

À LA FINE POINTE

Les interventions chirurgicales pour les personnes atteintes de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse



**LA MALADIE DE
CROHN ET
LA COLITE**

Mettez-y fin. Pour la vie.



crohnetcolite.ca

Si vous avez cette brochure entre les mains, il y a fort à parier que vous souffrez d'une maladie inflammatoire de l'intestin (MII) ou que vous connaissez une personne qui en est atteinte. Qu'il s'agisse de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse, il existe plusieurs traitements pour vous aider à gérer votre maladie chronique (permanente).

Crohn et Colite Canada vous recommande vivement d'être bien informé sur ces traitements. En étant bien renseigné, vous prendrez activement votre santé en main et contribuerez à l'élaboration d'une approche thérapeutique de concert avec les membres de votre équipe soignante pour une meilleure qualité de vie.

Crohn et Colite Canada désire vous accompagner dans votre quête d'information. Notre mission reflète notre détermination à trouver un traitement curatif contre la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse et à améliorer la vie des enfants et des adultes souffrant de ces maladies chroniques.

Nous nous sommes également engagés à vous aider à mieux connaître la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Nos brochures éducatives à l'intention des patients témoignent de cet engagement; visitez notre site Web au crohnetcolite.ca pour en obtenir la liste complète! Vous pouvez soit les télécharger, soit communiquer avec la section de Crohn et Colite Canada de votre localité qui vous en fera parvenir un exemplaire par la poste sans frais!

La présente brochure traite des interventions chirurgicales. Sans vouloir faire de jeu de mots, le sujet des interventions chirurgicales « ouvre » la voie à tout un éventail de traitements qui aident les patients à gérer leur maladie. Afin de bien comprendre le pourquoi et les objectifs des différents types d'interventions chirurgicales, nous explorerons également l'anatomie et la fonction des diverses parties du tube digestif.



LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES COMME OPTION DE TRAITEMENT

Les interventions chirurgicales comptent parmi les approches privilégiées par les médecins pour vous aider à maîtriser la maladie. Il est généralement admis que de 70 à 80 % des personnes atteintes de la maladie de Crohn et jusqu'à 40 % de celles qui souffrent de colite ulcéreuse subiront une intervention chirurgicale au cours de leur vie.

En outre, 33 % des personnes atteintes de la maladie de Crohn ayant subi une intervention chirurgicale verront la maladie récidiver au cours des cinq années postopératoires et devront peut-être subir une autre intervention chirurgicale. Par contre, les personnes atteintes de colite ulcéreuse sont « guéries » une fois qu'on a procédé à l'ablation de la partie de l'intestin qui est touchée (voir plus loin pour plus d'information).

Dans quelles circonstances les médecins jugent-ils l'intervention chirurgicale nécessaire? De toute évidence, il ne s'agit pas d'une décision à prendre à la légère. Il faut d'abord répondre aux questions suivantes :

- Les thérapies médicamenteuses aident-elles à la gestion adéquate de vos symptômes? Sont-elles susceptibles d'apporter les effets escomptés?
- Les effets indésirables de vos médicaments sont-ils graves et intolérables?
- Vos symptômes sont-ils apparus soudainement et sont-ils si graves et tenaces qu'ils menacent votre santé?
- Existe-t-il d'autres complications liées à la maladie qu'il est impossible d'éliminer autrement?
- Souffrez-vous d'un autre problème de santé susceptible de compromettre l'issue de l'intervention chirurgicale (un problème cardiaque ou des antécédents de caillots de sang par exemple)?

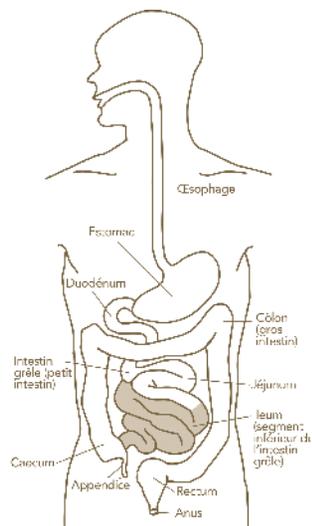
Le chirurgien et le médecin spécialiste (gastro-entérologue) devront se pencher ensemble sur ces questions. Autrement dit, votre gastroentérologue et le chirurgien sont deux spécialistes qui voient aux divers aspects de vos soins. Leurs opinions combinées sur l'intervention chirurgicale comme option vous seront très précieuses quand viendra le temps pour vous de prendre une décision.



LA GÉOGRAPHIE DE VOTRE APPAREIL DIGESTIF

Pour être en mesure de peser le pour et le contre d'une intervention chirurgicale, il importe que vous connaissiez les parties (anatomie) et les fonctions de votre système digestif et les effets de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse sur ces dernières.

Le tractus digestif est un tube vide qui s'étend de la bouche jusqu'à l'anus. Lorsque vous mangez et buvez, les aliments voyagent de votre bouche à votre œsophage (le tube relié à votre estomac), puis vers l'estomac, l'intestin grêle ou petit intestin) et le côlon (aussi appelé gros intestin), pour finalement aboutir dans le rectum et enfin être expulsés par l'anus.



Le schéma de la page précédente vous permet de constater que l'intestin grêle et le côlon sont subdivisés en segments plus petits. L'intestin grêle est constitué (de sa partie supérieure à sa partie inférieure) :

- **du duodénum (environ 8 cm de longueur);**
- **du jéjunum (pouvant atteindre jusqu'à 3 mètres de longueur!);**
- **et enfin de l'ileum (pouvant aussi mesurer 3 mètres!).**

Résection :
ablation totale
ou partielle
d'un organe.

Chaque partie de l'intestin grêle participe à la digestion et à l'absorption des aliments que nous mangeons, ce qui nous permet de préserver notre santé et d'assurer notre survie.

L'ablation de segments de l'intestin grêle nuit à notre capacité d'absorber les nutriments.

Le gros intestin est aussi appelé côlon. Tandis que les aliments transitent de l'ileum au côlon, ils passent par la valvule iléo-caecale qui permet à l'intestin grêle de transporter son contenu vers le côlon de façon intermittente plutôt qu'en une seule fois.

Le côlon a pour fonction d'absorber le sel et l'eau se trouvant dans les selles et de stocker ces dernières jusqu'à ce qu'elles soient évacuées. Lorsque les aliments atteignent le côlon, ils sont liquides; toutefois, ils sont solides au moment où ils sont évacués parce que toute l'eau en a été absorbée.

Tout comme l'intestin grêle, le côlon (qui peut mesurer jusqu'à 1,5 mètre) se divise en plus petits segments (de sa partie supérieure à sa partie inférieure) :

- **Caecum**
- **Côlon ascendant**
- **Côlon transverse**
- **Côlon descendant**
- **Côlon sigmoïde**
- **Rectum**
- **Anus**



COLITE ULCÉREUSE OU MALADIE DE CROHN?

La colite ulcéreuse affecte seulement certaines parties du gros intestin, dont le rectum et l'anus, et cause habituellement une inflammation de la paroi digestive.

La colite ulcéreuse débute dans la plupart des cas au niveau du rectum pour s'étendre à tout le côlon sous forme d'inflammation continue. On parvient à maîtriser la colite ulcéreuse à l'aide de médicaments et même à la guérir en procédant à l'ablation totale du gros intestin.

La maladie de Crohn, pour sa part, peut affecter n'importe quelle partie du tube digestif de la bouche à l'anus, mais elle touche plus souvent l'intestin grêle et la partie supérieure du côlon. Elle se traduit par des bandes de tissus enflammés entrecoupées de régions saines et l'inflammation peut traverser toutes les couches de tissu atteint. Contrairement à ce qui se passe dans le cas de la colite ulcéreuse, l'ablation des segments touchés par la maladie de Crohn ne prévient pas la réapparition de l'inflammation dans d'autres parties de l'intestin.

La plupart des gens souffrent de l'une ou l'autre des maladies, mais pas des deux. Pour un infime pourcentage d'individus, le diagnostic peut être difficile à poser. Dans de tels cas, on parle alors de « colite indéterminée » jusqu'à ce qu'on arrive à établir un diagnostic définitif.

Dans un cas comme dans l'autre, lorsque la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse est à l'origine du mauvais fonctionnement de votre système digestif, vous pouvez souffrir de diarrhées (possiblement sanguinolentes), de douleurs abdominales, de crampes, de flatulences, de ballonnements, de fatigue et/ou de perte d'appétit.

Lorsque les gens se plaignent de « douleurs au ventre », ils décrivent généralement une douleur qui prend naissance dans l'intestin grêle ou le côlon et non dans l'estomac comme on le croit souvent. La douleur suscitée par l'inflammation du tube digestif peut être atroce.

Rémission c. poussée active :
Période au cours de laquelle vos symptômes sont maîtrisés, par opposition à la période où ils sont actifs

Tant la maladie de Crohn que la colite ulcéreuse surviennent par poussées se manifestant souvent de manière imprévisible. En fait, les médecins et les chercheurs ignorent les causes des périodes de rémission et des poussées actives. Nous savons toutefois que contrairement à ce que vous pourriez croire, l'alimentation et le stress ne sont pas des facteurs déclencheurs de la maladie. Bien qu'ils puissent aggraver vos symptômes, ils ne CAUSENT pas de rechutes.

INTERVENTION CHIRURGICALE PEU INVASIVE

Intervention chirurgicale par laparoscopie :

Implique l'utilisation d'un mince tube optique muni d'une caméra (le laparoscope) et d'instruments spéciaux qui permettent une intervention chirurgicale « peu invasive » dans l'abdomen.

Nous aurions tort de ne pas aborder le sujet des interventions chirurgicales par laparoscopie. Vous en avez fort probablement entendu parler et vous vous demandez si vous pourriez envisager ce type d'intervention.

Les avantages des interventions chirurgicales

par laparoscopie incluent des incisions plus petites et moins nombreuses, donc moins de douleurs postopératoires, ainsi qu'un rétablissement et une reprise des activités normales plus rapides. On recourt souvent à ce type d'intervention au niveau de l'abdomen, par exemple pour l'ablation de la vésicule biliaire.

Les avantages d'une laparoscopie sont nombreux pour les patients aux prises avec la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse. Premièrement, la plupart des patients sont jeunes et la cicatrisation postopératoire après une intervention chirurgicale ouverte les préoccupe au plus haut point. La possibilité pour un jeune d'éviter une large incision a beaucoup d'importance pour l'image de soi. Deuxièmement, les interventions chirurgicales par laparoscopie réduisent les risques d'adhérences (tissu cicatriciel interne) et cela est non négligeable pour les patients atteints de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse qui devront souvent subir plusieurs opérations. Troisièmement, la guérison des plaies est parfois plus difficile chez les personnes souffrant de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse à cause



de leur mauvais état nutritionnel et des effets des médicaments qu'elles doivent prendre. Comme les interventions chirurgicales par laparoscopie impliquent un moins grand nombre d'incisions, et que les incisions pratiquées sont plus petites, de telles interventions peuvent s'avérer avantageuses.

Par contre, il est plus difficile de procéder à l'ablation de grands segments de l'intestin (particulièrement le côlon) par laparoscopie. Les patients ayant subi plusieurs opérations se retrouvent avec un grand nombre d'adhérences qui obstruent la vue. De même, il peut être impossible d'opérer en présence de fistules et d'abcès ou d'effectuer une intervention chirurgicale d'urgence. Il arrive parfois que le chirurgien commence l'intervention chirurgicale par laparoscopie et poursuive avec l'approche « ouverte ». Autrement dit, votre chirurgien amorcera l'opération par des incisions puis « ouvrira » votre abdomen selon la méthode traditionnelle. La procédure chirurgicale applicable à la maladie de Crohn ou à la colite ulcéreuse doit être sûre. Parfois, on peut recourir à la laparoscopie, mais chez certains patients, la mise en œuvre de cette approche est impossible.

Peut-être pouvez-vous envisager une intervention chirurgicale par laparoscopie. Parlez-en avec votre chirurgien, à qui il revient de décider ce qui comporte le moins de risque pour vous.

INTERVENTIONS CHIRURGICALES POUR LA COLITE ULCÉREUSE

Indications pour une intervention chirurgicale

La raison la plus courante pour faire subir une intervention chirurgicale aux patients souffrant de colite ulcéreuse est « l'échec de

L'échec d'une thérapie médicale signifie que l'approche non chirurgicale n'a pas réussi à atténuer adéquatement vos symptômes. Diverses raisons expliquent ce problème.

la thérapie médicale ». Il faut prendre en compte la durée du traitement du patient, surtout s'il prend de la prednisone sans atténuation de ses symptômes ou leur réapparition dès qu'on diminue la dose; un retard de croissance chez un enfant et enfin, l'apparition d'effets secondaires chez ce dernier. En outre, il est impératif de penser à la qualité de vie des patients et à leurs préférences. Une intervention chirurgicale est également recommandée lorsqu'on décèle un rétrécissement du tube digestif, la présence de masses précancéreuses ou cancéreuses et, de manière moins fréquente, des saignements graves, une perforation de l'intestin ou le syndrome coléctasique (mégacôlon toxique). La décision de procéder à l'ablation de segments de votre intestin ne doit pas être prise à la légère. Tenez compte des précieux conseils de votre chirurgien et de votre gastroentérologue pour prendre une décision éclairée. Cela dit, en tant que patient, vous avez le dernier mot.

Types d'interventions chirurgicales pour la colite ulcéreuse

Après avoir pesé le pour et le contre d'une intervention chirurgicale, il faut maintenant décider du type d'intervention le plus approprié. Comme il a été mentionné antérieurement, une fois qu'on a procédé à la résection complète du côlon et du rectum, la colite ulcéreuse est guérie. Il existe divers types d'interventions dont les plus courantes sont les suivantes :

1. Colectomie subtotalaire et iléostomie
2. Proctocolectomie totale et iléostomie
3. Anastomose iléo-anale avec poche (AIAP) aussi connue sous les noms de coloproctectomie totale ou de procédure du réservoir pelvien

La poche iléo-anale ou poche Kock est aussi une option bien qu'on y recoure de plus en plus rarement à cause des risques de complication élevés liés à cette procédure.

1. Colectomie subtotalaire et iléostomie

Ectomie :

Suffixe désignant toute intervention chirurgicale comportant l'exérèse d'un tissu ou d'un organe

Cette intervention est parfois pratiquée sur des patients très souffrants qui doivent être opérés en urgence voire en extrême urgence. Elle est

aussi pratiquée sur des patients prenant plusieurs médicaments qui peuvent entraver le processus de guérison, par exemple des doses élevées de prednisone ou d'un produit biologique. Seul le côlon est enlevé, une iléostomie est pratiquée et le rectum reste intact, ce qui a pour résultat que la plupart recouvrent la santé et peuvent cesser de prendre des médicaments. Une fois qu'ils ont récupéré, on peut procéder à une deuxième intervention pour faire l'ablation du rectum, ou à une AIAP (voir ci-dessous). En général, il n'est pas recommandé de laisser le rectum en place, car la maladie peut récidiver ou un cancer peut se développer.

2. Proctocolectomie totale et iléostomie

Cette procédure consiste en l'ablation de tout le côlon et du rectum, puis en une iléostomie. Cette dernière est habituellement effectuée du côté droit à l'extérieur de l'abdomen. Les personnes ayant subi une iléostomie doivent porter un sac spécial (ou appareillage) couvrant la stomie, pour recueillir les matières fécales. Ce sac devra être vidé à quelques reprises pendant la journée.

La plupart des patients n'arrivent pas à se faire à l'idée d'être obligé de porter un appareillage pour recueillir les matières fécales. Toutefois, les personnes qui ont subi cette intervention chirurgicale se rendent compte qu'elles peuvent mener une vie normale pratiquement exempte de restrictions. Des études ont démontré que la qualité de vie des personnes ayant subi une iléostomie pouvait être la même que celle de la population moyenne.

Bien que l'iléostomie permanente soit perçue comme le principal désavantage de ce type d'intervention, on lui attribue nombre d'avantages : elle ne nécessite souvent qu'une opération, et elle élimine la maladie entièrement tout comme le risque de cancer colorectal et le besoin de prendre des médicaments. Bien qu'il s'agisse d'une opération majeure, elle entraîne moins de complications que d'autres types d'interventions.

Stomie : Suffixe faisant référence à toute procédure chirurgicale qui a pour objet d'aboucher l'intestin ou le côlon à la paroi abdominale pour permettre l'évacuation des matières fécales par une ouverture appelée stomie.

INTERVENTIONS CHIRURGICALES POUR LA MALADIE DE CROHN

3. Anastomose iléo-anale avec poche (AIAP)

Anastomose :
Opération consistant à aboucher deux éléments ayant fait l'objet d'une résection.

Dans le cas d'une AIAP, le chirurgien retire tout le côlon et le rectum, mais il laisse le sphincter en place. Ensuite, il crée un réservoir à l'intérieur de l'abdomen avec environ un pied d'intestin grêle dont il

abouche la partie inférieure à l'anus (ce qui crée une anastomose). Cette procédure peut être effectuée de diverses façons. La poche peut avoir la forme d'un J ou d'un S. Elle peut être abouchée à l'anus à l'aide d'agrafes ou cousue. Tous ces détails sont du ressort de votre chirurgien, mais le plus souvent, ils ne modifient ni l'apparence ni le fonctionnement de la poche.

En général, l'AIAP nécessite deux ou trois opérations et mène bien souvent à une iléostomie temporaire d'une durée de quelques mois pour permettre la guérison de la poche.

L'avantage de l'AIAP réside dans le fait qu'une fois l'iléostomie fermée, les patients sont de nouveau capables d'évacuer les matières fécales par l'anus en plus d'éviter l'inconvénient d'une iléostomie. Étant donné que le côlon n'est plus là pour extraire l'eau des matières fécales, la plupart des patients se plaignent qu'ils vont plus souvent à la selle. Cela peut causer l'irritation de la peau. Cependant, la plupart des patients ne ressentent pas cette urgence (besoin d'aller à la toilette) et ils sont tout à fait continents (pas de fuite) et très satisfaits du résultat. Tout comme dans le cas d'une proctocolectomie totale, ils sont libérés de la maladie; ainsi, ils se sentent bien et n'ont plus besoin de médicament. Le fait que cette opération soit plus complexe à exécuter et qu'elle comporte par conséquent un plus grand risque de complications en constitue le seul désavantage.

L'AIAP est désormais considérée comme le meilleur choix pour les patients qui souffrent de colite ulcéreuse et doivent subir une opération. Toutefois, certains ne sont pas de bons candidats pour ce type d'opération. Si vous avez plus de 60 ans ou que votre sphincter anal est endommagé, les risques d'incontinence fécale après une AIAP pourraient avoir un effet dissuasif important.

Indications pour une intervention chirurgicale

Contrairement à la colite ulcéreuse, pour laquelle le recours à une intervention chirurgicale découle souvent de l'échec de la médication, la maladie de Crohn mène à une intervention chirurgicale à cause des complications liées à la maladie. Le rétrécissement de l'intestin et les obstructions que cause la présence de tissu cicatriciel provoquent des douleurs lorsque les patients mangent avec pour résultat qu'ils doivent être hospitalisés. La maladie de Crohn peut se traduire par une inflammation qui traverse toutes les couches de tissu, une perforation, puis l'apparition d'abcès et de fistules.

Étant donné que la maladie de Crohn peut toucher n'importe quelle partie du tube digestif de la bouche à l'anus, l'inflammation peut réapparaître après l'intervention chirurgicale. Comme la maladie de Crohn affecte fréquemment l'intestin grêle, cette partie de votre tube digestif responsable de l'absorption des nutriments, la résection totale n'est pas souhaitable. Lorsqu'un trop grand segment de l'intestin grêle est enlevé, les patients peuvent développer le syndrome de l'intestin court.

Syndrome de l'intestin court :
Lorsqu'une trop grande partie de l'intestin grêle a été enlevée, les patients sont incapables d'absorber les nutriments et de retenir les liquides et les électrolytes.

Types d'interventions chirurgicales pour la maladie de Crohn

Types d'interventions chirurgicales les plus courantes :

1. Résection de l'intestin grêle
2. Stricuroplastie
3. Résection du gros intestin
4. Anastomose iléo-anale avec poches (AIAP)
5. Interventions chirurgicales périanales.

1. Résection de l'intestin grêle

Selon l'emplacement de la maladie de Crohn, votre chirurgien peut procéder à l'ablation de parties du petit intestin. En général, l'ileum, la valvule iléo-caecale ainsi

que le caecum sont les sites privilégiés de la maladie de Crohn; ainsi, la résection la plus fréquemment utilisée est la résection iléo-caecale. Pendant l'opération, on enlève la partie affectée ainsi que quelques centimètres de la partie saine du côlon. Les extrémités coupées de l'intestin sont réunies (anastomosées) pour recréer une voie gastro-intestinale continue. Il arrive parfois que le chirurgien doive pratiquer une iléostomie temporaire au-dessus de l'anastomose en présence d'une infection ou lorsque l'intervention chirurgicale est effectuée en urgence. On peut procéder à la fermeture de la stomie quelques mois plus tard.

2. Strictureplastie

Chez certains patients, la maladie de Crohn entraîne le rétrécissement de plusieurs segments de l'intestin grêle. Si on enlève tous ces segments, les patients peuvent ne plus être en mesure d'absorber les nutriments. Cela vaut également pour les patients ayant subi des interventions chirurgicales au cours desquelles on aurait procédé à l'ablation de plusieurs parties de leur intestin grêle. Pour préserver l'intestin dans la meilleure mesure qui soit, les chirurgiens peuvent effectuer une procédure appelée stricturoplastie. La région tubulaire rétrécie est alors ouverte pour permettre le passage des aliments. Il n'est pas rare que ces segments de l'intestin guérissent complètement, que le patient cesse de souffrir d'obstruction à cet endroit et que son intestin soit à nouveau en mesure d'absorber les nutriments.

Plastie :
Suffixe faisant référence à l'ouverture chirurgicale d'une région tubulaire rétrécie.

3. Résections du gros intestin

Comme le côlon est moins souvent touché chez les patients atteints de la maladie de Crohn, les résections du gros intestin sont moins courantes chez ces patients que chez les patients souffrant de colite ulcéreuse. Le type de procédure peut varier selon le site affecté, l'étendue de la maladie de Crohn et la présence de lésions anopérinéales. Si la maladie de Crohn touche l'ensemble ou la majeure partie du côlon, il peut être nécessaire de procéder à une proctocolectomie totale avec iléostomie, opérations décrites ci-dessus. Toutefois, chez les patients atteints de la maladie de Crohn, il arrive bien souvent que le rectum soit épargné, ce qui leur évite d'avoir à subir une iléostomie permanente. En l'occurrence, une partie du côlon peut être enlevée et le reste abouché au résidu de côlon ou au rectum tel qu'il est décrit dans la section « Résection de l'intestin grêle ».

4. Anastomose iléo-anale avec poche (AIAP)

L'AIAP n'est généralement pas recommandée pour les patients aux prises avec la maladie de Crohn à cause des risques de récurrence de la maladie dans une autre région, notamment à l'emplacement de la poche et autour de l'anus. La nécessité d'enlever la poche devient alors très probable.





5. Interventions chirurgicales périanales

Périanal : Le préfixe « péri » a le sens de « autour ». « Périanal » fait donc référence à la région autour de l'anus.

Plusieurs patients atteints de la maladie de Crohn développent une maladie autour de l'anus. Certaines affections ne nécessitent aucun autre traitement que des bains de siège ou

l'application d'onguents (irritation périanale, acrochordons). D'autres problèmes médicaux (hémorroïdes et fissures) peuvent être soignés au moyen de médicaments. Toutefois, les abcès et les fistules sont fréquents et requièrent souvent une intervention chirurgicale.

Environ le quart des personnes aux prises avec la maladie de Crohn développent des abcès et des fistules. Ces derniers se forment habituellement à partir de petites glandes à l'intérieur de l'anus qui s'infectent et deviennent douloureuses.

Les abcès doivent souvent être drainés sous anesthésie locale ou générale. Ensuite, la plaie doit être tamponnée par une infirmière pendant plusieurs semaines. Il arrive parfois que les abcès crèvent et se drainent d'eux-mêmes sans l'intervention d'un médecin ou qu'ils disparaissent avec la prise d'antibiotiques.

Abcès :
Accumulation de pus à l'intérieur du corps due à une infection.

Les fistules se forment aussi à partir de glandes infectées dans l'anus. Lorsque l'infection se propage, des tunnels peuvent relier l'intérieur de l'anus et la peau tout autour. On peut observer une ou plusieurs ouvertures. S'il s'agit d'une seule fistule, on peut en faire l'exérèse. Cette intervention peut s'avérer impossible en présence de multiples ouvertures. On envisage alors le recours conjoint à une intervention chirurgicale et à la prise de médicaments.

Fistule :
Terme employé lorsque l'infection se fraie un chemin de l'abcès à un organe creux à l'intérieur du corps, comme le rectum et le vagin.

Procédures à envisager :

- Incisions pour drainer l'abcès ou la fistule
- Mise en place d'un élastique ou d'un sétone que l'on fait entrer par une extrémité de la fistule et sortir par l'autre pour maintenir la voie ouverte et faciliter le drainage complet

Il arrive parfois qu'une fistule relie le rectum au vagin. Le traitement est alors plus délicat. Un lambeau de tissu rectal servira parfois à fermer l'ouverture entre le rectum et le vagin. Cette méthode ne doit être employée que si le rectum est autrement en santé.

On peut également procéder à une iléostomie temporaire ou permanente si la fistule est grave et persistante. Lorsque l'on fait dévier les matières fécales du rectum et de l'anus, l'infection s'atténue éventuellement. Même après la guérison, l'iléostomie est habituellement laissée en place, car une fois que l'intestin a été abouché et que des matières fécales y ont transité, l'infection a tendance à reprendre.

Dans le cas d'une iléostomie permanente, les médecins recommanderont certainement l'ablation du rectum. Il a été démontré que lorsque le rectum demeure inutilisé pendant de longues périodes, les risques de cancer colorectal augmentent. Par mesure préventive, il vaut mieux procéder à sa résection avant que le cancer devienne une réalité.

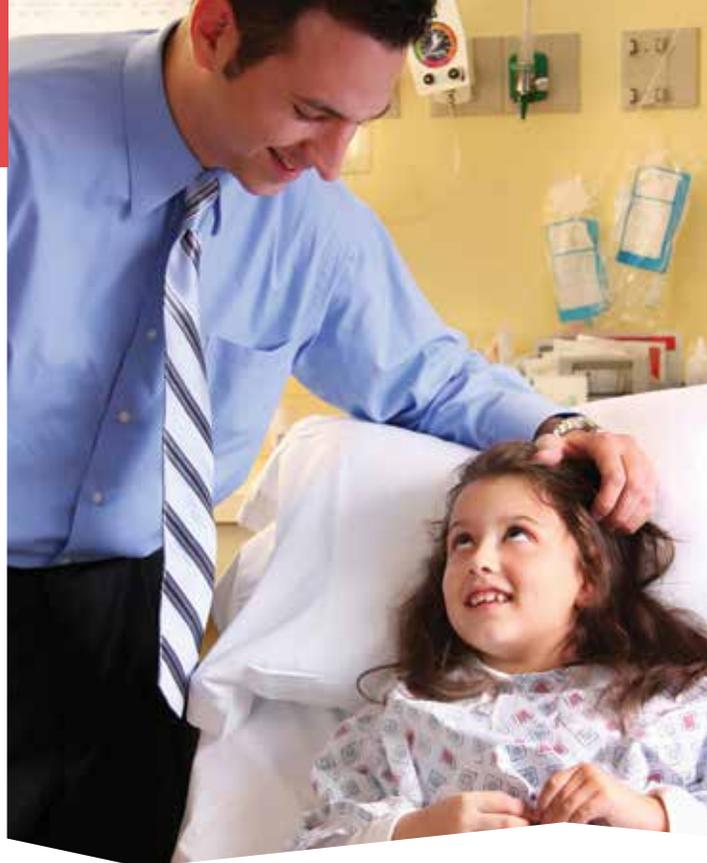
APRÈS UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Si vous avez subi une intervention chirurgicale ouverte, prévoyez un séjour d'environ une semaine à l'hôpital avant de recevoir votre congé. Toutefois, cela dépend de votre état de santé avant l'opération, du type d'intervention chirurgicale (élective ou d'urgence), de l'intervention pratiquée et de l'apparition de complications. Une fois à la maison, comptez de trois à six semaines de convalescence selon l'intervention que vous aurez subie, votre état de santé général avant l'opération et les complications (s'il y a lieu) à la suite de celle-ci.

Si vous avez subi une stomie, on vous dirigera vers quelqu'un capable de vous donner conseils et soutien. Vous pouvez compter sur des stomothérapeutes pour vous aider à bien comprendre comment prendre soin adéquatement de votre stomie et à vous adapter à votre appareillage.

Rappelez-vous que votre digestion sera modifiée après l'intervention, particulièrement si le chirurgien a procédé à l'ablation de segments de votre intestin grêle. Si plus d'un mètre de votre ileum a été enlevé, la capacité de votre corps à absorber la vitamine B12 et les sels biliaires pourra alors être touchée. Vous pourriez devoir recevoir des injections régulières de B12 et adopter un régime alimentaire faible en gras étant donné que votre capacité à digérer les gras est réduite.

Pour plus d'information sur vos besoins nutritionnels, consultez notre brochure intitulée « Pour une alimentation réfléchie ».



Calculs rénaux :

Il existe différents types de calculs rénaux. Chez les personnes souffrant de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse, il s'agit de calculs composés d'oxalate de calcium ou d'acide urique qui se forment à la suite d'une intervention chirurgicale touchant l'intestin.

La capacité réduite d'absorber les sels biliaires peut aussi favoriser l'apparition de calculs rénaux formés d'oxalate de calcium. Pour diminuer les risques de développer ce douloureux problème, on pourrait vous recommander d'éviter les aliments qui contiennent de grandes quantités d'oxalate comme les haricots, la bière,

les betteraves, le chocolat, le café, les colas, le thé, le jus de canneberges, le ketchup, la rhubarbe, les épinards et le persil.

On pourrait aussi vous conseiller de boire au moins dix grands verres de liquide par jour (dont la moitié devrait être de l'eau) pour éviter l'apparition de calculs rénaux formés d'acide urique.

À PROPOS DE CROHN ET COLITE CANADA

Crohn et Colite Canada est le seul organisme de bienfaisance national au Canada composé de bénévoles qui s'est donné pour mission de trouver des traitements curatifs contre la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse et d'améliorer la vie des enfants et des adultes atteints de ces maladies. Parmi les organismes caritatifs en santé du monde entier, nous sommes l'un des deux plus importants bailleurs de fonds destinés à la recherche sur la maladie de Crohn et la colite. Notre rôle consiste à transformer la vie des personnes touchées par la maladie de Crohn et la colite (les deux principales formes de maladies inflammatoires de l'intestin) par la recherche, les programmes à l'intention des patients, la défense des droits et la sensibilisation. Notre campagne La maladie de Crohn et la colite – Mettez-y fin. Pour la vie. nous permettra de recueillir 100 millions \$ d'ici 2020 pour faire progresser notre mission.

Suivez-nous sur :

 @ayezducraCanada

 @getgutsyCanada

 @ayezducra

 @getgutsyCanada

Appuyés fièrement par :









Crohn et Colite Canada aimerait remercier le D^r Robin McLeod et la D^{re} Helen M. MacRae de l'Hôpital Mount Sinai, à Toronto, pour les renseignements inestimables sur les interventions chirurgicales contenus dans la présente brochure.

Services d'imprimerie par



Continental Press

Pour plus de renseignements sur la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, visitez notre site Web au crohnetcolite.ca ou téléphonez-nous au 1 800 387-1479.

Crohn et Colite Canada
600-60 St. Clair Avenue East
Toronto, ON M4T1N5
Tél. : 416 920-5035 | 1 800 387-1479
info@crohnsandcolitis.ca



Crohn et
Colite Canada
Crohn's and
Colitis Canada

Organisme de bienfaisance enregistré n° 11883 1486 RR 0001