

GENERALITES :

Le rectum est la partie du gros intestin qui débute à l'anus et remonte une quinzaine de cm. Le reste du gros intestin est appelé le côlon.

Les cancers du rectum sont plus fréquents chez la personne âgée.

Les causes du cancer ne sont connues à ce jour.

SYMPTOMATOLOGIE :

Précocement, il existe rarement des symptômes.

Les rectorragies ou le sang occulte dans les selles sont habituels.

Les selles peuvent également être plus fines liées au rétrécissement de la lumière intestinale.

Parfois le cancer produit des faux besoins

DIAGNOSTIC :

Une anamnèse détaillée, un examen physique et la biologie sanguine conduisent souvent à une forte suspicion.

La colonoscopie est une procédure de routine qui assoit le diagnostic. Il s'agit d'une fibre optique souple introduite par l'anus permettant l'examen visuel de l'intérieur de l'intestin et la prise de biopsies. Cet examen est souvent effectué en sédation pour votre confort.

L'US (échographie): une sonde d'ultrason est placée dans le rectum permettant l'examen de la paroi du rectum ainsi que des tissus graisseux avoisinants et des ganglions. Cet examen est indolore et permet de connaître la profondeur de l'extension de la tumeur. Il détermine ainsi l'extension locale de la tumeur.

Le Ct-scan : il permet d'effectuer des coupes fines du rectum permettant de voir certains détails et l'extension tumorale à la graisse péri-rectale et aux fascias.

L'IRM : cet examen permet une précision plus adéquate de l'extension extra-rectale de la tumeur et sa relation aux organes avoisinants (utérus, vagin, prostate, vésicule séminale...)

TRAITEMENT :

Le traitement le plus adéquat en cas de cancer du rectum est l'opération puisqu'elle seule déterminera le pronostic. Le type d'intervention dépend de la taille du cancer, de sa localisation exacte, de sa profondeur d'extension dans la paroi rectale, de la présence de ganglions dans la graisse péri-rectale ou de la présence de foyers de cellules tumorales.

Les 2 interventions les plus fréquemment utilisées en cas de cancer du rectum sont : *La résection antérieure basse ou ultra basse* permettant le rétablissement de la continuité colo-rectale avec émission des selles par l'anus en préservant le sphincter anal.

Cette intervention peut toutefois affecter votre vie sexuelle puisque les nerfs érecteurs peuvent être touchés soit pendant l'intervention soit par la radiothérapie pré- ou post-opératoire.

La résection abdomino-périnéale consistant en une résection du rectum et de l'anus avec confection d'une

colostomie définitive. Ce type d'intervention est habituellement effectué en cas de tumeur très grande ou lorsqu'elle touche la musculature anale.

Après examen de votre dossier et des recommandations en cours, il apparaît qu'une résection abdomino-périnéale semble la plus judicieuse dans votre cas.

PREPARATION PRE-OPERATOIRE :

Explication de la colostomie et discussion avec des patients porteurs de stomie et de notre stomathérapeute hospitalier.

Des instructions vous seront données afin que vous puissiez intégrer au mieux ces informations dans votre vie quotidienne.

En pré-opératoire un marquage de l'emplacement définitif de la stomie sera effectué afin d'éviter des difficultés d'appareillage.

OPERATION :

Il s'agit d'une intervention en anesthésie générale, elle se pratique la plupart du temps par laparotomie et quelques fois par laparoscopie.

L'intervention durera entre 3 et 4h.

SOINS POST-OPERATOIRES :

Vous serez surveillé en salle de réveil jusqu'à ce que votre pulsation, tension et respiration soient stabilisées et que vous puissiez regagner votre chambre ou les soins intensifs en fonction des comorbidités que vous présentez.

Une sonde gastrique sera gardée les 24 premières heures, de même qu'un cathéter vésical qui restera en place 4 à 5 jours.

Le contrôle de la douleur se fera par des médicaments ou une péridurale antalgique.

Dès la reprise des gaz une diète initialement hydrique puis une réalimentation par régime sans fibre sera débutée.

Comme dans toute intervention les complications sont toujours possibles dans ce type d'intervention. Les plus fréquentes sont les hémorragies, les infections, pneumonie, embolie et autres.

Vous devriez pouvoir quitter l'hôpital entre 7 et 10 jours.

Des contrôles post-opératoires vous seront communiqués auprès de votre chirurgien.

SOINS A DOMICILE :

Continuez la réalimentation telle que la diététicienne a pu vous la suggérer au cours de votre hospitalisation.

Vous pouvez marcher, monter des escaliers mais n'en faites pas trop.

Poursuivez les médicaments prescrits, notamment contre la douleur.

Durant votre séjour hospitalier les soins de colostomie vous auront été enseignés.

A votre retour à domicile une infirmière à domicile pourra vous aider au cours des premières semaines.

Appelez votre médecin si :

- La plaie est rouge, oedématisée ou en présence d'un écoulement.
- Vous développez une température supérieure à 38.5°C.
- Vous constatez un arrêt des gaz et des matières durant 48h.
- Vous avez des questions.