

Information au patient : Traitement chirurgical du cancer du gros intestin

Lisez ce document avec beaucoup d'attention

Ce document contient des informations générales au sujet de l'intervention qui est programmée chez vous. Discutez des informations fournies avec votre médecin pour avoir une meilleure information à propos de votre situation personnelle. N'hésitez pas à lui poser toutes les questions nécessaires.

Fonctions et situation du gros intestin

La nourriture traverse l'œsophage, l'estomac et l'intestin et arrive dans le gros intestin qui est la partie terminale de notre tube digestif. Dans le gros intestin se produisent les dernières étapes de la digestion et l'épaississement des matières par résorption de l'eau. Cette fonction peut encore être remplie lorsqu'une grande partie du gros intestin est enlevée.

La longueur totale du gros intestin est d'environ 1.5 m et il peut être divisé en plusieurs parties (voyez le schéma). Dans la partie droite du ventre, on trouve la partie ascendante du gros intestin, le côlon ascendant dans lequel s'abouche l'intestin grêle. Dans cette partie on trouve également un appendice vermiculaire que l'on appelle l'appendice. A proximité du foie le gros intestin se continue transversalement par le côlon transverse qui court en dessous de l'estomac vers la gauche. A proximité de la rate le gros intestin se continue avec le côlon descendant auquel fait suite à gauche dans le bas ventre une boucle en forme de S appelée le sigmoïde. Dans le petit bassin le sigmoïde se continue avec le rectum, lui-même fermé par un sphincter, l'anus.

Pourquoi une opération sur le gros intestin ?

Un cancer du côlon a été découvert chez vous, une tumeur maligne du gros intestin ; une opération est la seule possibilité de guérir la maladie. Dans certains cas, une chimiothérapie devra être administrée par la suite.

Les étapes de votre traitement

Il est important de savoir que différents médecins et différentes disciplines vont travailler en équipe pour assurer votre traitement, on appelle cela un traitement multidisciplinaire. Cela garantit la réunion de toutes les compétences indispensables pour que votre traitement soit optimal. Ainsi seront concernés lors de votre traitement, au fur et à mesure que cela sera indiqué, non seulement les chirurgiens mais également les anesthésistes, les gas-

tro-entérologues, les oncologues, les radiothérapeutes, les pathologistes, les infirmières, les kinésithérapeutes, etc. Vous serez donc pendant votre traitement mis en contact avec différents médecins et avec des para-médicaux.

Le choix du type de traitement de même que le pronostic (chance de guérison) dépend de la situation et du stade évolutif de la tumeur maligne : est-ce la muqueuse de l'intestin seule qui est atteinte ou toute la paroi intestinale ? Y a-t-il des extensions dans les tissus avoisinants ou dans les tissus à distance (ganglion lymphatique, foie, poumons, ...) ?

De quel cancer s'agit-il ? Quelle est sa taille ? Quel est votre état de santé ? Pour déterminer tout cela des examens complémentaires seront effectués comme par exemple une radiographie des poumons, un scanner de l'abdomen et du petit bassin, une colonoscopie, une prise de sang complémentaire, etc.

Après délibération de l'équipe multi-disciplinaire votre médecin discutera avec vous des résultats de ces différents examens et des suites pour votre traitement. Il vous est possible d'amener un membre de votre famille lors de cette information des résultats. Les résultats des examens renseignent sur la nature et l'extension de l'affection. Cela ne présage pas des suites et de l'évolution.

Préparation pour l'intervention

Communiquez votre traitement personnel à votre médecin et informez-vous sur les médicaments qui doivent être arrêtés ou au contraire poursuivis pour l'intervention. N'oubliez pas de mentionner les médicaments aussi innocents que l'Aspirine ou les médicaments contre l'arthrose car ils peuvent augmenter le risque de saignement.

Si vous êtes allergique à des médicaments bien particuliers (par exemple Iode, Aspirine, antibiotiques, etc), vous devez le signaler à votre médecin.

Vous rencontrerez le médecin anesthésiste qui vous endormira la veille de l'opération. Il répondra à toutes vos questions concernant l'anesthésie.

Avant l'opération l'intestin doit être vidé par des manœuvres laxatives, que ce soit par un lavement ou par absorption d'une solution orale permettant un lavage de l'intestin en entier. En cas de constipation très sévère ou lors d'une intervention en urgence, cette préparation peut ne pas être possible.

Pour prévenir les thromboses ou l'embolie pulmonaire, vous aurez avant l'opération une administra-

tion sous cutanée d'anticoagulants. Ceci sera répété tous les jours tant que votre état l'exigera.

Lors d'une opération au gros intestin vous recevrez également des antibiotiques pour prévenir si possible l'infection de la plaie opératoire et du ventre.

Si c'est nécessaire avant l'opération votre médecin ou un de ses collaborateurs du service de stomathérapie viendra déterminer avec vous le site le plus approprié pour une éventuelle colostomie (rarement nécessaire).

L'opération

Pour une intervention sur le gros intestin vous devez être hospitalisé et l'opération est réalisée sous anesthésie générale.

Habituellement l'opération est effectuée par une incision classique de l'abdomen, mais éventuellement cette même opération peut être effectuée par laparoscopie. Dans ce cas on doit souvent faire une incision moins grande pour extraire du ventre le segment de l'intestin. Votre chirurgien utilisera la technique qui dans votre cas semble le plus indiqué et le plus sûr.

Il existe beaucoup de types d'opérations possibles au niveau du gros intestin. Le chirurgien discutera avec vous du type d'intervention qu'il compte probablement réaliser. Rarement dans le cas d'une opération sur le gros intestin, il est nécessaire de mettre en place une stomie (abouchement de l'intestin à la peau, anus artificiel, «poche»). Une stomie temporaire est refermée en règle générale après 2 à 3 mois. Il s'agit d'une deuxième intervention qui néanmoins est moins lourde.

Pendant l'opération la partie du gros intestin où se situe la tumeur est enlevée avec une marge de sécurité la plus large possible. Ensuite les deux extrémités de l'intestin sont suturées entre elles (avec des aiguilles et des fils ou au moyen d'un appareil de suture automatique que l'on appelle agrafeuse). Une suture intestinale s'appelle une anastomose.

Indépendamment du type d'opération qui sera effectuée chez vous par le chirurgien, celui-ci va enlever en plus du segment intestinal malade le tissu graisseux environnant qui contient des vaisseaux dans lesquels on trouve des ganglions lymphatiques pour réduire ainsi le risque de récurrence de la tumeur dans le champs opératoire. Cela détermine aussi la longueur du segment intestinal qui sera enlevé.

Il peut également être indiqué d'enlever dans le même temps opératoire une partie ou la totalité d'un autre organe ou s'ils sont atteints par la tumeur (foie, intestin grêle, reins et voies urinaires, ovaires ou matrice, rate). Ceci n'est pas toujours facile à déterminer avec certitude avant l'opération.

Dans des cas plus évolués l'opération peut revêtir une caractère palliatif, ce qui veut dire que l'opération n'ap-

porte pas la guérison mais a pour but de réduire le symptôme dû à la tumeur.

Introduire schémas – Hémicolectomie droite
– Hémicolectomie gauche
– Résection antérieure

Complications possibles

Il n'y a pas d'opération sans risque. Après une opération du gros intestin il existe des complications comme les thromboses, le saignement postopératoire, les infections du site opératoire, les lésions aux organes de voisinage ou des infections pulmonaires.

Votre état général peut bien évidemment avoir une influence très importante sur le déroulement de l'opération et sur les risques liés à l'opération. N'hésitez pas à discuter de cela avec votre médecin et n'hésitez pas à lui donner toutes les informations qui pourraient être nécessaires à ce sujet (maladies antérieures, traitements utilisés).

A côté de cela, il y a quelques complications spécifiques possibles. Une complication grave est le lâchage de la suture intestinale (anastomose). Cela entraîne souvent une péritonite et dans ce cas, cela doit être suivi par une nouvelle opération pendant laquelle l'anastomose est éventuellement démontée et une dérivation des selles réalisée par une stomie en principe temporaire.

Il est aussi possible que pendant la dissection (d'adhérences ou lors de la libération du côlon adhérent la rate) d'autres organes puissent être lésés et que par exemple il survienne un saignement sur la rate. Des mesures nécessaires devront être prises pour que chaque saignement ou chaque brèche ou déchirure dans un organe soit réparé d'une façon sûre. Lorsqu'il survient un saignement sur la rate il est possible qu'une résection de la rate soit nécessaire. Après une résection de la rate des mesures bien particulières doivent être prises : dans ce cas le chirurgien vous donnera tous les renseignements nécessaires.

Les infections de la cicatrice surviennent beaucoup plus facilement que d'habitude en chirurgie colique et donnent lieu à une guérison retardée de la cicatrice. Lors d'opération en urgence où l'intestin n'a pas pu être bien préparé il arrive parfois que la peau après l'opération ne soit pas refermée pour prévenir l'infection de la cicatrice.

L'énumération de complications qui vient d'être rapportée n'a pas la prétention d'être exhaustive, mais elle renseigne sur les complications les plus importantes et les plus fréquentes.

Une opération sur le côlon est une opération sérieuse pour laquelle il existe un risque vital pendant le séjour hospitalier. Le risque de l'opération est déterminée par différents facteurs : la localisation et la taille de la

tumeur, l'envahissement ou l'essaimage dans d'autres organes, le fait qu'il y ait ou non des complications, votre état général, etc. Il n'est pas facile de déterminer précisément le risque pour chaque patient avant l'opération. En moyenne le risque de mortalité se situe entre 3 et 5%.

Après l'opération

Directement après l'opération il peut être indiqué que vous séjourniez un ou plusieurs jours dans une unité de soins intensifs. Vous serez aussi relié par toute une série de tuyaux et de câbles à des appareils. Cela peut être :

- Un ou deux cathéters pour l'hydratation
- Un fin petit tuyau dans votre dos pour l'analgésie
- Une sonde dans votre nez qui via l'œsophage est positionné dans l'estomac et fait en sorte que le liquide gastrique excédentaire soit aspiré
- Une sonde urinaire pour l'écoulement d'urine

Au fur et à mesure de l'évolution et de votre rétablissement après l'opération tous ces différents dispositifs d'aide seront ôtés.

Dans les jours qui suivent l'intervention vous pourrez progressivement reprendre les boissons et puis plus tard l'alimentation liquide et ensuite solide. A ce sujet il n'y a pas de schéma bien précis. Vous recevez les premiers jours à boire et à manger selon ce que votre système digestif peut supporter.

Après certaines opérations bien précises sur le gros intestin le transit intestinal peut être temporairement modifié avec par exemple de la diarrhée, des besoins plus fréquents ou une évacuation plus difficile. Le plus souvent ces phénomènes sont seulement transitoires et le fonctionnement de l'intestin se normalise dans les mois qui suivent l'opération. Parfois néanmoins ces anomalies sont plus persistantes et peuvent nécessiter un traitement médicamenteux.

Traitement après l'opération

Les résultats de l'examen microscopique de la pièce opératoire sont connus après un délai de 1 à 10 jours et vous sera communiqué. Si vous souhaitez la présence d'un membre de la famille à ce moment, veuillez en convenir au préalable avec votre médecin ? ? Les résultats de l'examen pathologique renseignent sur la nature de l'affection et sur son extension. Cela ne préjuge pas des suites et de l'évolution. A la suite de ces résultats un traitement complémentaire par chimiothérapie peut être indiqué.

Nonobstant l'ablation complète des tissus cancéreux certains patients peuvent en effet développer une récurrence (la tumeur se développe à nouveau). Il est important de savoir que la possibilité existe, que des petites quantités de cellules cancéreuses se soient dispersées dans les environs de la tumeur ou dans d'autres organes sans que ces cellules cancéreuses aient pu être découvertes avec les moyens d'investigations disponibles. Nous appelons cela des micrométastases. Ces micrométastases provoquent la rechute après un traitement chirurgical. Les chimiothérapies adjuvantes ont pour but d'empêcher cela le plus possible.

Dans le cadre de votre traitement il pourra vous être demandé de prendre part à une étude clinique. Une étude clinique est une enquête scientifique qui a pour but d'améliorer les traitements connus ou d'évaluer les nouveaux traitements du cancer du côlon.

En ce qui concerne ce point vous recevrez des informations complémentaires à l'hôpital ou à la consultation.

La sortie de l'hôpital

Si tout va bien, vous pouvez en règle générale quitter la clinique après 14 jours. A la sortie vous recevez un rendez-vous pour la consultation de contrôle.

Il est difficile de dire quand vous serez tout à fait remis de votre opération. Cela dépend de l'importance de l'opération, de la nature de l'affection et de la façon dont vous vous sentez en ce moment.

Dans le futur le délai pendant lequel vous devrez vous soumettre à des contrôles dépend naturellement de la nature de votre maladie.

Questions

Si vous avez encore d'autres questions, posez les calmement au médecin ou au chirurgien à la consultation ou dans le service où vous avez été hospitalisé.

Les informations concernant le coût des examens, de l'opération, le séjour hospitalier, les consultations peuvent vous être données par le chirurgien ou par les services financiers de l'hôpital. Vous pouvez aussi recevoir des informations sur la partie des coûts à charge du patient (c'est à dire non couverts par l'assurance maladie).

Pour finir

Merci de nous prévenir si vous pensez qu'il manque des renseignements importants ou si vous trouvez que ce n'est pas très clair.

Formulaire de consentement éclairé

Je soussigné va être admis/a été admis dans le service de à la date du dans l'optique du traitement chirurgical d'un cancer du gros intestin. Le Dr. m' a donné des informations claires et m'a exposé de manière compréhensible la nature, le but, les suites, les risques et les possibles complications à court et à long terme de l'opération qui a été planifiée.

Par la signature de ce document je confirme que j'ai moi même lu le texte ou que je me le suis fait lire et que son contenu est clair pour moi et que je l'ai entièrement compris.

J'ai eu en suffisance la possibilité de poser les questions nécessaires et on m'a répondu de manière totalement satisfaisante. En ce qui concerne le traitement proposé, les points sur lesquels je ne suis pas d'accord ont été annotés, et ces modifications je les ai paraphées. Toutefois j'ai été prévenu que pendant l'opération ou pendant la période postopératoire des événements ou des découvertes inattendues peuvent contraindre mes médecins à modifier les traitements qui avaient été prévus. Je donne dans ces circonstances aux médecins la permission de prendre toutes les mesures indiquées pour la bonne évolution de mon traitement.

Je donne mon accord pour la prise anonyme de photos et d'images avant, pendant et après l'opération et pour leur emploi à des fins médicales et éducatives, comprenant la présentation à des conférences ou à des publications scientifiques.

Je confirme de même avoir été clairement informé concernant les coûts approximatifs liés à l'opération et ceux à charge du patient et également des coûts dû à des exigences particulières.

Par la présente je donne volontairement mon consentement au médecin soussigné d'effectuer l'intervention qui a été programmée en collaboration avec tout médecin et/ou tout médecin spécialiste en formation qui travaille sous son autorité ou avec lequel il collabore et avec le personnel médical et para-médical qui est sous sa responsabilité pour mon intervention.

Je peux à n'importe quel moment décider d'annuler l'intervention.

Date

Signature du patient.

Signature et chachet du médecin.