



Article scientifique

Article

2009

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Chirurgie colorectale pour le praticien. Ce qu'il faut savoir des troubles fonctionnels postopératoires

Gervaz, Pascal; Morel, Philippe

How to cite

GERVAZ, Pascal, MOREL, Philippe. Chirurgie colorectale pour le praticien. Ce qu'il faut savoir des troubles fonctionnels postopératoires. In: Swiss medical forum, 2009, vol. 9, n° 20, p. 372–376.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:34074>

Chirurgie colorectale pour le praticien

Ce qu'il faut savoir des troubles fonctionnels postopératoires

Pascal Gervaz, Philippe Morel

Service de Chirurgie Viscérale, Hôpital Universitaire de Genève

Quintessence

- Une bonne compréhension de la fonction du gros intestin et du rectum est un prérequis indispensable pour la prise en charge des patients après une intervention chirurgicale.
- La chirurgie du côlon est souvent très bien tolérée, contrairement aux résections très extensives. Les modifications du transit intestinal sont transitaires et, lorsqu'elles persistent, répondent bien aux antidiarrhéiques classiques.
- Les fonctions invalidantes telles que selles impérieuses, exonérations fractionnées, voire incontinence, sont des conséquences malheureusement bien décrites des proctectomies. L'amélioration de la qualité de vie des malades nécessite de reconnaître ces troubles et de les traiter par l'adjonction de mucilages, d'antidiarrhéiques, une prise en charge diététique et parfois une rééducation de la musculature du périnée.

Introduction

Selon l'Office Fédéral de la statistique, ce ne sont pas moins de 6000 colectomies qui sont réalisées chaque année dans notre pays [1]. Ces interventions, de complexité intermédiaire, sont réalisées dans la plupart des institutions hospitalières avec une mortalité très faible pour la chirurgie élective (<1%), mais élevée (>10%) en urgence, en raison du caractère souvent septique (perforation) des indications, et des comorbidités d'une population de malades âgés [2, 3]. Dans la moitié des cas environ, l'affection responsable est de nature bénigne (maladie diverticulaire, maladie inflammatoire chronique, etc.); dans l'autre moitié des cas, il s'agit d'un cancer du côlon ou du rectum, avec évidemment un pronostic plus réservé, mais une espérance de vie à 5 ans néanmoins supérieure à 50% [4]. Il résulte de ceci que les généralistes et les médecins internistes sont confrontés, dans leur pratique quotidienne, à des patients opérés du côlon et/ou du rectum, et qui peuvent présenter des altérations fonctionnelles gênantes, pour lesquelles un traitement est nécessaire. Le but de cet article est de résumer, à l'usage des praticiens, les différentes interventions courantes de cette spécialité chirurgicale, avec leurs indications, leurs conséquences fonctionnelles, ainsi que les recommandations qui peuvent être faites quant à la prise en charge de celles-ci.



Pascal Gervaz

Physiologie de l'iléon terminal, du colon et du rectum

La fonction de l'iléon terminal est, entre autres, de réabsorber les sels biliaires dans le cadre du cycle en-

téro-hépatique; la chirurgie du côlon droit est associée le plus souvent à une courte résection de 10 cm de l'iléon terminal, qui est très bien tolérée, malgré la perte de la valvule Bauhin. Cependant, lorsque l'exérèse iléale est supérieure à 50–60 cm, les sels biliaires ne sont plus absorbés en suffisance et leur présence irritante dans le côlon induit des diarrhées biliaires, parfois très invalidantes.

La fonction du côlon est essentiellement de réabsorber de l'eau et du NaCl, en sécrétant du bicarbonate et du potassium. Chaque jour, le côlon restitue à l'organisme environ 1,5 litre d'eau, dont la quantité perdue dans les selles se limite ainsi à 100–150 ml. Ainsi, les pertes quotidiennes au niveau d'une iléostomie terminale sont-elles toujours supérieures à un litre, alors qu'elles sont quasiment nulles pour une colostomie distale. Plus le segment colique réséqué sera long, plus l'intervention sera susceptible d'entraîner des selles molles ou liquides. La plupart du temps, ces altérations seront bien supportées, pour autant que la fonction du rectum soit conservée.

La fonction du rectum est celle d'un réservoir, permettant de différer l'exonération des matières fécales grâce à sa compliance. L'augmentation de pression à l'intérieur du rectum est faible, ce qui permet de garantir la continence, la pression générée par l'appareil sphinctérien restant supérieure à celle induite par la présence de selles dans l'ampoule rectale (fig. 1). Les mécanismes responsables de la défécation et de la continence fine sont à la fois interdépendants et complexes et ne seront pas abordés ici. La perte de la fonction du réservoir après exérèse du rectum est beaucoup moins bien tolérée qu'une résection du côlon; les patients peuvent se plaindre de selles impérieuses (impossibilité de différer l'exo-

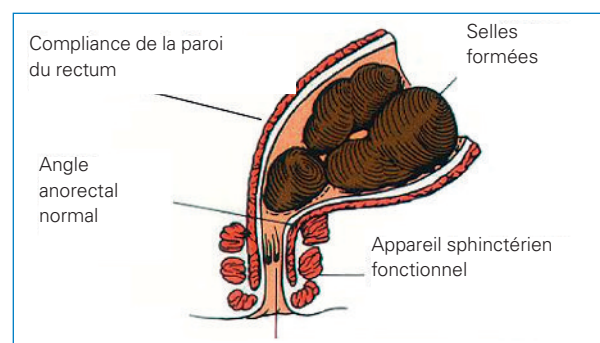


Figure 1
Facteurs de maintien de la continence fécale.

Les auteurs certifient qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

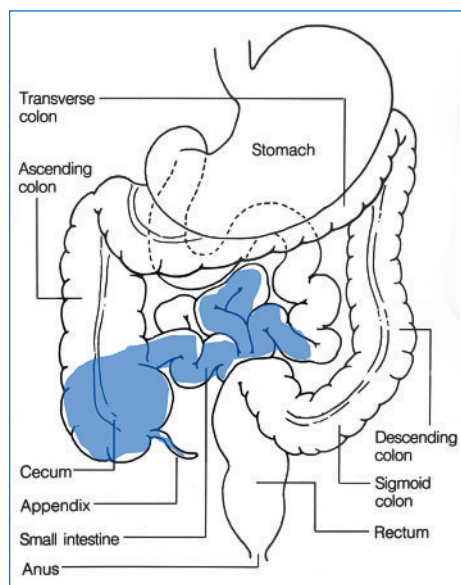


Figure 2
Résection iléo-cœcale.

Indication: maladie de Crohn de l'iléon terminal
Reconstruction: anastomose iléo-colique
Altérations fonctionnelles: diarrhées biliaires
Prise en charge: coléstyramine (Quantalan®)
 3 × 4 g/jour
Régime: pauvre en résidus.

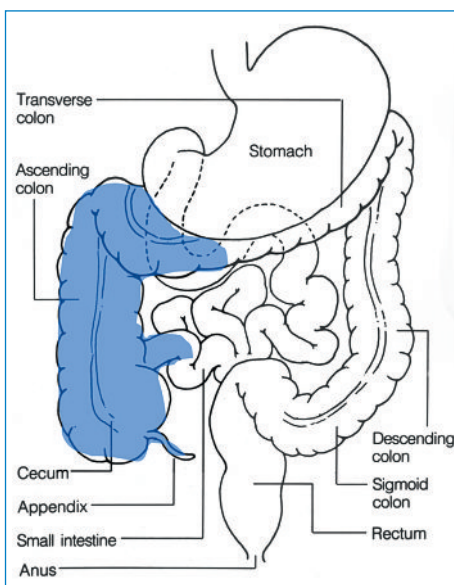


Figure 3
Colectomie droite.

Indication: polypes ou cancer du colon proximal
Reconstruction: anastomose iléo-transverse
Altérations fonctionnelles: diarrhées transitoires (pullulation bactérienne due à la perte de la valvule de Bauhin)
Prise en charge: probiotiques (ex. Saccharomyces boulardii [Ultralevure 2 × 500 mg/jour])
Régime: pas de modifications diététiques nécessaires.

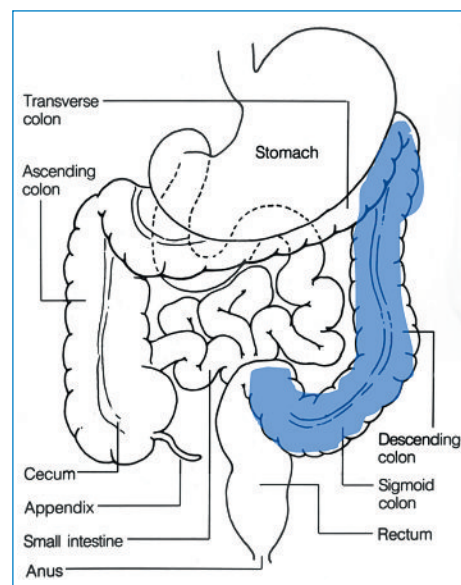


Figure 4
Colectomie gauche-sigmoïdectomie.

Indication: diverticulite ou cancer du colon gauche
Reconstruction: anastomose colo-colique ou colo-rectale
Altérations fonctionnelles: selles défilées ou molles, transitoirement
Prise en charge: rarement nécessaire
Régime: pas de modifications diététiques nécessaires.

nération au-delà de quelques minutes; de selles fractionnées (exonérations incomplètes et donc répétées); enfin, d'incontinence, dont le risque est encore majoré par la présence de selles défilées ou liquides.

Chirurgie du colon

Ce type de chirurgie est en général fort bien supporté, et cela d'autant plus que l'exérèse est segmentaire. Les patients atteints d'une maladie de Crohn étendue du grêle distal nécessitant une résection iléo-cœcale étendue, développent toujours ou presque des diarrhées cholériques, en relation avec la présence de sels biliaires en grande quantité dans le côlon (fig. 2). Le traitement vise à stimuler la réabsorption des sels biliaires en amont de l'anastomose iléocolique. La perte de la valvule de Bauhin associée aux colectomies droites peut s'accompagner de diarrhées transitoires qui répondent bien aux probiotiques (fig. 3).

La sigmoïdectomie pour maladie diverticulaire est, là encore, sans répercussions notables sur la fonction intestinale; tout au plus certains patients signalent des selles défilées en postopératoire immédiat (fig. 4). La colectomie totale est une intervention qui a mauvaise réputation; elle peut en effet précipiter une incontinence chez des sujets âgés; le patient va en effet devoir gérer la présence quotidienne dans l'ampoule rectale de 1–1,5 litre de selles molles, nécessitant 3–4 exonérations diurnes et

une exonération nocturne (fig. 5). Il peut être judicieux de prescrire 2 comprimés de loperamide matin et soir pour le confort du patient.

Chirurgie du rectum

Les altérations fonctionnelles secondaires à la chirurgie du rectum sont si classiques qu'elles constituent une entité bien décrite, le syndrome de résection antérieure basse, associant: 1) les selles impérieuses (perte de compliance); 2) les selles fréquentes (perte du réservoir); 3) les selles fractionnées (vidange inadéquate); et 4) l'incontinence, qui résulte d'une combinaison de facteurs, liés soit au traumatisme chirurgical, soit à la radiothérapie néo-adjuvante dont l'effet délétère sur la fonction sphinctérienne est reconnue.

Toute résection rectale peut s'accompagner de troubles fonctionnels, la règle principale étant que, plus l'anastomose est basse, plus le résultat fonctionnel est mauvais. A ce titre, la résection antérieure du haut rectum avec son anastomose colorectale est souvent bien supportée, puisque'elle conserve une partie du rectum, et notamment la zone située juste au-dessus de la ligne pectinée, dite zone de transition, où se fait la discrimination fine entre les gaz et les selles (fig. 6). Il en va différemment des proctectomies totales avec exérèse totale du mésorectum et anastomose colo-anales, qu'on réalise pour les cancers du bas et moyen rectum (fig. 7).

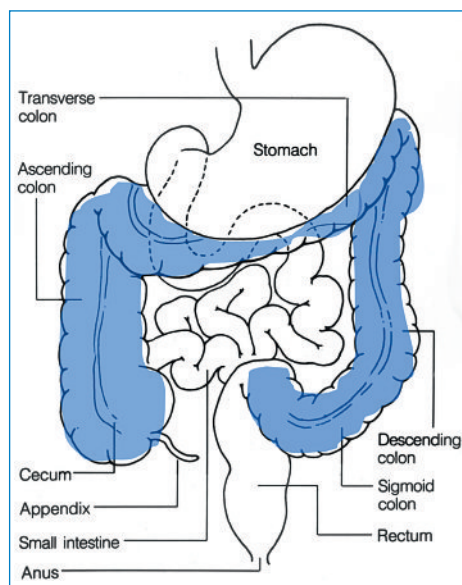


Figure 5
Colectomie totale.

Indication: polyposse familiale forme atténuée, cancer occlusif du colon gauche

Reconstruction: anastomose iléo-rectale

Altérations fonctionnelles: 3–4 selles molles par jour

Prise en charge: lopéramide (Imodium®) 2–10 mg/jour

Régime: pauvre en fibres ou constipant, si nécessaire.

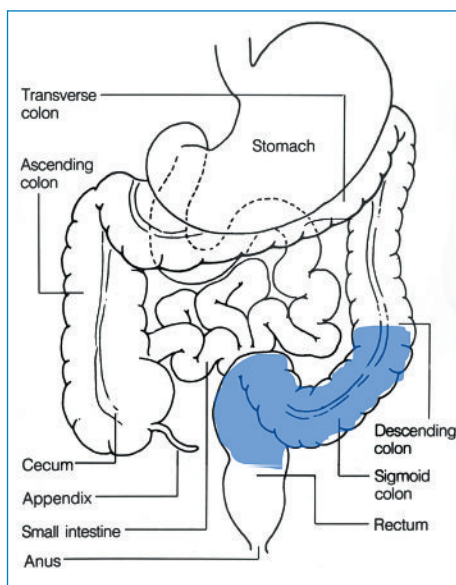


Figure 6
Résection antérieure du haut rectum.

Indication: cancer du haut rectum ou de la charnière recto-sigmoïdienne

Reconstruction: anastomose colorectale

Altérations fonctionnelles: bien supportées, pour autant que le rectum résiduel infra-anastomotique soit fonctionnel (CAVE: radiothérapie!); parfois, transitoirement, selles impérieuses.

Prise en charge: mucilages (Metamucil®)

Régime: pas de modifications diététiques nécessaires.

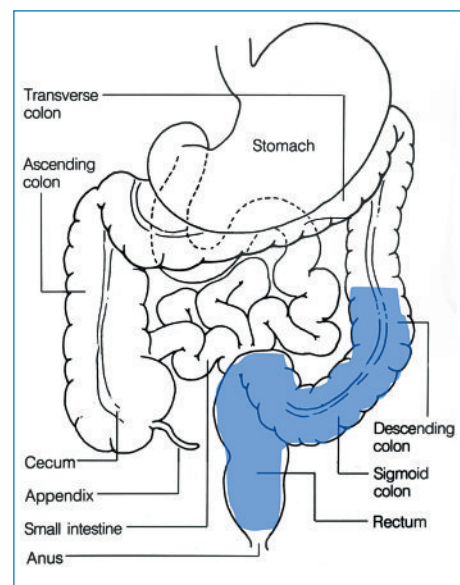


Figure 7
Proctectomie avec exérèse totale du mésorectum.

Indication: cancer du moyen et du bas rectum

Reconstruction: anastomose colo-anale (voir fig. 8)

Altérations fonctionnelles: 2 selles défilées par jour; divers troubles de l'exonération de gravité variable, en fonction de la technique de reconstruction (fig. 8)

Prise en charge: lopéramide (Imodium®) 2–10 mg/jour + mucilages (Metamucil®), physiothérapie (rééducation musculature périnéale et appareil sphinctérien).

Ces interventions s'accompagnent d'une perte totale de la capacité normale de réservoir, et les résultats fonctionnels sont moyens, voire mauvais, chez plus de la moitié des malades, tout au moins dans les deux premières années qui suivent l'intervention.

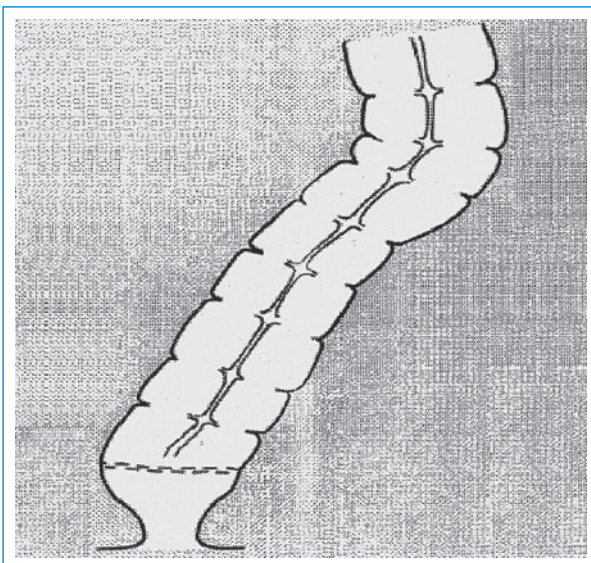
Techniques de reconstruction après anastomose colo-anale

Les dysfonctions sévères liées aux anastomoses colo-anales terminales ont conduit les chirurgiens à effectuer des techniques nouvelles de reconstruction visant à recréer une fonction de réservoir (néo-rectum) [5] (fig. 8.1 ). Ces techniques ont considérablement réduit l'incidence du syndrome de résection antérieure basse, évoqué plus haut [6]. On sait aujourd'hui que la radiothérapie adjuvante joue un rôle aggravant dans la genèse de ce syndrome qui touche 30–50% environ des patients opérés [7]. La technique du réservoir colique en J, popularisée par Lazorthes, consistait initialement en un segment efférent de 7–8 cm qui permettait de diminuer l'incidence des selles impérieuses, au détriment d'exonérations fractionnées («clustering») [8] (fig. 8.2 ). Aujourd'hui, l'anastomose terminale est tombée en désuétude, et le réservoir en J est désormais confectionné avec un segment efférent plus court (5 cm), permettant une meilleure vi-

dange du néo-rectum. Des résultats similaires sont obtenus au moyen d'une anastomose latéro-terminale avec un moignon d'aval de 3–4 cm, qui constitue, pour certains, la meilleure technique actuelle de reconstruction pour ces malades (fig. 8.3 .

La proctocolectomie totale

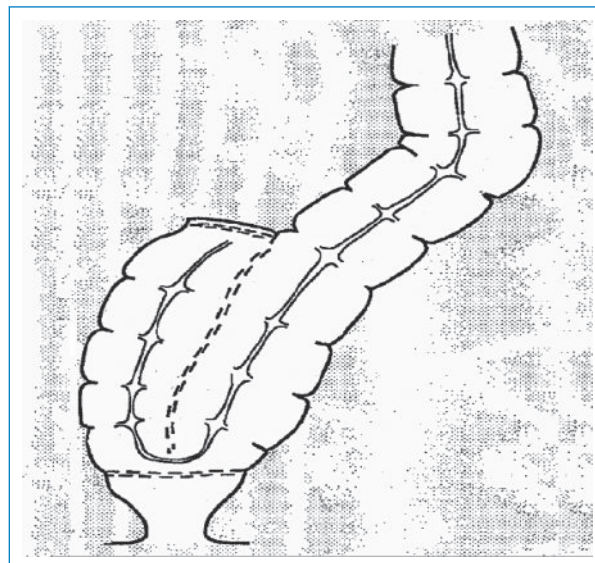
Cette intervention est pratiquée aujourd'hui pour deux indications très différentes: 1) la polyposse familiale; et 2) la recto-colite ulcéro-hémorragique ne répondant pas au traitement médical, ou associée à une dysplasie de haut grade documentée endoscopiquement. Il s'agit d'une intervention majeure, délicate à réaliser, et qui ne se conçoit que chez des patients motivés. La perte à la fois du côlon et du rectum signifie que le malade va évacuer environ 1,5 litres de selles semi-liquides par jour. L'anastomose iléo-anale est donc toujours associée à un réservoir, le plus souvent une poche en J iléale. Avec une longueur de poche de 12 cm, le réservoir ainsi créé aura une capacité de 200–250 cc, limitant les exonérations quotidiennes au nombre de 6–8, donc une au moins nocturne. La plupart des malades bénéficient à un moment ou à un autre de traitement associant le lopéramide et les mucilages, afin d'obtenir des selles moins fréquentes et plus consistantes (fig. 9 et 10 .

**Figure 8.1**

Anastomose colo-anale termino-terminale.

Altérations fonctionnelles: souvent sévères, surtout durant les deux premières années après l'intervention. 3–4 selles impérieuses par jour, incontinence aux gaz et selles liquides, épisodes de souillures nocturnes, nécessitant le port de protections hygiéniques.

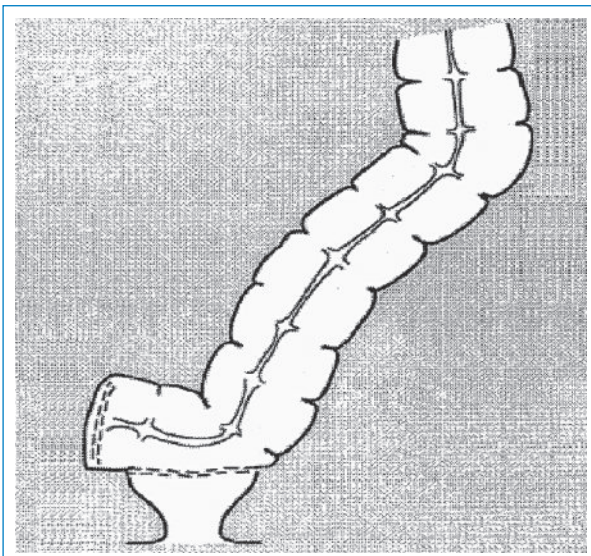
Prise en charge: lopéramide (Imodium®) 2–16 mg/jour en association avec des mucilages (Métamucil®); en cas d'incontinence, physiothérapie de rééducation du plancher pelvien et de l'appareil sphinctérien.

**Figure 8.2**

Anastomose colo-anale avec réservoir en J.

Altérations fonctionnelles: l'incontinence passe au second plan. 3–6 selles fractionnées par jour, rarement épisodes de souillures nocturnes. Sensation d'exonération incomplète.

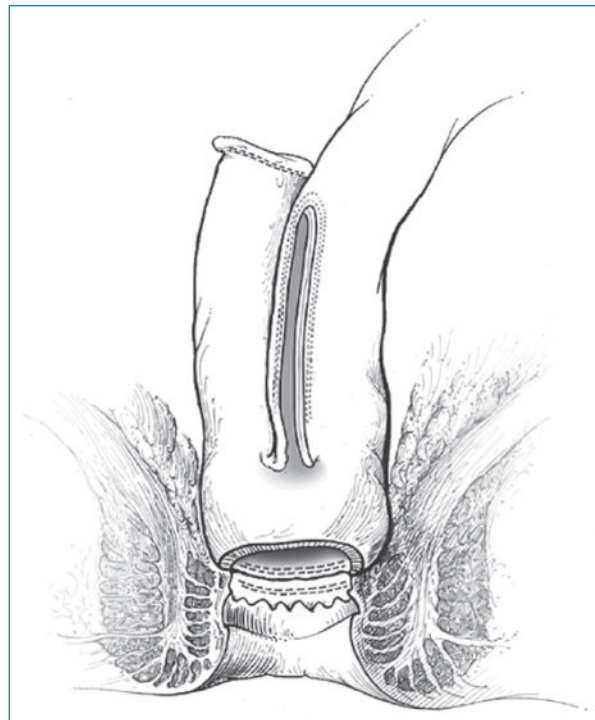
Prise en charge: mucilages (Métamucil®); en cas d'incontinence, physiothérapie de rééducation du plancher pelvien et de l'appareil sphinctérien.

**Figure 8.3**

Anastomose colo-anale latéro-terminale.

Altérations fonctionnelles: plus rares et moins sévères; 2–4 selles par jour, formées, épisodes de souillures nocturnes.

Prise en charge: mucilages (Métamucil®); en cas d'incontinence, physiothérapie de rééducation du plancher pelvien et de l'appareil sphinctérien. En cas de selles liquides, lopéramide (Imodium®) 2–10 mg/jour.

**Figure 9**

Anastomose iléo-anale avec poche en J.

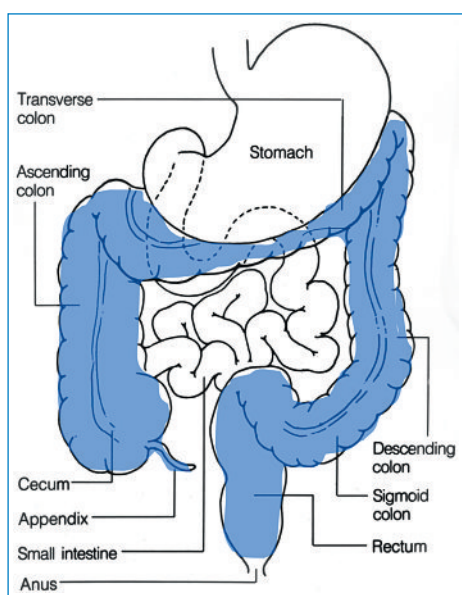


Figure 10

Coloproctectomie.

Indication: polypose familiale; recto-colite ulcéro-hémorragique

Reconstruction: anastomose iléo-anale avec réservoir en J

Altérations fonctionnelles: 6–8 selles liquides diurnes et 1 selle liquide nocturne

Prise en charge: lopéramide (Imodium®) 2–16 mg/j + mucilages

Régime: constipant. CAVE: déshydratation!

Références recommandées

- Buchs NC, Gervaz P, Bucher P, Konrad B, Huber O, Mentha G, et al. Lessons learned from one thousand consecutive colonic resections in a teaching hospital. *Swiss Med Wkly.* 2007;137:259–64.
- Allal AS, Gervaz P, Gertsch P, Bernier J, Roth AD, Morel P, et al. Assessment of quality of life in patients with rectal cancer treated by pre-operative radiotherapy: a longitudinal prospective study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2005;61:1129–35.

Conclusion

La majorité des résections segmentaires du côlon sont bien tolérées et ne nécessitent aucun traitement, ni suivi diététique particulier. Il en va différemment des résections (partielles ou complètes) du rectum, qui très souvent sont associées à des troubles de la défécation pouvant aller jusqu'à l'incontinence et l'isolement social. Le risque de dysfonction est d'autant plus grand que s'ajoutent à la perte de fonction du réservoir rectal, des troubles du transit, par exemples des diarrhées lors d'une chimiothérapie adjuvante. Néanmoins, la plupart des altérations fonctionnelles peuvent être prises en charge avec succès par le médecin traitant, en collaboration avec une équipe multidisciplinaire (diététicienne, physiothérapeute, gastroentérologue) dans laquelle le chirurgien peut intervenir à tout moment en cas de doute diagnostique et/ou d'échec thérapeutique.

Correspondance:

Pascal Gervaz
Service de Chirurgie Viscérale
Hôpital Universitaire de Genève
24, rue Micheli-du-Crest
CH-1211 Genève, Suisse
pascal.gervaz@hcuge.ch

- Gervaz P, Rotholtz N, Belin B, et al. Colonic J-pouch function in rectal cancer patients: impact of adjuvant chemo-radiation therapy. *Dis Colon Rectum.* 2001;44:1667–75.

Les références complètes et numérotées sont disponibles dans la version en ligne de cet article à l'adresse www.medicalforum.ch.