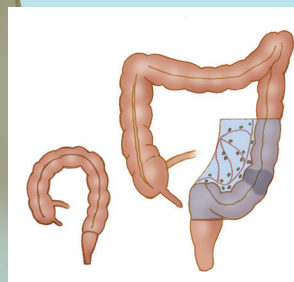
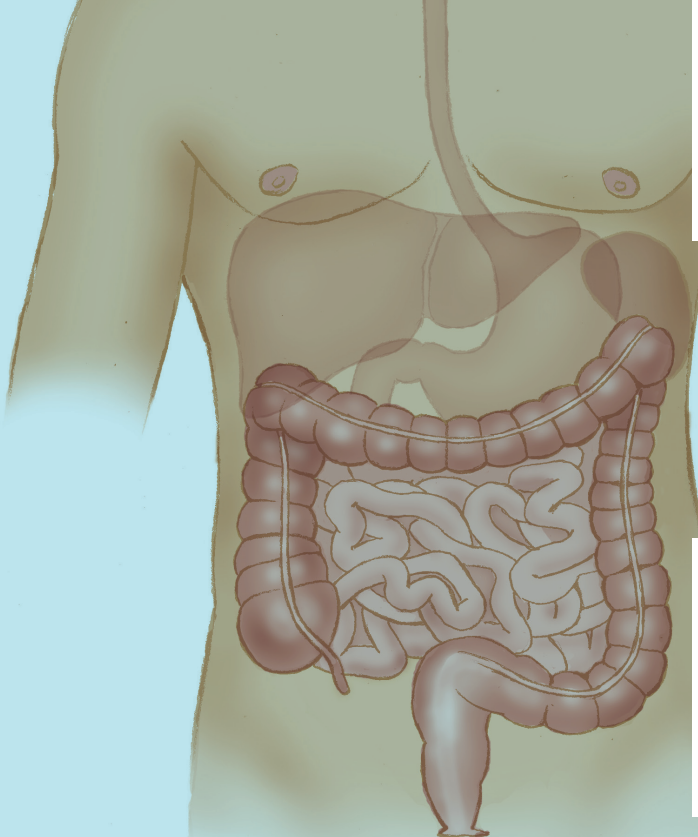




CHIRURGIE



SIGMOÏDECTOMIE ET COLECTOMIE GAUCHE pour cancer du côlon

Dr Bomans
Dr Van Belle
Dr Messaoudi
Prof Dapri

CLINIQUES
DE L'EUROPE

EUROPA
ZIEKENHUIZEN

advanced care - personal touch

Chirurgie Site Ste-Elisabeth

 02 614 27 20

Nous formons une équipe de trois chirurgiens digestifs. Il est donc possible que durant votre hospitalisation vous entriez en contact avec l'un de nous. Il s'agit de:

Dr Bomans → 0472 33 72 53

Dr Van Belle

Dr Messaoudi

Prof Dapri

Veuillez faire la demande ou faire remplir le plus rapidement pendant l'hospitalisation:

→ **Papier d'assurance** → **Incapacité de travail**

SOMMAIRE

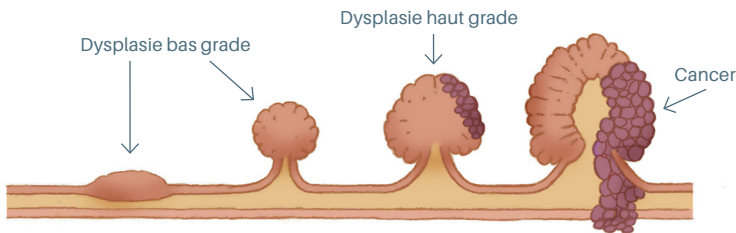
POURQUOI AI-JE UN CANCER ?	3
COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL AVANT QUE LE POLYPE DEVIENNE UN CANCER ?	3
Y A-T-IL DES MUTATIONS GÉNÉTIQUES HÉRÉDITAIRES QUI AUGMENTENT LE RISQUE DE CANCER ?	4
FACTEURS DE RISQUE	5
COLECTOMIE GAUCHE - SIGMOÏDECTOMIE	6
OPÉRATION PAR COELIOSCOPIE - LAPAROTOMIE	7
QUELS SONT LES DRAINS ET TUBES ACCROCHÉS À MON CORPS APRÈS L'INTERVENTION ?	8
TRAITEMENT LORS DE L'HOSPITALISATION	8
CLEXANE® ET BAS DE CONTENTION	9
DURÉE D'HOSPITALISATION	9
ANTALGIE	10
REPRISE DES ACTIVITÉS	10
COMPLICATIONS	11
SYMPTÔMES NORMAUX	15
RÉSULTATS FONCTIONNELS: SELLES ET FONCTIONS SEXUELLES ?	16
SUIVI POSTOPÉRAIRE	17
CHIMIOTHÉRAPIE	17
SUIVI ONCOLOGIQUE	22
ALIMENTATION	22
RÉGIME SANS RÉSIDU STRICTE	24
RÉGIME SANS RÉSIDU ÉLARGI	26
SOINS À DOMICILE	28
ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE	29
QUESTIONS	31

POURQUOI AI-JE UN CANCER ?

Nous ne connaissons pas la cause exacte de la majorité des cancers.

La plupart des cancers du côlon se développent au niveau des cellules qui tapissent la partie interne du côlon en contact avec les aliments (muqueuse). Suite à un changement (mutation) dans le code génétique (DNA) de la cellule, les cellules peuvent commencer à se multiplier de manière non contrôlée dans la lumière du côlon, nous parlons alors d'un polype.

Lors de la multiplication non contrôlée des cellules, de nouveaux changements (mutations) peuvent apparaître dans le code génétique et donner aux cellules (polypes) la capacité d'envahir la paroi du côlon et de s'implanter dans d'autres organes.



COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL AVANT QUE LE POLYPE DEVIENNE UN CANCER ?

La communauté médicale est d'avis que dans la majorité des cas, il faut entre 5 et 10 ans avant qu'un polype se transforme en cancer.

Cela peut être plus court dans les formes héréditaires et chez les patients atteints d'une maladie inflammatoire du côlon.

Chaque tumeur est différente et chez certains patients le laps de temps peut être plus court.

Y A-T-IL DES MUTATIONS GÉNÉTIQUES HÉRÉDITAIRES QUI AUGMENTENT LE RISQUE DE CANCER ?

Il y a des mutations qui sont transmises aux enfants. Ces formes de mutation ne forment qu'une petite fraction des tumeurs du côlon. Les mutations héréditaires ne rendent pas le développement d'un cancer du côlon inévitable, mais elles en augmentent le risque. Toute personne ayant ces mutations ne développera pas nécessairement un cancer du côlon.

Si il y a suspicion de mutation génétique héréditaire, la vigilance et le dépistage seront intensifiés.

Syndromes héréditaires les plus fréquents :

→ **HNPCC - Hereditary non polyposis colorectal cancer (syndrome de Lynch)**

→ **PAF - Polypose adénomateuse familiale**

Il est important de se renseigner sur la présence de tumeurs du côlon et d'autres types de tumeurs (gastroentérologique, gynécologique, urologique...) auprès de la famille biologique. Si des membres de la famille sont ou ont été atteints d'un cancer, il est important de savoir à quel âge la maladie s'est manifestée et de quelle tumeur il s'agit.

L'existence de membres de la famille atteints du cancer du côlon augmente le risque de développer un cancer indépendant des syndromes héréditaires connus. Ce risque augmente avec le nombre de cas selon le lien de parenté (frère - sœur - parents).

Si vous avez des questions ou le moindre doute, parlez-en à votre médecin.

FACTEURS DE RISQUE

- **Âge**: la majorité des cancers coliques est diagnostiquée après 50 ans
- **Tabagisme**
- **Alcool**
- **Obésité**
- **Vie sédentaire**: le sport diminue le risque de cancer
- **Diabète**
- **Régime pauvre en fibres et riche en graisses**: un régime riche en fruits et légumes diminue le risque de cancer
- **Maladie intestinale inflammatoire chronique**: Maladie de Crohn, Colitis ulcerosa
- **Antécédents de polypes adénomateux coliques**
- **Histoire familiale de tumeur du côlon**
- **Syndrome héréditaire à risque accru de cancer du côlon**

COLECTOMIE GAUCHE | SIGMOÏDECTOMIE

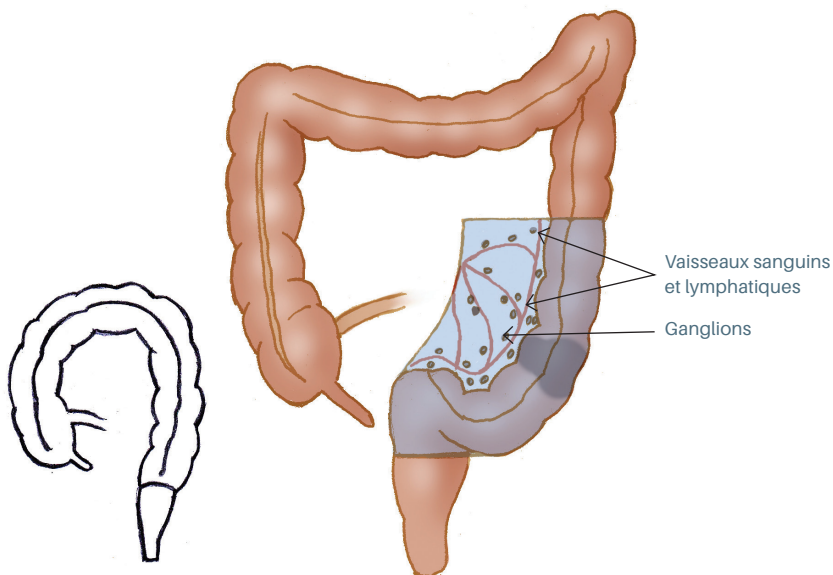
Il s'agit de l'ablation du côlon descendant jusqu'au rectum, avec mise en continuité du côlon transverse (ou côlon descendant) au rectum, sous anesthésie générale.

Dans un premier temps opératoire, le côlon est libéré de ses attaches, parfois jusqu'aux attaches à la rate et l'estomac afin que dans le dernier temps opératoire, une suture sans tension puisse être créée.

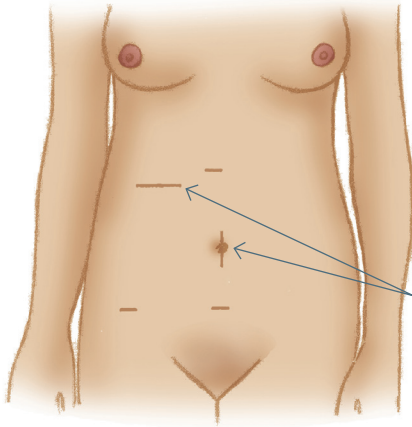
Dans un deuxième temps, lors de l'ablation, la graisse associée au côlon qui contient les vaisseaux sanguins et le tissu lymphatique (ganglions) du côlon est enlevée en une pièce avec le côlon. La tumeur, avec son enveloppe grasseuse, sera sortie de la cavité abdominale par une incision au niveau du pubis ou dans la partie gauche du bas-ventre.

Il est important d'examiner le tissu lymphatique, car la présence de cellules tumorales dans les ganglions est un des facteurs pris en compte afin de décider de faire une chimiothérapie adjuvante (chimiothérapie après chirurgie) ou non.

Dans un troisième temps opératoire, après ablation du segment de côlon qui contient la tumeur, la remise en continuité est réalisée par une suture avec agrafes via une machine introduite par voie transanale.



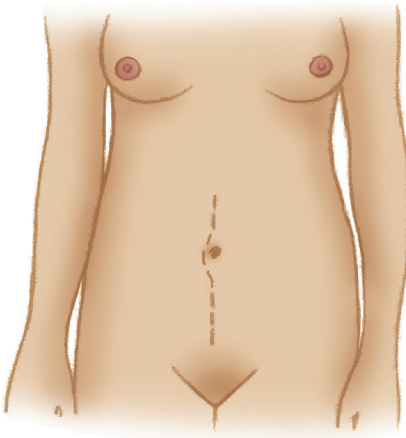
OPÉRATION PAR COELIOSCOPIE - LAPAROTOMIE



AVANTAGES

- Moins de douleur
- Revalidation plus rapide
- Esthétique
- Moins d'infection des plaies
- Moins d'éventration

Sites d'extraction
possibles



COELIOSCOPIE PAS FAISABLE EN CAS DE :

- Multiples adhérences
- Anatomie non visible suite à de multiples interventions
- Anatomie non visible suite à une inflammation trop importante
- En cas d'infiltration d'organes adjacents
- En cas de problèmes opératoires ; saignements, difficultés de mobilisation/exposition
- Obésité intra-abdominale importante (homme)

PROGRAMME DE RÉCUPÉRATION RAPIDE APRÈS CHIRURGIE - PROGRAMME ERAS (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY)

Ce programme a pour but d'améliorer la récupération après chirurgie afin de diminuer le stress psychotique et métabolique en stimulant le patient à se mobiliser et à s'alimenter rapidement afin de raccourcir la durée d'hospitalisation.

En pratique, voici ce que le patient doit être prêt à faire :

- Prise de boisson hyper-énergétique jusqu'à 2 heures avant l'intervention
- Alimentation le jour même de l'intervention avec des biscottes et boissons
- Mobilisation le jour même de l'intervention ou au plus tard le lendemain de l'intervention
- Ablation rapide des redons, drains, de la sonde urinaire et perfusions
- La sortie peut être envisagée avant même les premières selles.

PRÉPARATION AVANT L'INTERVENTION

- 24 Contrôle du traitement de fond. **Arrêt de médicaments sous ordre médical. (voir fiche médicaments)**
- Arrêt anti-inflammatoires: Brufen[®], Nurofen[®], Cataflam[®],...
 - Anticoagulants: Plavix[®], Clopidogrel[®], Sintrom[®], Marcoumar[®], Xarelto[®], Pradaxa[®], Eliquis[®]
 - Anti-diabétiques: Glucophage[®], Metformin[®].
- **Préparation physique:** il est important de se préparer en vue d'une intervention chirurgicale comme pour une épreuve sportive. Il faut continuer (commencer) à faire du sport, bouger (marche), faire de la kinésithérapie respiratoire si nécessaire.
- **Rasage:** rasage mécanique du champ opératoire. Cela peut se faire à domicile 2h avant l'intervention. Zone de rasage: torse à partir des mamelons et tout l'abdomen jusqu'au haut de la cuisse en incluant le pubis.
- **Préparation du colon:** il n'y a pas d'unanimité dans la préparation du colon avant une chirurgie, cela peut varier en fonction du cas clinique et du chirurgien. Il peut y avoir des variations selon le schéma suivant:
- Pendant 7 jours, régime sans résidu stricte
 - Prise d'antibiotiques par voie orale la veille: Ciproxine[®] 500 1co + Flagyl[®] 500mg 1 co.
- **Prise de boissons hyper-énergétiques:**
- La veille de l'intervention: 4 boîtes de Nutricia[®] préop
 - 2 heures avant l'intervention: 2 boîtes de Nutricia[®] préop.
- **Arrêt de l'alimentation (hormis boissons hyper-énergétiques) 6 heures avant l'intervention.**

QUELS SONT LES DRAINS ET TUBES ACCROCHÉS À MON CORPS APRÈS L'INTERVENTION ?

- Sonde urinaire
- Drain auprès de la suture du côlon dans la cavité abdominale (pas systématique)
- Redon (tube servant au drainage) sous-cutané au niveau du site d'extraction ou au niveau de la cicatrice de laparotomie (pas systématique)
- Sonde gastrique; sonde passant par le nez jusque dans l'estomac (pas systématique)
- Perfusion dans le bras ou cou (voie centrale) afin d'administrer une hydratation, des antalgiques, des antibiotiques et des antiémétiques (afin de limiter les nausées et vomissements)
- Pompe anti-douleur (pas systématique).

TRAITEMENT LORS DE L'HOSPITALISATION

Le contrôle de la douleur en postopératoire est assuré en fonction du type de chirurgie (laparotomie, coelioscopie). En postopératoire immédiat, les cicatrices peuvent être infiltrées avec un anesthésique local. Dans les premières 24 à 48 heures, du paracétamol et des anti-inflammatoires sont administrés par voie intraveineuse. Des dérivés de la morphine peuvent être administrés par voie intraveineuse, mais également par pompe ou voie intramusculaire.

- 24 heures. Antibiotiques: Zinacef® / flagyl®
- Alimentation:
 - Reprise de liquides et alimentation le jour même de l'intervention si possible puis élargissement à un régime sans résidu
- Mobilisation à J1 au premier jour de l'intervention
- Injection de Clexane® quotidien et port de bas de contention en prévention d'une thrombose veineuse profonde et d'une embolie pulmonaire.

CLEXANE® ET BAS DE CONTENTION

La prise d'anticoagulants est nécessaire après une chirurgie oncologique et en particulier après une chirurgie dans le petit bassin. Le but des anticoagulants est de diminuer le risque de thrombose veineuse profonde et ainsi d'éviter des embolies pulmonaires qui peuvent être potentiellement mortelles.

CLEXANE®

- Injection sous-cutanée au niveau de l'abdomen ou des cuisses
- Dosage en fonction du poids pendant minimum 20 jours
- EXCEPTION Sauf si anticoagulants à domicile de type (Sintrom®, Xarelto®, Clopidogrel®...)
 - En postopératoire, le patient est mis sous Clexane® quand le risque de complication postopératoire est atténué ou que le risque d'hémorragie est limité. L'arrêt du Clexane® et la reprise de l'anticoagulant de type Sintrom®, Xarelto® ou Clopidogrel® seront décidés à la discrétion du chirurgien.

BAS DE CONTENTION

Il est recommandé de porter des bas de contention pendant 10 à 20 jours après l'opération.

DURÉE D'HOSPITALISATION

Afin de diminuer l'hospitalisation d'un jour, une admission le jour même de l'intervention peut être envisagée dans certains cas.

La préparation du colon a lieu la veille de l'intervention à domicile.

- Durée d'hospitalisation: 3 à 7 jours
- La sortie est prévue lorsque le patient peut s'alimenter de manière autonome et se mobiliser
- **Pour les patients qui ne sont pas autonomes, il est important de contacter rapidement le service social, même avant l'hospitalisation, afin d'organiser une aide à domicile ou une revalidation en postopératoire.**

Coordonnées service social: 📞 **02 614 92 92 - 02 614 32 28**

ANTALGIE À DOMICILE (AFIN DE DIMINUER LA DOULEUR)

Médicaments pour supprimer la douleur :

→ Paracétamol : Dafalgan® 1gr 3-4x /jour

→ Morphinique : Tradonal® retard 50 mg max 6x /jour si nécessaire

Normalement, la douleur est contrôlable avec du paracétamol et un morphinique. Lorsque la douleur s'estompe, le morphinique doit être arrêté avant le paracétamol.

Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (Brufen®, Brexine®, Nurofen®, Apranax®, Cataflam®, ...) ne sont pas à prendre de manière chronique car ils freinent la cicatrisation et peuvent augmenter le risque de fistule. La prise peut être permise de manière ponctuelle si nécessaire.

Deux semaines après l'intervention chirurgicale, le risque de fistule est plus faible, et la reprise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AIS) peut être envisagée.

En cas d'ulcère gastrique ou de gastrite, ils sont contre-indiqués.

REPRISE DES ACTIVITÉS

DOUCHE : → Immédiatement grâce aux pansements plastifiés.

BAIN : → 10 jours après ablation des pansements.

VOITURE : → Immédiatement (évitiez les longs trajets la première semaine).

ESCALIERS : → Immédiatement.

EFFORTS LOURDS : → Soulever > 10 kg : 4-6 semaines.

SPORT : → 4-6 semaines.

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : → Travail manuel / physique : 4-6 semaines
→ Travail de bureau : 7-10 jours.

ACTIVITÉ SEXUELLE : → 7-10 jours.

COMPLICATIONS

Facteurs qui augmentent le risque de complications :

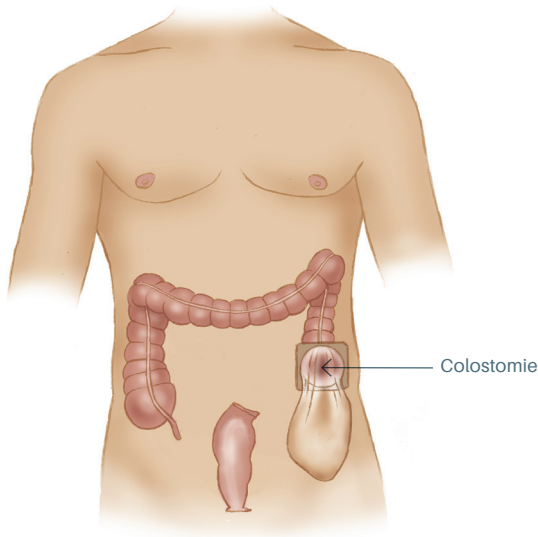
- Âge
- Sexe masculin
- Chirurgie par voie ouverte / laparotomie
- Obésité
- Malnutrition
- Maladie du patient : diabète, maladie cardiovasculaire, maladie pulmonaire...

FUITE DE LA SUTURE - FISTULE*

Incidence: 3 - 8%

Si la cicatrisation de la suture ne se fait pas, une brèche peut se créer entre les deux bouts de côlon. Suite à l'ouverture entre les deux bouts, des selles peuvent s'échapper dans la cavité abdominale et provoquer un abcès localisé ou une péritonite avec une infection généralisée de la cavité abdominale. Le risque est présent durant les 2 premières semaines après l'intervention.

Une fistule est une urgence chirurgicale qui nécessite un drainage percutané ou une mise en place d'une stomie. Une stomie est une intervention chirurgicale qui consiste à l'extériorisation de l'intestin à la peau afin que les selles se déversent dans une poche. Dans la majorité des cas, la stomie (poche) peut être enlevée et le côlon peut être remis en continuité. Le délai avant la remise en continuité est d'au moins 3 mois.



OCCLUSION – OBSTRUCTION DE L'INTESTIN*

Incidence: 9% après chirurgie digestive

Les adhérences de l'intestin grêle forment la cause principale de la majorité des occlusions en postopératoire. Si l'occlusion ne se rétablit pas spontanément, une intervention chirurgicale peut s'avérer nécessaire.

PLAIE DE L'URETÈRE GAUCHE :

Le sigmoïde (partie du côlon gauche) se situe devant l'uretère gauche (conduit qui transporte l'urine vers la vessie), cependant le risque de lésion accidentelle lors de l'intervention chirurgicale est rare. Parfois, une résection (ablation) peut être nécessaire pendant l'intervention, lorsque le cancer envahit l'uretère.

PLAIE DE LA RATE

Incidence: 0,96%*

Lors de la mobilisation du côlon gauche, et suite à la traction indirecte sur les attaches graisseuses qui relient le côlon et la rate, des lacérations de la capsule de la rate peuvent apparaître. Elles peuvent être à l'origine d'une hémorragie qui nécessite l'ablation de la rate.

INFECTION DE PLAIE

Incidence: 10%*

L'infection de plaie est fréquente lors de la chirurgie du côlon car dans le côlon, des millions de bactéries coexistent et risquent de contaminer l'incision. Le risque est plus important lors de la chirurgie ouverte que lors de la chirurgie par coelioscopie.

L'obésité, la dénutrition, le diabète et la prise de corticostéroïdes sont des facteurs (liste non exhaustive) qui augmentent le risque d'infection.

ÉVENTRATION

→ Laparoscopie: **incidence = 7%***

→ Laparotomie ouverte: **incidence = 22,4%***

L'infection de plaie, l'obésité, la dénutrition, le diabète et la prise de corticostéroïdes sont des facteurs (liste non exhaustive) qui augmentent le risque d'éventration.

STÉNOSE DE L'ANASTOMOSE

Incidence: 3,2%*

La suture qui se fait par voie transanale peut se contracter et devenir étroite. On parle alors d'une sténose. Elle est traitée dans la majorité des cas par une dilatation au moyen d'un ballonnet par voie endoscopique. Elle nécessite rarement une réintervention.

La sténose d'anastomose semble être plus fréquente chez l'homme.

* *Minerva Chir* 2006 Oct;61(5):373-80 *J Med life* 2012 Dec15;5(4):444-451

* (*JLS*) 2016 Oct - Dec (20)4

* (3 - 30%) Robert L. Smith: *Wound infection after elective surgery. Ann Surg* 2004. May 239 (5) 599-607 Masoomi *Predictive factors of splenic injury in colorectal surgery (Arch Surg* 2012; 147, 324 - 329

* (3 years) J.R.A Skipworth *Incisional hernia rates following laparoscopic colorectal resection Int. J. Of Surgery* Vol8,6, 2010, 470-473

* (3 years) Fink *C Br J Surg* 2014 Jan;101(2):51-4

* *Long term results of endoscopic balloon dilatation of treatment colorectal anastomosis stenosis Surg Endosc* 2016. Oct;30(10): 4432-7.

SAIGNEMENT POSTOPÉRATOIRE - HÉMORRAGIE

→ Saignement au niveau de l'anastomose :

Incidence : 6,4%*

Dans la majorité des cas, il y a un tarissement spontané du saignement. Le traitement par endoscopie (coloscopie) est rarement nécessaire.

→ Saignement / hémorragie intra-abdominale :

Complications rares.

Les patients à risque sont les patients qui nécessitent une anti-coagulation pour maladie cardiovasculaire ou les patients avec des troubles de la coagulation.

ILÉUS

Incidence : 6,8%*

Après une intervention chirurgicale dans la cavité abdominale, l'intestin peut temporairement perdre sa capacité à se contracter et à propulser des aliments, c'est ce qu'on appelle l'iléus. L'intestin se dilate et le patient est dans l'incapacité de s'alimenter. Un iléus peut se manifester par un inconfort suite à la dilatation de l'abdomen et cela peut être suivi de vomissements.

Le traitement consiste à mettre l'intestin au repos, à mettre en place une sonde nasogastrique et à arrêter les analgésiques de type morphinique, ce qui décompresse l'estomac et l'intestin. L'intestin reprend spontanément ses fonctions après 1 à 10 jours. En moyenne, un iléus postopératoire augmente l'hospitalisation de 4 jours.

SYMPTÔMES NORMAUX

- **Des nausées et vomissements (24-48h) peuvent apparaître.** Les personnes jeunes et de sexe féminin y sont plus susceptibles.
- **Une douleur de l'épaule (24-48h)** suite à l'accumulation du gaz CO₂ insufflé lors de l'intervention par coelioscopie peut apparaître.
- **Des selles irrégulières.** Sous un régime sans résidu, nous produisons peu de selles. 1 selle tous les 3 jours peut être normal. Lorsqu'un régime ordinaire est instauré, il est classique d'avoir des selles fractionnées (molles, fréquentes et de petites quantités).
- **Une induration au niveau des cicatrices** est régulier pendant les premiers mois.
- **Les ballonnements diminuent** durant les semaines suivant l'intervention.
- Lors de mouvement brusques, rires ou toux, il est normal de ressentir **une douleur au niveau de la cicatrice d'extraction et de la cicatrice du côté gauche au niveau inguinal.**
- Lors du retour à domicile, il est normal de subir **un contrecoup.** La joie du retour à domicile souvent suivie d'une augmentation de la fatigue et parfois d'un moral en baisse contribuent à ce contrecoup.

Si des symptômes vous semblent anormaux, c'est-à-dire en cas de fièvre persistante, de douleurs aiguës qui augmentent dans le temps, de ballonnements ou vomissements persistants, veuillez prendre contact avec votre médecin traitant. Si cela n'est pas possible, vous pouvez prendre contact avec votre chirurgien. Si vous ne pouvez ni joindre votre médecin traitant ni votre chirurgien, veuillez vous présenter aux urgences du site Ste-Elisabeth.

* (SNFGE P249)

* JMCP July/august 2009 Vol.15, No.6

RÉSULTATS FONCTIONNELS : SELLES ET FONCTIONS SEXUELLES

EXONÉRATION ET QUALITÉ DES SELLES :

Lors de la résection (ablation) du côlon gauche, la longueur du côlon diminue et cela réduit la capacité postopératoire à réabsorber l'eau et les selles qui peuvent être plus molles voire liquides dans la période postopératoire. Dans les semaines et mois après l'intervention, le côlon restant va s'adapter de sorte à mieux absorber l'eau afin que les selles soient normalement formées.

Lors de l'ablation, la partie supérieure du rectum est enlevée. Le rectum fait office de réservoir de selles et son innervation règle l'évacuation contrôlée des selles lors de l'exonération (= devoir déféquer).

Suite à l'ablation, la capacité à garder les selles diminue et le patient peut ressentir un besoin d'aller aux toilettes plus fréquemment avec des selles de plus petite quantité et de consistance plus molles.

L'innervation du rectum est également modifiée. Cela peut se manifester par une sensation de devoir déféquer, bien que le rectum soit vide. Le patient va fréquemment aux toilettes malgré qu'il n'évacue pas des selles.

La résection partielle du rectum diminue la capacité du patient à retenir les selles et des épisodes d'incontinence peuvent se produire.

Conclusion:

Après l'intervention, le patient aura des selles plus molles et fréquentes avec un risque d'épisode d'incontinence. Dans les semaines et mois après l'intervention, la fréquence va se régulariser et les selles vont se normaliser en majeure partie.

- Après 6 mois*: 70% des patients produisent une ou deux selles par jour
- Après 2 ans**: 80% des patient produisent une ou deux selles par jour

*(Int J colorectal Dis.2017; 32(6):777-787)

FONCTION SEXUELLE

Lors de la dissection de l'artère mésentérique inférieure (artère qui nourrit le sigmoïde et le côlon descendant), une lésion du plexus nerveux (réseau de fibres nerveuses) ou d'un nerf (hypogastrique supérieur) peut donner lieu à des troubles sexuels.

Si il y a une section complète des deux nerfs ou du plexus, un anéjaculation (= impossibilité pour l'homme d'émettre du sperme malgré une érection normale et des stimulations) en sera le résultat. Cela n'empêche pas d'avoir une érection, ni d'avoir des relations sexuelles.

Chez la femme, une sécheresse vaginale et une douleur lors des rapports sexuels peuvent être les symptômes principaux.

SUIVI POSTOPÉRATOIRE

5 jours après l'opération, rendez-vous chez votre médecin traitant.

Après 10 jours, rendez-vous chez Dr Bomans ou Dr Van Belle afin de vérifier les suites postopératoires (plaies, alimentation, état général).

Lors de cette consultation, **les résultats de l'anatomopathologie** seront discutés et un avis sur la suite du traitement (chimiothérapie ou pas) ou du suivi sera donné. Un avis définitif sera donné après concertation multidisciplinaire oncologique.

Anatomopathologie :

Résultats après examen de la pièce opératoire enlevée par le chirurgien. On mesure la taille de la tumeur, la profondeur et la présence ou non de tumeurs dans les ganglions.

CHIMIOTHÉRAPIE

Une consultation avec l'oncologue gastroentérologue est prévue en postopératoire. Elle vous donnera de plus amples informations au sujet de la chimiothérapie. Dans ce paragraphe, nous essayons déjà de répondre aux questions que les patients se posent fréquemment.

À QUI CONSEILLE-T-ON UNE CHIMIOTHÉRAPIE ?

La décision de faire une chimiothérapie après une chirurgie (chimiothérapie adjuvante) est décidée en réunion multidisciplinaire oncologique en fonction de recommandations internationalement reconnues.

Une chimiothérapie adjuvante dépend de multiples facteurs; du résultat de l'anatomopathologie, des symptômes lors du diagnostic, de l'état général et de l'âge du patient.

Anatomopathologie :

- Si un ou plusieurs ganglions situé(s) dans le tissu graisseux qui enveloppe le côlon sont envahis, une chimiothérapie adjuvante est suggérée.
- Si la tumeur pénètre à travers toute la paroi du côlon ou envahit un organe adjacent, une chimiothérapie est conseillée.

Symptômes lors du diagnostic :

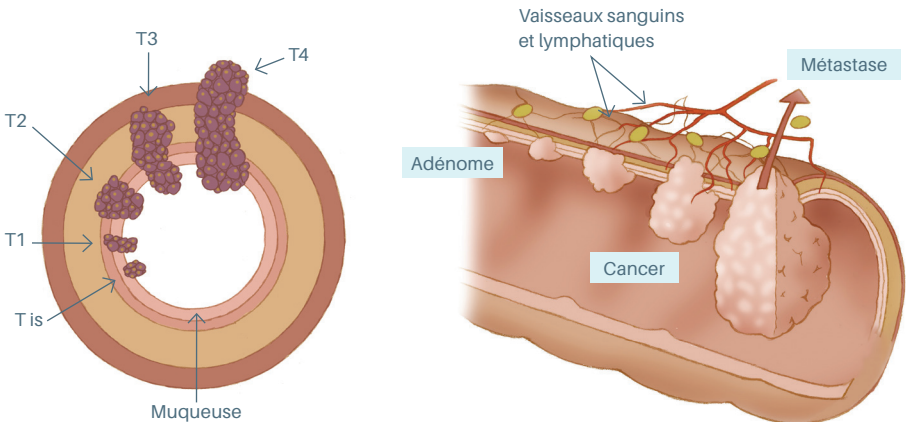
- Le patient se présentant avec une occlusion, une perforation ou une hémorragie en urgence, peut bénéficier d'une chimiothérapie.

L'état général :

- Le patient doit être dans état général relativement bon afin de pouvoir supporter l'effet de la chimiothérapie.

L'âge du patient :

- Au plus le patient est jeune, au plus il peut bénéficier de la chimiothérapie. Lorsqu'on a un âge avancé, les effets secondaires deviennent plus marqués, et le bénéfice potentiel de la chimiothérapie diminue.



RÉUNION MULTIDISCIPLINAIRE ONCOLOGIQUE

Réunion chaque semaine en présence d'un :

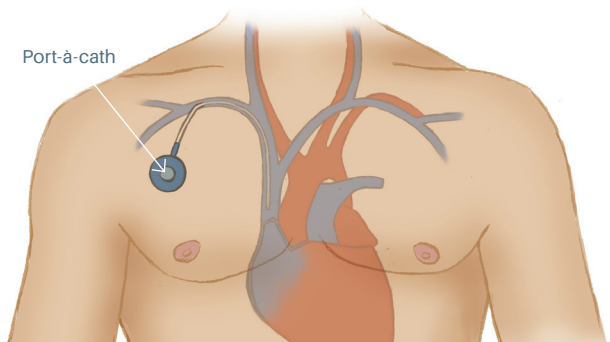
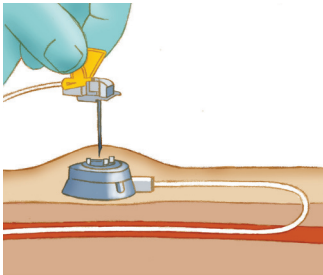
- **Oncologue**
- **Radiothérapeute**
- **Radiologue**
- **Anatomopathologue**
- **Chirurgien**

QUAND COMMENCE-T-ON LA CHIMIOTHÉRAPIE ?

- La chimiothérapie commence au plus tôt, 5-6 semaines après l'intervention chirurgicale.
- Avant de commencer la chimiothérapie, les cicatrices doivent être cicatrisées et le patient doit avoir suffisamment récupéré de l'intervention chirurgicale.

COMMENT EST ADMINISTRÉE LA CHIMIOTHÉRAPIE ?

- Un petit boîtier (port-à-cath) est implanté en sous cutanée sous la clavicule. Cela se fait en hôpital de jour, dans une salle d'opération, sous anesthésie locale avec sédation.
- Le boîtier est ponctionné afin d'administrer la chimiothérapie en ambulatoire et peut être utilisé pour faire des prises de sang de contrôle.



COMBIEN DE TEMPS LA CHIMIOTHÉRAPIE DOIT-ELLE ÊTRE ADMINISTRÉE ?

La chimiothérapie est administrée à un rythme d'1 jour tous les 14 jours pendant 6 mois. Le patient se présente le matin à l'hôpital de jour. En fonction des résultats de la prise de sang et de l'état général du patient, le médecin responsable décide si la chimiothérapie peut être administrée.

Lors de l'administration de la chimiothérapie, le boîtier (port-à-cath) est ponctionné et le patient retourne à la maison.

La chimiothérapie est administrée pendant 48 heures en ambulatoire par une pompe que le patient porte en bandoulière. Après 2 jours, le patient se présente à nouveau à l'hôpital de jour, la pompe est débranchée du port-à cath et le patient rentre chez lui. Puis il se présente à nouveau 2 semaines après et cela, pendant 6 mois.

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES DE LA CHIMIOTHÉRAPIE ?

Les effets secondaires dépendent d'un patient à l'autre. La chimiothérapie adjuvante pour le cancer du côlon est bien supportée en général.

Si il y a des effets secondaires, ils sont limités aux 3 jours de l'administration de la chimiothérapie et aux 2 jours suivant celle-ci.

Effets secondaires fréquents :

- Fatigue
- Maux d'estomac, nausées
- Risque accru d'infections
- Rougeurs, picotements et sensibilité à la paume des mains et des pieds
- Sensibilité aux boissons froides

La perte de cheveux est extrêmement rare lors de la chimiothérapie pour cancer du côlon.

POURQUOI FAUT-IL METTRE UN PORT-À-CATH ?

Le bout du catheter du port-à-cath est placé dans la veine cave, juste au-dessus du cœur. Cela permet de verser la chimiothérapie dans la veine cave qui est large.

Si la chimiothérapie était appliquée dans une petite veine périphérique dans le bras, la chimiothérapie qui est fort irritante, donnerait lieu à une inflammation douloureuse de la veine et à une phlébite qui occlurait la veine à chaque séance de chimiothérapie.

QUELS SONT LES BÉNÉFICES DE LA CHIMIOTHÉRAPIE ?

La chimiothérapie après résection d'un cancer du côlon, a pour but de diminuer le risque de récurrence ou de métastase à distance.

L'administration de la chimiothérapie ne peut pas garantir à 100 % le non-développement de métastases dans le futur.

COMMENT SAVOIR SI LE TRAITEMENT FONCTIONNE ?

La seule manière de savoir si un traitement est efficace, est d'effectuer des examens médicaux (prise de sang, imagerie médicale...).

Sachez qu'il n'y a habituellement aucun rapport entre la présence ou non d'effets secondaires et l'efficacité du traitement.

MES (PETITS) ENFANTS PEUVENT-ILS ME RENDRE VISITE DURANT MA CHIMIOTHÉRAPIE ET RADIOTHÉRAPIE ?

Ni les rayons de la radiothérapie, ni les cytostatiques de la chimiothérapie ne se diffusent vers les personnes de l'entourage du patient. Vos petits (enfants) peuvent donc sans problème venir vous rendre visite lors de votre traitement de radiothérapie et/ou chimiothérapie.

QUE SE PASSERA-T-IL SI JE DÉCIDE DE NE PAS SUIVRE LE TRAITEMENT ?

Tout patient a le droit de décider de suivre ou non le traitement proposé. Pour ce faire, il faut qu'il soit pleinement informé des possibles conséquences de sa décision. Les traitements du cancer sont souvent lourds et s'accompagnent parfois d'effets secondaires tels que fatigue, diarrhée, nausées et vomissements. Certains effets secondaires comme des picotements dans la paume des mains et des pieds peuvent être définitifs.

Un patient qui refuse un traitement sera accompagné afin de trouver un autre traitement ou un accompagnement dans le suivi de la maladie qui lui est acceptable.

SUIVI ONCOLOGIQUE

Si une chimiothérapie est indiquée, un suivi sera effectué en alternance par l'oncologue et le chirurgien.

Si une chimiothérapie n'est pas nécessaire, le suivi sera alors fait par le chirurgien.

1^{re} année → 3 mois suivi en alternance : echo abdomen + labo / CT abdomen + labo

2^e année → 3 mois suivi en alternance : echo abdomen + labo / CT abdomen + labo

3^e année → 6 mois suivi en alternance : echo abdomen + labo / CT abdomen + labo

4^e année → 6 mois suivi en alternance : echo abdomen + labo / CT abdomen + labo

5^e année → 1 an suivi en alternance : echo abdomen + labo / CT abdomen + labo

À partir de la 5^e année, il s'agira d'un contrôle annuel.

La fréquence du suivi peut varier. L'intensité du suivi dépend de l'état général, du risque de récurrence, de la tumeur et de l'âge du patient.

ALIMENTATION

PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

Statut alimentaire préopératoire :

- S'il n'y a pas de perte de poids durant la période préopératoire, il ne faut pas donner de suppléments alimentaires.
- S'il y a une perte de poids durant la période préopératoire, la prise de compléments alimentaires hypercaloriques et riches en protéine entre les repas est nécessaire 2 à 3 fois par jour.

Dans le cas de la perte de poids préopératoire, une consultation avec le service diététique sera prévue. Exemples de compléments alimentaires : Nutridrink[®], Fortimel[®],...

Préparation préopératoire du côlon :

- 3 à 4 jours de régime sans résidu élargi
- 3 jours de régime sans résidu
- Repas léger 6 heures avant l'intervention chirurgicale
- Liquide clair riche en sucre 2 heures avant l'intervention chirurgicale.

PÉRIODE POSTOPÉRATOIRE

Lors de l'hospitalisation :

- Reprise de liquides et de biscottes immédiatement après l'intervention.
- Reprise d'un régime sans résidu le jour après l'intervention.

À domicile :

- Régime sans résidu pendant 2 semaines avant la reprise d'une alimentation normale.
- La diététicienne viendra en chambre vous informer concernant un régime sans résidu.
- Un régime sans résidu est constipant. Il est normal que la fréquence des selles diminue.

QU'EST-CE QU'UN RÉGIME SANS RÉSIDU ?

On entend par résidus, les fibres alimentaires. Ce sont des substances qui ne sont pas bien digérées par notre corps. Dans certaines circonstances telles que la colostomie gauche, il est important d'avoir une alimentation ne contenant pas de fibres.

De manière générale, les fibres sont présentes dans les fruits, les légumes, les légumineuses et les céréales complètes. Il faudra donc supprimer momentanément ces aliments. On veillera aussi à éviter les aliments à caractère irritant, à savoir : alcool, boissons gazeuses, thés et cafés forts, excès d'épices piquantes, repas trop chauds ou trop froids et viandes cartilagineuses.

Les préparations culinaires seront simples et légères. On évitera les graisses cuites, ce qui veut dire qu'il faudra privilégier les cuisses (pour les viandes) avec le moins de matières grasses possibles.

En dernier lieu, une ambiance calme et détendue sera appréciée. En effet, mastiquer correctement et manger lentement facilitera la digestion.

RÉGIME SANS RÉSIDU STRICT

(LISTE NON EXHAUSTIVE)

Céréales et dérivés

- Pain blanc, biscottes et cracottes de farine blanche
- Céréales pour petit-déjeuner : uniquement Rice Crispies®, Honey Pop®, Frosties®
- Riz blanc, pâtes blanches, pommes de terre, purée

Matières grasses

- Toutes acceptées mais en petite quantité, en évitant de les brunir
- Crème fraîche light (maximum 15 % de matière grasse)

Viandes

- Maigres et non cartilagineuses - exemples : bœuf maigre (filet américain nature, rosbif, steak,...), veau maigre (rôti, escalope), porc maigre (filet, épaule, rôti), agneau (filet uniquement), cheval
- Charcuteries maigres - exemples : jambon cuit dégraissé, jambon de volaille, roulade de volaille, filet de dinde, jambon fumé dégraissé, filet d'Anvers, d'York, d'Ardennes, de Saxe, Kassler, séchée d'autruche, filet de cheval, viande de grison...

Volailles

- Sans peau

Poissons

- Tous les poissons non frits
- Pas de préparations commerciales
- Conservés au naturel

Œufs

- Omelettes, œufs brouillés (avec peu de matières grasses), durs, pochés, à la coque

Lait et produits laitiers

- Lait, lait battu nature ou aromatisé (sans chocolat)
- Fromage blanc et yaourt nature ou aromatisé
- Fromage en tranches ou à tartiner (éviter les fromages fermentés du type bleu ou à pâte fleurie du type camembert)
- Boisson au soja ou au riz nature ou aromatisée (sans chocolat)
- Crème pudding sans morceaux de fruits, sans chocolat et sans crème chantilly

Légumes

- Aucun
- Bouillon de légumes

Fruits

- Aucun
- Jus de pomme en petite quantité

Divers

- Gelées, sirop de liège, miel, sucres
- Pas de cacao ou chocolat
- Biscuits simples sans morceaux de fruits ou de chocolat
- Pâtisseries, occasionnellement : tarte au riz, tarte au fromage blanc, éclair au mokka

Boissons

- Eau, café et thé légers, tisanes, infusions
- Tous les sirops du type grenadine à diluer dans l'eau
- Il est important de boire suffisamment (1,5 litre par jour) afin de combattre l'effet constipant du régime.

RÉGIME SANS RÉSIDU ÉLARGI

Céréales et dérivés

- Pain blanc, biscottes et cracottes de farine blanche
- Céréales pour petit-déjeuner : uniquement Rice Crispies®, Honey Pop®, Corn Flakes®
- Riz blanc, pâtes blanches, pommes de terre, purée
- Évitez tous les féculents complets (pain complet, riz complet,...), frits (frites, croquettes,...)

Matières grasses

- Toutes acceptées mais en petite quantité, en évitant de les brunir
- Crème fraîche light (maximum 15 % de matière grasse)
- Évitez les sauces de commerce, préférez les préparations maisons (ex : mayonnaise allégée avec du yaourt, sauce béchamel avec de la Maïzena®,...)

Viandes

- Maigres et non filandreuses - exemples : bœuf maigre (filet américain nature, rosbif, steak,...), veau maigre (rôti, escalope), porc maigre (filet, épaule, rôti,...), agneau (filet uniquement), cheval
- Charcuteries maigres - exemples : jambon cuit dégraissé, jambon de volaille, roulade de volaille, filet de dinde, jambon fumé dégraissé, filet d'Anvers, d'York, d'Ardennes, de Saxe, Kassler, viande séchée d'autruche, filet de cheval, viande de grison....
- Évitez les viandes grasses, panées, en sauces ou à goût fort (ex : gibier)

Volailles

- Sans peau

Poissons

- Tous
- Conserves au naturel
- Évitez les préparations commerciales, les poissons frits ou en sauce

Œufs

- Omelettes, œufs brouillés (avec peu de matières grasses), durs, mollets, pochés, à la coque

Lait et produits laitiers

- Lait, lait battu nature ou aromatisé (sans chocolat)
- Fromage blanc et yaourt nature ou aromatisé
- Fromage en tranches ou à tartiner (évités les fromages à pâte persillée du type bleu ou à pâte fleurie du type camembert)
- Boisson au soja ou au riz nature ou aromatisée (sans chocolat)
- Crème pudding sans morceaux de fruit, sans chocolat et sans crème chantilly

Légumes cuits

- Carottes, haricots verts extra fins, fleurs de chou-fleur, pointes d'asperges, endives, blancs de poireau (selon tolérance), laitue, scarole, bette, chicon, courgette (sans pépins), céleri-rave, tomates pelées et épépinées, potiron, fenouil
- Déconseillés : chou vert, chou rouge, choucroute, champignons, navets, princesses, pois, lentilles, poivrons, oignons, ail, céleri vert et blanc, tomates non pelées et non épépinées
- Évitez tous les légumes crus

Fruits cuits

- En compote
- Au sirop, pochés
- Jus de pommes, cerises, raisins
- Évitez les fruits secs (abricots, dattes, pruneaux, figues,...), oléagineux (noix, noisettes, amandes, cacahuètes,...), les fruits confits et la rhubarbe
- Occasionnellement : pomme sucrée, pelée et épépinée ou banane mûre

Divers

- Gelées, sirop de liège, miel, sucres, confitures sans grains, pépins
- Pas de cacao ou de chocolat
- Évitez les confitures avec grains et pépins du type framboises et fraises

Boissons

- Eau, café et thé légers, tisanes, infusions
- Tous les sirops du type grenadine dilués dans l'eau
- Il est important de boire suffisamment (1,5 litre par jour) afin de combattre l'effet constipant du régime
- Évitez le café et le thé fort et les boissons gazeuses et alcoolisées

SOINS À DOMICILE

Prendre contact avec notre assistante sociale pour organiser :


→ **Repas à domicile**

→ **Aide aux tâches ménagères**


Si un **séjour en maison de revalidation** est à prévoir, veuillez faire les démarches auprès de notre assistante sociale avant l'hospitalisation. **Service social: 02 614 92 92.**

Pour soins à domicile :

RÉGION BRUXELLOISE

Nurse@home
Vijverstraat 11
1650 Beersel
 0471 35 47 75

ST-PIETERSLEEUV

Croix jaune et blanche
Stationstraat 228
1651 Lot
 02 334 37 40


BRAINE-L'ALLEUD 1420

Croix jaune et blanche
Avenue Albert 1^{er} 24
 02 384 42 63


TUBIZE 1480

Croix jaune et blanche
Rue de Bruxelles 12
 02 390 08 58

NIVELLES 1400

Croix jaune et blanche
Chaussée de Namur 52 C
 067 89 39 49

OVERIJSE 3090

Croix jaune et blanche
Duisburgsesteenweg 82
 02 696 11 10

ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE (NUMÉROS DE TÉLÉPHONE IMPORTANTS)

INFIRMIER(IÈRE) ONCOLOGIQUE COORDINATEUR(TRICE)

Vous le/la rencontrez à votre arrivée. Il/elle vous met en contact avec les différents intervenants du programme de soins et répond à vos questions par rapport au traitement, aux symptômes,...

 **02 614 90 16**

 **02 614 37 31**

DIÉTÉTICIEN(NE)

Le/la diététicien(ne) peut vous conseiller au sujet de votre alimentation et adapter celle-ci aux éventuels effets secondaires de votre traitement.

 **02 614 20 71**

PSYCHOLOGUE

Le/la psychologue peut vous aider à surmonter les difficultés engendrées par l'annonce de la maladie et les désagréments éventuels du traitement. Ce service est aussi ouvert à votre famille/enfants.

 **02 614 24 67**

PSYCHOLOGUE SPÉCIALISTE PROBLÈMES DE SOMMEIL

Il/elle peut, grâce aux traitements cognitivo-comportementaux de l'insomnie, vous conseiller pour améliorer la qualité de votre sommeil.

 **02 614 37 67**

ASSISTANT(E) SOCIAL(E)

Il/elle vous aidera à chercher une solution adaptée aux problèmes d'ordre personnel, familial ou financier. Le service social assurera la liaison entre le patient et les différents intervenants intra et extrahospitaliers.

 **02 614 32 28**

 **02 614 92 92**

SEXOLOGUE

Il/elle répond à vos questions au sujet de l'impact du cancer et du traitement sur votre vie sexuelle. Un sexologue ne s'intéresse pas seulement à ce qui est physiquement possible (pendant et après le traitement), mais aussi à la manière dont vous et votre partenaire vous sentez et la façon de gérer le(s) changement(s).

 **02 614 27 30**

SECRÉTARIAT DE CHIRURGIE

Vous pouvez prendre contact avec le secrétariat de chirurgie si vous désirez vous inscrire pour une consultation, remplir des certificats, ou si vous cherchez à contacter votre chirurgien.

 **02 614 27 20**

Dr Bomans Benoit  **0472 33 72 53**

Dr Van Belle

Dr Messaoudi Nouredin

Prof Dapri

SECRÉTARIAT DE RADIOLOGIE

Vous pouvez prendre contact avec le secrétariat de radiologie si vous devez prendre ou changer la date d'un examen radiologique.

 **02 614 27 70**

SECRÉTARIAT DE MÉDECINE NUCLÉAIRE



vous pouvez prendre contact avec le secrétariat de médecine nucléaire si vous devez prendre ou changer la date d'un examen de type PET-scan.

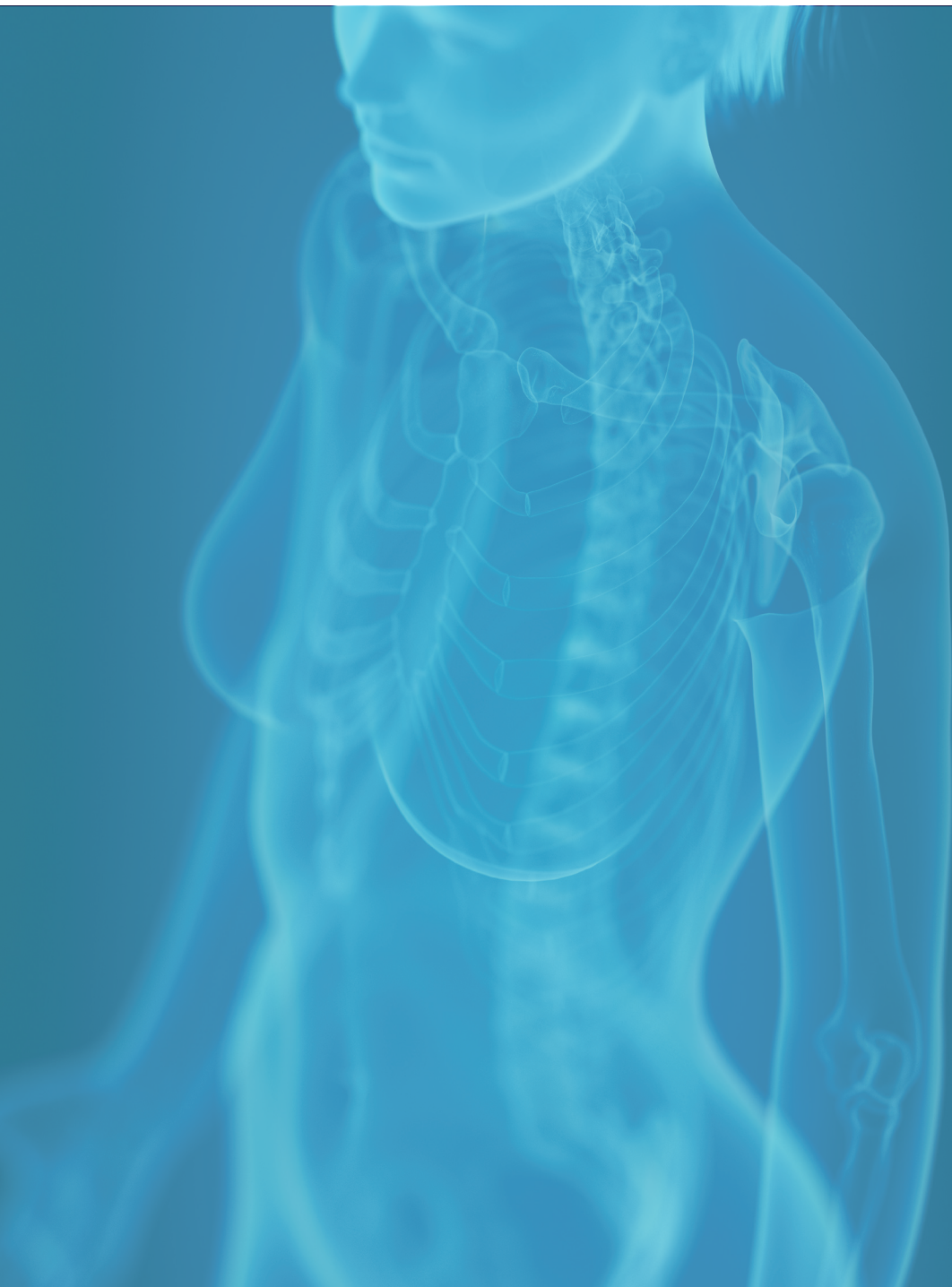
 **02 614 25 30**

SECRÉTARIAT DE RADIOTHÉRAPIE

 **02 614 25 40**

INFIRMIER(IÈRE) STOMATHÉRAPEUTE

Si vous rencontrez un problème avec votre stomie, vous pouvez contacter les numéros suivants: → **à l'hôpital**: composez le  **02 614 29 60**, **à l'attention de Julie Henrion**
→ **à domicile, Nurse@home**: soins de plaie, soins de port-à-cath en région bruxelloise  **0471 35 47 75**



CLINQUES
DE L'EUROPE

EUROPA
ZIEKENHUIZEN

advanced care - personal touch

APPROCHE PERSONNALISÉE
RESPECT
COMPÉTENCE
EFFICACITÉ
MÉDECINE DE POINTE

Les Cliniques de l'Europe forment un ensemble hospitalier de référence pour Bruxelles et ses environs. En tant qu'hôpital général multilingue, nous offrons des soins globaux et ce, sur nos quatre sites: Ste-Elisabeth à Uccle, St-Michel à Etterbeek/Quartier Européen, le Bella Vita Medical Center à Waterloo et la Consultation Externe à Halle.

Grâce à une collaboration étroite entre nos 300 médecins spécialistes et nos 1.800 membres du personnel, nous prenons en charge chaque jour près de 2.500 patients pour poser un diagnostic précis, offrir un traitement adapté ainsi que des soins appropriés et personnalisés. Pour ce faire, nous utilisons des technologies médicales de pointe, dans une infrastructure moderne qui nous permet d'offrir à chaque patient des soins de haute qualité en toute sécurité et dans le plus grand confort possible.

www.cliniquesdeleurope.be

Site Ste-Elisabeth

Avenue de Fré 206 - 1180 Bruxelles

 02 614 20 00

Site St-Michel

Rue de Linthout 150 - 1040 Bruxelles

 02 614 30 00

Bella Vita Medical Center

Allée André Delvaux 16 - 1410 Waterloo

 02 614 42 00

Consultation Externe Halle

Bergensesteenweg 67 - 1500 Halle

 02 614 95 00