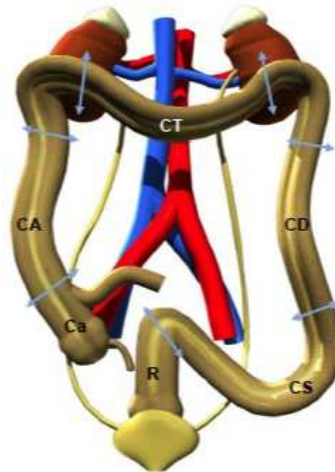
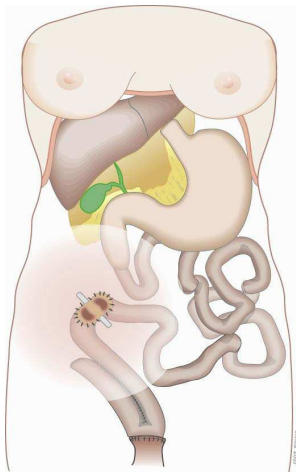


COLOPROCTECTOMIE TOTALE



Cette intervention a pour objectif de faire l'ablation complète de côlon et du rectum.

Après la résection complète de ces deux organes, la continuité digestive peut être rétablie par une anastomose iléo anale. Dans les autres cas une iléostomie définitive est réalisée.



Une coloproctectomie est le plus souvent proposée pour le traitement chirurgical d'une rectocolite ulcéro-hémorragique ou le traitement d'une polypose adénomateuse familiale. Ces deux maladies peuvent entraîner l'apparition de cancer, mais le plus souvent, les patients sont opérés pour éviter cette évolution ou dans d'autres circonstances. Ainsi, quand le risque de cancer est très faible, il est possible de ne pas faire l'opération comme quand il y a un cancer.

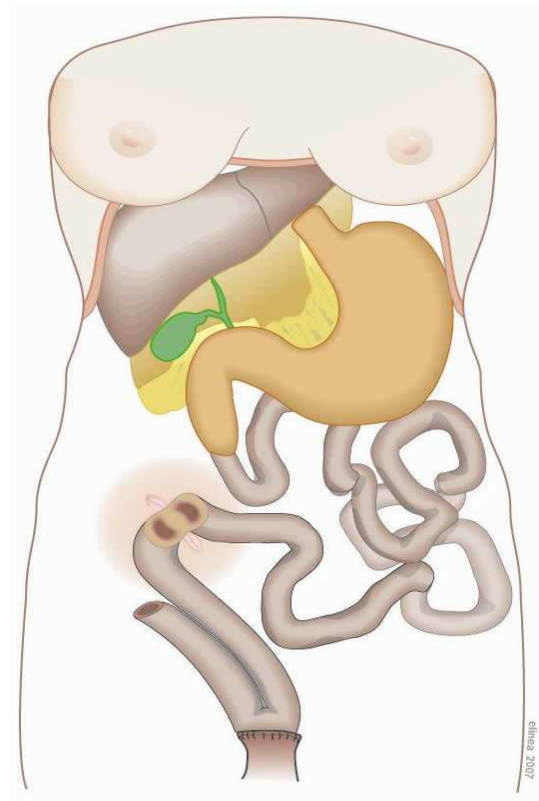
Les mésos peuvent être conservés, ceci permet de diminuer les conséquences possibles. La dissection du rectum peut ne pas se faire comme pour un cancer en faisant une exérèse complète du mésorectum. Il est possible de garder le mésorectum et ainsi de passer à distance des nerfs à destinée urogénitale. Ainsi, le risque d'impuissance ou d'anéjaculation est considérablement réduit voire éliminé. De même, il est possible de conserver le méso du côlon droit au sein duquel passent des vaisseaux dont la conservation peut faciliter la vascularisation du réservoir faite à partir de la terminaison de l'intestin grêle.

Voici les principes de l'intervention réalisée pour un cancer :

- **LIGATURE DES VAISSEAUX** à leur origine pour réaliser une résection complète du méso, c'est-à-dire les tissus de soutien qui assurent la vascularisation et le drainage lymphatique de l'organe. Le drainage lymphatique étant une voie possible de propagation du cancer, il faut enlever celui drainant l'organe porteur du cancer. Ceci est fait de façon systématique car il n'est pas possible de déterminer au cours de l'opération si une telle diffusion a déjà eu lieu. En revanche, après la colectomie et l'analyse histologique, les relais lymphatiques (ganglions) pourront être examinés au microscope. La totalité des ganglions alors trouvés sera examinée et classée en : envahis ou non-envahis. Cela participera à la décision de réaliser une chimiothérapie en post-opératoire. Dans le cas d'une coloproctectomie totale, les vaisseaux à destination du colon droit, du colon gauche et du rectum doivent être sectionnés à leur origine : l'artère iléocaecoappendiculaire, la colique supérieure droite et sa veine qui ne la suit pas mais se jette dans le tronc gastro-colique de Henlé, la veine mésentérique inférieure, sous le bord inférieur du pancréas et l'artère mésentérique inférieure qui est sectionnée après ligature à 2 centimètres de son origine. Cette section se fait un peu à distance de l'origine de cette artère car autour de cette origine se constituent les nerfs hypogastriques à partir du plexus parasymphatique se trouvant en avant de l'aorte à ce niveau.
- **LIBERATION DU COLON.** Les côlons droit et gauche sont libérés de leurs attaches postérieures (fascia de Toldt droit et gauche) comme lors des colectomies droites et gauches. Pour le côlon transverse, il est séparé du grand épiploon.
- **RESECTION RECTALE.** La dissection du rectum se fait en poursuivant le plan de dissection du colon gauche en respectant le fascia recti. Ce fascia est une enveloppe qui entoure le rectum, la graisse qui l'accompagne avec ses artères, ses veines et ses vaisseaux lymphatiques. En respectant ce plan, le chirurgien assure une résection carcinologique de qualité et peut épargner l'innervation à destination urogénitale responsable de l'érection et l'éjaculation. Une fois, le rectum complètement disséqué, il est coupé après sa fermeture par une agrafeuse.
- **SECTION INTESTINALE.** Il ne reste qu'à sectionner l'intestin grêle avant la jonction avec le colon droit.
- **RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ DIGESTIVE.** Dans cette opération, il faut faire descendre l'intestin grêle jusqu'à l'anus pour y réaliser une anastomose. Toutefois, si l'intestin est abaissé directement, le nombre de selles est trop important pour permettre une qualité de vie acceptable. Avant de rétablir cette continuité, il est donc nécessaire de faire un réservoir iléal. Ce réservoir permet de réduire le nombre de selles par jour et de mieux contrôler les évacuations.

- **LA MUCOSECTOMIE.** Les maladies pour lesquelles une coloproctectomie est proposée, sont des maladies qui atteignent toute la muqueuse du côlon et du rectum. Si la section rectale par voie abdominale porte juste au-dessus du muscle releveur de l'anus, une toute petite partie du rectum recouvert d'une muqueuse à risque est laissée en place. Il est possible avec ce moignon rectal de faire une anastomose mécanique, mais la muqueuse laissée en place devra faire l'objet d'une surveillance rapprochée car elle présente le risque de voir revenir sur elle, la maladie pour laquelle la coloproctectomie est effectuée. Il existe une alternative qui consiste à faire une mucosectomie (exerese de cette muqueuse) par voie transanale. La muqueuse est ainsi complètement enlevée en respectant les sphincters internes et externes de l'anus. Dans ce cas, le réservoir est abaissé par voie trans-anale et ouvert pour être cousu à la muqueuse de l'anus.
- **ILEOSTOMIE DE PROTECTION.** La réalisation d'une anastomose iléo-anale amène à l'abaissement de l'intestin grêle jusqu'à l'anus. Cet abaissement peut parfois s'avérer difficile et requiert un certain nombre de manœuvres pour que l'intestin grêle descende jusqu'au niveau de l'anus. En effet, sa vascularisation par l'artère mésentérique supérieure peut parfois être courte et gêner à la descente. Lorsque l'anastomose est réalisée avec une petite tension ou lorsque de nombreuses manœuvres ont été requises ou si la dissection pelvienne s'est avérée particulièrement difficile, il est préférable de réaliser une iléostomie. De même, les patients qui prennent encore des corticoïdes ou présentent des facteurs pouvant faire plus craindre une mauvaise cicatrisation du réservoir ou de l'anastomose (amaigrissement, présence d'abcès ou de fistule), la réalisation d'une iléostomie pour protéger le montage en dérivant une anse au-dessus est préférable. Cette dérivation est enlevée par une petite intervention le plus souvent réalisée par voie élective (autour de la stomie elle-même) deux mois après la réalisation de l'anastomose iléo-anale. Toutefois, en dehors des situations décrites ci-dessus, le plus souvent il peut ne pas être réalisé d'iléostomie. Cette décision est prise au cours de l'intervention durant laquelle l'anastomose iléo-anale est effectuée. Dans le cas de la [Recto-colite ulcéro-hémorragique](#), une iléostomie est requise environ une fois sur deux.
- **DRAINAGE.** Deux drains de redons sont placés en arrière du réservoir, pour drainer le pelvis disséqué.
- **FERMETURE ABDOMINALE.** Lorsque l'intervention a été réalisée par laparotomie, l'incision est alors refermée. Lorsque l'intervention a été réalisée par voie laparoscopique, l'ablation du côlon droit réséqué aura requis une incision abdominale. Celle-ci aura été moindre. Elle devra donc être fermée ainsi que les orifices de trocars de 10 mm par lesquels les plus gros instruments auront été introduits dans l'abdomen pour conduire l'intervention.

MONTAGE DIGESTIF FINAL APRES COLOPROCTECTOMIE TOTALE :
ANASTOMOSE ILEO-ANALE PROTEGEE PAR UNE ILEOSTOMIE.



Site Internet du service de Chirurgie Générale et Digestive de l'Hôpital Saint-Antoine

Conception et Réalisation : Dr Jeremie Lefevre, [Comité Editorial](#)

Webmail : chirurgie.digestive@sat.aphp.fr