



Tout savoir sur la chirurgie du cancer du rectum



Tout savoir sur la chirurgie du cancer du rectum

COMCCR001

Rédacteurs : Dr Vincenzo SIMONELLI - Dr Michaël DESSILY -
Mme Cristina FERRO

Crédits photos : Unsplash

Conception graphique : Service communication

E.R.: CHU Tivoli - Avenue Max Buset, 34 - 7100 La Louvière

Le Clinique du Côlon et du Rectum

La Clinique du Côlon et du Rectum du CHU Tivoli est un centre d'excellence reconnu pour son approche humaine et personnalisée dans la prise en charge des maladies colorectales telles que les cancers colorectaux, les maladies bénignes et fonctionnelles (diverticulites, prolapsus rectal) ainsi que les maladies inflammatoires chroniques (maladie de Crohn et rectocolite ulcéro-hémorragique). Notre équipe s'engage à fournir des soins de qualité, en utilisant une approche pluridisciplinaire et des technologies de pointe.

Notre mission est de vous aider à comprendre et accepter votre condition, en facilitant votre guérison et en améliorant votre qualité de vie. Nous offrons un parcours de soins adapté à chaque patient et accessible à tous. Nous mettons l'accent sur l'éducation des patients, vous permettant de participer activement à votre prise en charge et de prendre des décisions éclairées concernant votre santé. À la Clinique du Côlon et du Rectum, chaque patient est traité comme un individu unique et bénéficie d'une écoute attentive.



Vision

La clinique du côlon et du rectum du CHU Tivoli est un centre d'excellence grâce à sa prise en charge humaine et personnalisée, sa qualité de soins supérieure (approche multidisciplinaire, centre dépistage et technologies de pointe) et son engagement dans l'amélioration continue basée sur les retours d'expérience des patients. En encourageant le concept de patient partenaire, nous permettons au patient d'être acteur de sa propre prise en charge.



Mission

Notre équipe passionnée et experte en son domaine, aide le patient à comprendre et accepter sa maladie afin de faciliter sa guérison et améliorer sa qualité de vie. La clinique du côlon et du rectum propose donc au patient une prise en charge humaine et de proximité via un parcours de soins personnalisé et accessible à tous.



Promesse

Une équipe pluridisciplinaire soudée et disponible avant, pendant et après l'hospitalisation, prodiguant des soins d'excellence et de proximité, dans le respect de chacun.

L'équipe

Notre équipe se consacre à vous offrir une expertise approfondie dans le traitement des maladies colorectales. Nous intégrons des spécialistes hautement qualifiés, y compris oncologues, radiothérapeutes, gastroentérologues, infirmiers, diététiciens, psychologues, stomathérapeute et chirurgiens, créant une synergie qui fait de notre clinique un centre d'excellence.

Au sein de notre clinique, vous êtes considéré comme membre à part entière de l'équipe. Notre mission principale est de vous informer sur votre santé et le déroulement des soins. Cela vise à enrichir vos connaissances et à favoriser une participation active et éclairée à votre traitement.



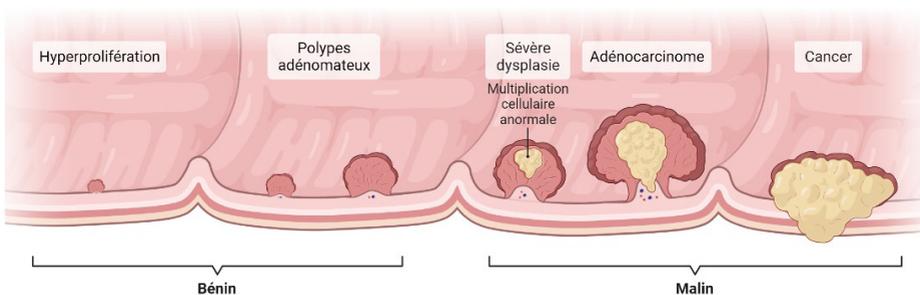
Quelles sont les causes éventuelles du cancer du rectum ?

Actuellement, nous ne connaissons pas la cause exacte de la majorité des cancers. Pour le cancer colorectal, l'alimentation joue très certainement un rôle, notamment la consommation excessive de viande rouge et le régime pauvre en fibres. D'autres facteurs comme la consommation de tabac et d'alcool, l'obésité et les maladies inflammatoires intestinales entrent aussi en jeu. L'âge supérieur à 50 ans et le sexe masculin sont aussi des facteurs de risque pour le développement de ce type de cancer.

Au total, 80% des cas sont sporadiques, 15% d'origine familiale et 5% d'origine génétique.

La plupart des cancers du côlon se développent au niveau des cellules qui tapissent la partie interne du côlon en contact avec les aliments (muqueuse). Suite à un changement (mutation) dans le code génétique (ADN) de la cellule, celle-ci peut commencer à se multiplier de manière non contrôlée dans la lumière du côlon, nous parlons alors d'un polype.

Certaines cellules qui constituent le polype peuvent être le siège d'autres mutations génétiques. Elles ont alors la capacité d'envahir la paroi du côlon et de s'implanter dans d'autres organes, il s'agit d'un cancer.



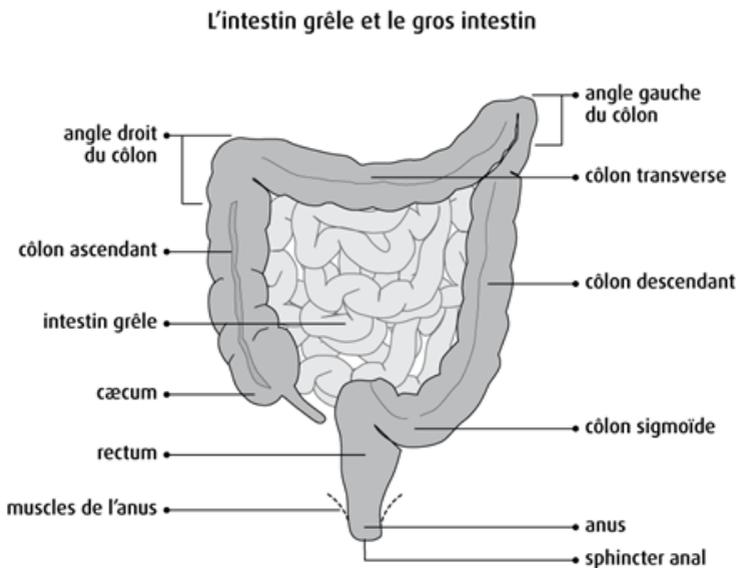
Pour qu'un polype se transforme en cancer il faut entre 5 et 10 ans. Cela peut être plus court dans les formes héréditaires de cancer et chez les patients atteints d'une maladie inflammatoire du côlon.

Le rectum et la chirurgie du rectum

Le rectum, est la partie terminale du tube digestif, en aval du côlon et amont de l'anus. Il s'agit d'une sorte de réservoir, mesurant environ 15 cm de hauteur. Du point de vue anatomique, on distingue 3 parties (tiers supérieur, tiers moyen, tiers inférieur).

La fonction principale du rectum est le stockage des selles avant la défécation. Au préalable, les selles se sont accumulées dans le colon sigmoïde. Une fois celui-ci rempli, le contenu se déverse dans le rectum, et des capteurs sensitifs permettent de reconnaître un besoin de défécation. Grâce aux muscles du pelvis et du sphincter anal, et à la capacité de distension du rectum, la défécation peut être retardée de plusieurs heures.

Une des étapes principales dans le traitement du cancer du rectum est la prise en charge chirurgicale.



© Société canadienne du cancer

La chirurgie comporte l'exérèse du rectum (tout ou en partie en fonction du siège de la tumeur) et du méso rectum, qui est la graisse se trouvant autour du rectum et contenant les ganglions et dont l'intégrité est un élément essentiel pour le pronostic.

Dans le cancer localement avancé, la chirurgie est précédée d'une radio-chimiothérapie (dont le but est d'améliorer le pronostic à long terme de la maladie) ou d'une radiothérapie seule (5x5gray).



Après la fin de la radio-chimiothérapie, vous bénéficierez d'un bilan de contrôle avec un scanner thoraco-abdominal, une résonance magnétique du rectum, un bilan nutritionnel, une consultation chez la diététicienne ainsi qu'un rendez-vous chez votre chirurgien.

Actuellement l'intervention chirurgicale peut voir lieu soit un mois après la fin de la chimiothérapie ou alors 8 à 12 semaines selon le schéma de radio-chimiothérapie.

Résection antérieure du rectum

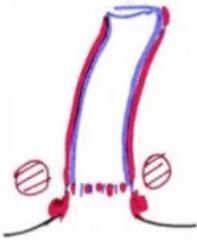
La résection antérieure du rectum comporte l'ablation d'une partie ou de la totalité du rectum. L'intervention consiste à mobiliser et libérer le côlon gauche de ses attaches et abaisser l'angle gauche (ou splénique) du côlon pour que celui-ci puisse descendre assez bas afin de pouvoir réaliser une suture sur le rectum.

Ensuite, le chirurgien libère le rectum et la graisse mésorectale dans le pelvis jusqu'à obtenir une bonne marge de distance en dessous de la tumeur. Il procède ensuite à la résection de la partie du rectum contenant la tumeur, ainsi qu'une partie du sigmoïde avec la graisse contenant les vaisseaux et les ganglions.



© Pierre Bourcier

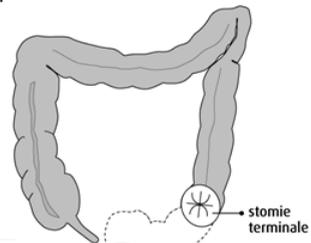
©hopital-dcss.org



À la fin de l'intervention, le chirurgien réalise un rétablissement de la continuité digestive via une suture entre le côlon et le rectum restant ou entre le côlon et l'anus (anastomose colorectale ou colo-anale).

Pour les tumeurs du moyen ou du bas rectum - en raison du haut pourcentage de fistule et de lâchage de suture (20%) - le chirurgien réalisera une dérivation temporaire du transit via une iléostomie latérale de protection. Pour les cancers du haut rectum, une iléostomie latérale de protection n'est pas nécessaire.

Quand la tumeur est très basse au niveau du rectum ou du canal anal, la chirurgie peut comporter une résection partielle du sphincter anal (résection inter-sphinctérienne), voire une résection complète de l'anus (amputation abdomino-périnéale) avec une colostomie terminale définitive.





La pièce opératoire sera analysée par les anatomopathologistes. Ils évalueront la qualité de la résection, l'envahissement de la tumeur dans la paroi rectale et le degré d'envahissement des ganglions et des vaisseaux. Cette analyse prend environ 10 jours et nous informera sur la nécessité de compléter le traitement par une chimiothérapie.

L'intervention dure environ 4 heures et le patient restera en observation en salle de réveil pendant environ 2 heures avant de retourner dans sa chambre.

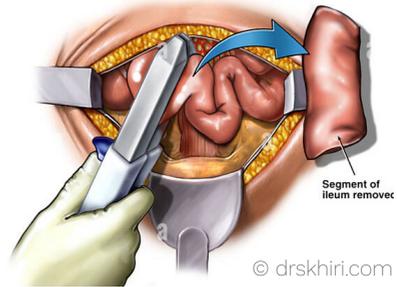
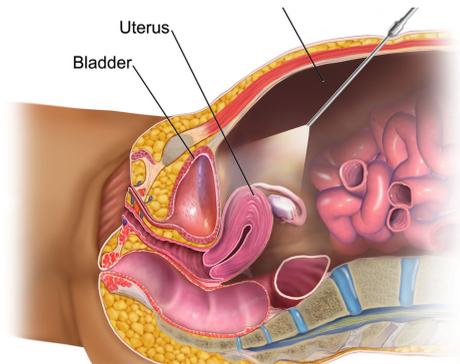
Chirurgie par cœlioscopie ou par laparotomie ?

Coelioscopie (ou laparoscopie)

C'est une technique chirurgicale qui permet d'opérer à l'intérieur du ventre en ne faisant que des petites incisions. Les chirurgiens digestifs privilégient d'abord cette pratique. Elle leur permet d'opérer à l'intérieur de l'abdomen en visualisant l'acte sur un écran.

Avantages :

- Moins de douleurs.
- Revalidation plus rapide.
- Moins d'infections de plaie.
- Moins d'éventrations.
- Esthétique.



Laparotomie

Dans certains cas, il n'est pas possible de faire une cœlioscopie et le chirurgien est obligé de faire une plus grande incision (laparotomie).

Dans quels cas ?

- Multiples adhérences et cicatrices internes.
- Anatomie non visible suite à de multiples interventions.
- Envahissement d'organes adjacents par le cancer.
- En cas de saignement difficilement contrôlable par cœlioscopie.
- Obésité intra-abdominale importante.

Complications possibles pendant et après la chirurgie du rectum

- Conversion en laparotomie en cas de difficultés opératoires.
- Complications postopératoires classiques telles que l'hémorragie et l'infection de plaie.
- Fistule anastomotique ou lâchage : problème de cicatrisation au niveau de la suture intestinale. Cette complication potentiellement grave peut justifier la réalisation d'une stomie temporaire si elle n'a pas été déjà réalisée.
- Troubles fonctionnels urinaires et/ou sexuels après la chirurgie et la radiothérapie (incontinence, impuissance ou éjaculation rétrograde).
- Troubles fonctionnels digestifs ou syndrome de résection antérieure du rectum bas : augmentation du nombre de selles, selles fractionnées, urgences voire incontinence aux gaz et/ou aux selles.

La durée de votre hospitalisation sera de 5 à 10 jours

Un bilan et un suivi nutritionnel seront proposés à chaque patient avant l'intervention et seront utiles pour favoriser une bonne cicatrisation et minimiser les complications dues à l'opération.

Les facteurs pouvant augmenter le risque de complications

- Âge.
- Sexe masculin.
- Obésité.
- Malnutrition.
- Maladie du patient : diabète, maladie cardiovasculaire, maladie pulmonaire, tabagisme actif, consommation d'alcool...

Suivi postopératoire

Après, +/- 10 jours, vous aurez un rendez-vous de contrôle chez votre chirurgien afin de faire le point sur votre convalescence, vos symptômes et le résultat de l'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire.

En fonction du résultat, une chimiothérapie postopératoire - après discussion du dossier en réunion pluridisciplinaire - pourra être indiquée. En l'absence de contre indication, la suppression de l'iléostomie sera alors proposée, à partir de 1 mois après la dernière séance de chimiothérapie postopératoire. Si vous ne devez pas bénéficier d'un traitement par chimiothérapie, la remise en continuité pourra être envisagée à partir de 15 jours après l'opération.

Si vous devez bénéficier d'une chimiothérapie, une consultation avec l'oncologue est prévue très rapidement afin de vous donner de plus amples informations sur le traitement.

En cas de problèmes ou questions :

Cristina Ferro : 064/ 27 49 33

Service 9B : 064/ 27 54 67



Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

CLINIQUE DU CÔLON & DU RECTUM

