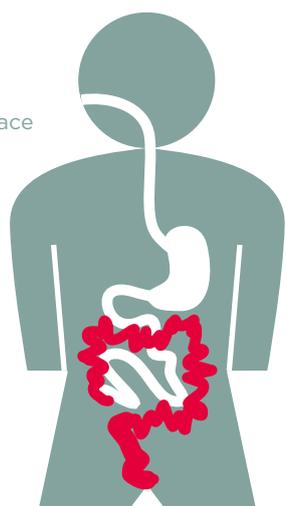
COLOPROCTECTOMIE TOTALE ET ANASTOMOSE ILEO-ANALE



partie laissée en place



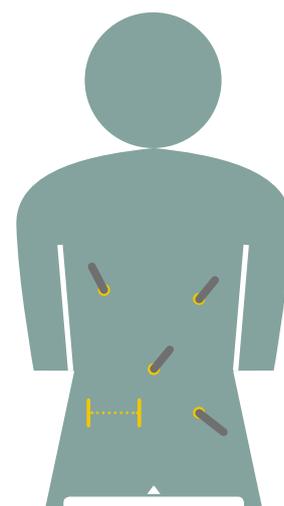
partie enlevée



Coloproctectomie totale



Anastomose iléo-ale avec réservoir en J



Les cicatrices

DÉFINITION :

La **coloproctectomie totale** est une intervention qui enlève tout le côlon et le rectum, laissant en place tout l'intestin grêle en amont et l'anus en aval.

L'INTERVENTION :

Elle peut être faite en 2 ou 3 temps opératoires. Dans un 1er temps, le côlon est enlevé, en urgence, ou pas (**colectomie subtotal**). Le rectum est ensuite enlevé lors d'une 2ème opération (**proctectomie complémentaire**). Enfin, la stomie temporaire (anus artificiel) est fermée lors d'une troisième intervention. Dans un traitement en deux temps, la première étape est conjointe avec la deuxième.

Il s'agit du traitement chirurgical de référence dans le cas d'une **rectocolite hémorragique** qui résiste aux traitements médicaux. Elle peut aussi être proposée chez certains patients atteints d'une maladie de Crohn.

L'intervention se fait sous **anesthésie générale**, dans l'idéal sous **laparoscopie**¹ : avec 4 petites cicatrices de 5 à 10 mm et une cicatrice plus grande de 4 à 5 cm qui

permet l'ablation du côlon et du rectum et la réalisation d'un **anus artificiel temporaire** (stomie).

Le rétablissement de la continuité digestive (anastomose) entre l'intestin grêle et l'anus (anastomose iléo-ale) se fait dans le même temps opératoire que l'ablation du rectum (proctectomie).

La fin de l'intestin grêle est retournée sur elle-même pour créer un **réservoir en J**, afin améliorer la fonction d'évacuation des selles. L'**anastomose iléo-ale** (AIA) est une couture fragile. Cette anastomose est donc protégée par un anus artificiel (stomie) temporaire, qui dévie le transit vers l'extérieur jusqu'à cicatrisation de l'anastomose. Cette stomie est donc située sur l'intestin grêle et sera enlevée en général 6 semaines après l'opération.

PÉRIODE POST-OPÉRATOIRE :

Au réveil, le patient a donc une poche de stomie à droite. La sonde gastrique est retirée au réveil. Il a une **sonde urinaire** qui sera enlevée entre le 3ème et le 5ème jour, une sonde dans l'anus qui sera enlevée au 5ème jour, et un petit **drain** à gauche qui sera retiré entre le 4ème et le 7ème jour en général. Le levé et la réalimentation peuvent se faire rapidement. Une alimentation normale, sans régime, peut reprendre après 3-4 jours. L'hospitalisation dure en général une dizaine de jours et un arrêt de travail de 3 à 4 semaines est nécessaire.

¹ Une laparoscopie est une opération qui permet l'examen de l'intérieur de l'abdomen. Elle consiste en l'insertion d'un mince instrument (appelé laparoscope) au travers d'une petite ouverture effectuée sous le nombril afin de permettre au médecin de regarder, d'examiner et d'opérer (au besoin) les organes internes, sans avoir à ouvrir tout l'abdomen.

A distance de cette intervention, après la fermeture de la stomie temporaire (qui ne nécessite qu'une intervention d'une durée d'une heure, et environ 5 jours d'hospitalisation), le transit de selles sera modifié du fait de la perte du côlon qui absorbe l'eau et du rectum qui sert de réservoir. Les selles sont plus liquides et plus fréquentes. La fonction va s'améliorer au fil des jours, des semaines et des mois. Des médicaments ralentisseurs de transit peuvent s'avérer utiles. Le résultat attendu est de 5 à 6 selles par jour, sans problème majeur de continence.

A savoir :

Dans de rares cas une inflammation du réservoir (pouchite) peut survenir et aboutir de manière exceptionnelle à l'ablation du réservoir avec stomie définitive. Les troubles sexuels après AIA (Anastomose Iléo-Anale) sont très rares chez l'homme : moins de 1% des patients peuvent présenter une éjaculation rétrograde ou une impuissance. Par contre, chez la femme la fertilité peut être diminuée chez environ 50% des patientes opérées par **laparotomie**². Mais il a été démontré que ce risque est d'environ 15% avec une laparoscopie. Néanmoins, en cas de stérilité, celle-ci n'empêche pas une grossesse par fécondation in vitro. Comme après toute opération, il existe à distance un **risque d'occlusion** lié à des adhérences qui se forment dans le ventre après une chirurgie. Ce risque est diminué par la laparoscopie. Une occlusion peut survenir même des années plus tard, cependant moins de 10% des patients seront réopérés pour cela.

L'éventration est un autre risque inhérent à toute chirurgie. Il s'agit d'une fragilisation de la cicatrice qui crée une zone de faiblesse dans la paroi abdominale. Ceci peut être responsable de douleurs abdominales mais surtout d'une occlusion de l'intestin qui peut parfois nécessiter une intervention en urgence. Ce défaut de cicatrisation est en partie favorisé par la reprise trop précoce de l'activité physique (sport, port de charge lourde) et est diminué par la pratique de la laparoscopie.

Des études ont montré que la qualité de vie à long terme est bonne chez près de 90% des patients ayant une anastomose iléo-anale.

CE QUE FAIT L'AFA :

Les services :

La permanence diététique d'Alexandra Martin et Doriane Cotel : le mardi de 14h à 18h au 01 42 00 00 40 – nutrition@afa.asso.fr



MICI Connect : la plateforme d'accompagnement et d'échange de l'afa vous propose un module chirurgie avec une information complète sur les interventions avant/après, la préparation... mais aussi un carnet de santé pour surveiller votre maladie, tenir à jour votre agenda, vos documents de santé etc._

www.miciconnect.com

A voir :

<http://www.afa.asso.fr/categorie/nutrition-1.html>

Une rubrique dédiée à la nutrition avec des conseils spécialisés, des idées de recettes ainsi que l'annuaire des diététiciennes formées aux spécificités des MICI près de chez vous.

Liens utiles :

➔ **Stomanet**, un site à l'initiative de Coloplast : <http://www.stomanet.fr>

➔ **Les associations régionales** : <http://www.fsk.fr/stomies/associations.55.html>

² Ouverture chirurgicale de l'abdomen par incision de la paroi.

