

Nom du service : chirurgie générale et digestive

Intervention : Chirurgie colique

Objectif

On vous a diagnostiqué une maladie (inflammation, rétrécissement, tumeur...) du côlon ou du rectum et une intervention chirurgicale de résection de la partie malade vous est proposée.

Nature

Qu'est-ce qu'une chirurgie de l'intestin ?

La chirurgie colorectale consiste à enlever la partie malade ou endommagée (inflammation, cancer...) de l'intestin.

Anatomie :

Le côlon est la portion de l'intestin appelée gros intestin qui suit l'intestin grêle. On parle de côlon droit, de côlon transverse, de côlon gauche, de côlon sigmoïde et du rectum.



Comment se déroule l'opération ?

L'opération débute par l'identification de la zone malade par le chirurgien, qui ensuite réalise l'ablation de cette zone.

Un segment de côlon étant retiré, les deux extrémités sont alors raccordées entre elles. On parle de rétablissement de la continuité digestive, aussi appelée anastomose.

Ce raccord peut être fait manuellement par une suture ou à l'aide de pince mécanique qui agrafe ensemble les extrémités de côlon pour leur permettre de cicatriser.

Dans certaines circonstances, on peut craindre que le raccord réalisé ne soit pas immédiatement étanche lors de sa cicatrisation. Dans ces conditions, le chirurgien peut pratiquer de manière préventive une dérivation du transit intestinal (appelée aussi stomie, poche, anus artificiel) pour que le transit intestinal ne traverse pas cette couture fragile. Pour cela, il sort une portion de l'intestin à travers la peau. C'est par cet orifice que sortiront les selles pendant la période déterminée par le chirurgien. Un appareillage spécifique adapté est dans ce cas fourni au patient.

L'intervention de résection du côlon peut se faire soit par coelioscopie soit par ouverture de l'abdomen.

La coéloscopie consiste à gonfler l'abdomen avec du gaz carbonique. Grâce à de petites cicatrices, le chirurgien opère à l'aide d'une caméra et d'instruments. Cette technique a l'avantage de limiter les cicatrices, de diminuer les douleurs post-opératoires et de permettre une récupération physique plus rapide. En cas de difficulté, le chirurgien peut être amené à arrêter la coéloscopie pour terminer l'intervention par voie ouverte (laparotomie).

Dans certaines circonstances le chirurgien vous proposera d'emblée une chirurgie par voie ouverte (laparotomie).

Coéloscopie



[flywish/shutterstock.com](https://www.flywish/shutterstock.com)

Laparotomie



<https://www.stevimed.com/product/21/laparotomy.html>

Pratiquement comment va se dérouler ma prise en charge :

Pendant la consultation, le chirurgien vous expliquera votre pathologie et l'intervention envisagée. Si vous ressentez le besoin d'informations complémentaires, n'hésitez pas à recontacter votre chirurgien. (Numéro secrétariat de chirurgie).

Vous serez ensuite mis en contact avec la réservation des lits afin de programmer votre séjour, les examens préopératoires et les rendez-vous avec l'anesthésiste, l'infirmière référente, le service de diététique et le service social. Vous pourrez également poser vos questions à ces intervenants.

Dans l'intervalle, il est important de garder une bonne hygiène de vie, une activité physique régulière ainsi qu'une alimentation saine.

Le plus souvent, vous serez hospitalisé le matin de votre intervention. Veillez à respecter strictement les consignes qui vous auront été données.

Après votre accueil, vous serez conduit au bloc opératoire et pris en charge par l'équipe chirurgicale, anesthésique et infirmière.

Après l'intervention :

Après la salle d'opération, vous serez surveillé en salle de réveil. L'infirmier(e) vérifiera vos paramètres et assurera la gestion de la douleur.

Une fois cette surveillance réalisée, vous êtes transféré dans le service de chirurgie.

Quelques heures après votre retour en chambre, l'équipe de soins vous proposera de vous lever et de vous mettre au fauteuil. Votre mobilisation précoce permet d'accélérer votre récupération et de diminuer les risques de complications.

Vous pourrez également boire et une réalimentation précoce sera organisée.

Le contrôle de la douleur est une priorité :

L'équipe médico soignante débute votre traitement contre la douleur au moment de l'anesthésie. Elle l'adapte ensuite tout au long de votre séjour. N'hésitez pas à lui signaler toute douleur ou inconfort afin que vos médicaments soient ajustés. Ne laissez pas la douleur augmenter et s'installer.

Durant votre séjour, votre retour à domicile est rapidement discuté avec vous. Le service social peut vous aider à l'organiser.

Degré d'urgence

La date d'intervention sera discutée lors de votre consultation de chirurgie, elle se décidera en fonction du plan de traitement pluridisciplinaire et des répercussions de votre maladie pour éviter une complication d'occlusion ou de perforation.

Fréquence

Il s'agit d'une intervention ponctuelle.

Si une stomie de protection (poche provisoire) est réalisée, une intervention de rétablissement de la continuité digestive sera programmée après quelques semaines.

Durée

L'intervention chirurgicale dure de 3 à 5 h et une hospitalisation de 3 à 6 jours est habituelle.

Contre-indication

Une altération importante de votre état général pourrait contre-indiquer une option chirurgicale, risque lié à l'anesthésie. Un bilan de votre état de santé permettra d'évaluer ce risque.

Effets secondaires

Pendant l'intervention, une blessure d'un organe proche du site opératoire (intestin, uretère, ...), ou encore une hémorragie peuvent survenir.

Risques pertinents

Après l'intervention, les suites opératoires sont simples dans la majorité des cas. La reprise du transit est précoce et permet une réalimentation quasi immédiate. La durée d'hospitalisation est de 3 à 6 jours.

On surveillera l'apparition d'une complication tardive, parmi lesquelles on note :

- Fistule anastomotique (environ 5 %). Elle survient habituellement vers le 4/5e jour. L'absence de cicatrisation au niveau de l'anastomose expose à un risque d'abcès et de péritonite.
- Saignement : ils peuvent être à l'origine d'hématome ou d'une hémorragie secondaire.
- Infection : malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques, une infection du site opératoire peut survenir.
- Occlusion intestinale : elle est possible dans les suites de toute intervention abdominale et peut nécessiter la pose d'une sonde nasogastrique.

La prise en charge de ces complications rares nécessitera des examens, parfois un geste radiologique voire une nouvelle intervention. Cette prise en charge adaptée vous sera expliquée et peut entraîner une prolongation de votre séjour.

Soins de suivi

À votre sortie, vous recevez des dates de rendez-vous de suivi chez votre chirurgien, la prescription du traitement antidouleur et de la prévention des phlébites, la prescription pour des soins infirmiers et les consignes pour la gestion de vos cicatrices.

Veuillez garder vos bas de contention durant tout le temps où vous aurez les injections d'anticoagulants. Ces bas doivent être mis au lever et ôtés durant la nuit.

Vous pouvez vous doucher. Ne prenez pas de bain pendant trois semaines. Les cicatrices doivent être laissées à l'air et maintenues bien sèches. Vous pouvez aussi les protéger avec un pansement léger si cela est plus confortable pour vous.

Dès votre retour, nous vous conseillons de reprendre une activité physique légère telle que la marche. Il faut éviter le port de charges lourdes (au-delà de 5 kilos) pendant 3 à 4 semaines.

Après une semaine et selon votre état physique, vous pouvez reprendre la conduite.

Une alimentation équilibrée et variée est conseillée dès votre retour. Il est important de manger selon vos envies et dans des proportions raisonnables.

Que devez-vous surveiller à domicile :

- L'apparition de douleurs inhabituelles, non soulagées par le traitement prescrit.
- L'apparition de fièvre (Température supérieure à 38°5).
- Un écoulement au niveau de votre plaie.
- Des vomissements ou une absence de selles.
- L'extériorisation de sang par l'anus.

Dans ces circonstances vous pouvez en référer à votre médecin traitant, contacter le service de chirurgie ou vous présenter au service des urgences.

Alternatives

L'indication chirurgicale est discutée en équipe pluridisciplinaire et semble donc l'option la mieux adaptée à votre situation. Dans certaines situations, un traitement endoscopique est possible.

Répercussions financières

Contactez le Service Financier Patients

sfp@ghdc.be

060/11.07.00 (entre 08h30 et 14h00)

Site Les Viviers

Rue du Campus des Viviers, 1
6060 Gilly

Des permanences sont organisées les lundis et mardis de 8h30 à 12h et les mercredis et jeudis de 12h30 à 16h.

Durant les mois de juillet et août, une permanence est organisée les lundis et mardis de 08h30 à 12h et le jeudi de 12h30 à 16h.

Conséquences en cas de refus ou de retrait de consentement

Les conséquences d'une abstention chirurgicale peuvent être discutées avec vous.

Le chirurgien est à votre disposition pour toute information complémentaire

Rédaction	Validation	Vérification	Approbation
Dr Emmanuel Cambier Médecin chef de pôle	Luana Di Stefano, Documentaliste	Dr Nicolas Tinton, Médecin chef de service Sarah Nyangore, Qualiticienne	Dr Manfredi Ventura, Directeur médical

CHIRDIG-CE-002 – V02 – Approuvé le 08/04/2025
Date de la prochaine révision : 08/04/2028

