

Préparation intestinale en chirurgie colique chez le grand enfant

1. Rappel : anatomie et physiologie du côlon

Le côlon fait suite à l'intestin grêle et se termine au niveau du rectum. Il forme un cadre, appelé cadre colique, et se divise en quatre parties :

- Côlon ascendant : rétropéritonéal, monte le long du côté droit de l'abdomen jusque sous le foie
- Côlon transverse : pas rétropéritonéal ; traverse l'abdomen de droite à gauche
- Côlon descendant : rétropéritonéal ; descend jusqu'au niveau de la crête iliaque
- Sigmoïde : rétropéritonéal ; va de la crête iliaque gauche jusqu'au rectum

Le côlon a différents rôles :

- Un rôle de brassage par des ondes péristaltiques
- Un rôle de stockage
- Un rôle d'absorption d'eau et d'électrolytes : il absorbe plus de 90% de l'eau qu'il reçoit
- Un rôle de digestion assurée par la flore bactérienne.

Ces différents processus s'accompagnent d'une production de gaz et aboutissent à la constitution de la selle.

Le contenu du côlon est septique

2. Pathologies coliques chez le grand enfant

a) Polypose colique familiale

Définition :

Maladie héréditaire, de transmission autosomique (par les chromosomes non-sexuels) dominante : il suffit que le gène en cause soit reçu de l'un des parents pour que l'enfant développe la maladie. Ce gène a été identifié sur le bras long du chromosome 5.

Les polypes sont des adénomes qui se trouvent par milliers dans le côlon et le rectum.

Symptômes :

- diarrhée
- pertes de sang dans les selles
- douleurs abdominales

Diagnostic :

Son diagnostic repose sur la coloscopie.

Traitement :

Le seul traitement est la colectomie totale suivie d'une anastomose.

b) Rectocolite ulcéro-hémorragique

Définition :

Inflammation chronique de la muqueuse du côlon et du rectum, d'origine inconnue, caractérisée par des émissions de mucus et de sang par l'anus.

Symptômes :

- émissions rectales de mucus et de sang
- douleur abdominale
- trouble du transit digestif
- fièvre
- altération de l'état général avec une perte de poids et parfois même :
- éruption cutanée
- spondylarthropathie

Diagnostic :

- coloscopie
- lavement baryté

Evolution :

L'évolution de la maladie se caractérise par des crises de plus en plus graves et fréquentes.

Il existe un risque de dégénérescence des lésions en cancer du côlon si la maladie dure pendant plusieurs années.

Les complications sont :

- hémorragie digestive
- perforation du côlon
- colectasie (dilatation gazeuse du côlon)

Traitement :

- régime alimentaire qui consiste à éviter les substances irritantes (épices et friture) et les aliments fermentés et, à augmenter la consommation d'aliments riches en fibres.
- traitement médicamenteux : lors des poussées, on utilise de la cortisone.
 - en cas de poussées modérées : on administre des corticoïdes locaux en suppositoire ou en lavement (lavement avec hydrocortisone) lorsque l'atteinte est limitée au rectum et au côlon sigmoïde, ou par la sulfasalazine en cas d'atteinte plus étendue.
 - les poussées plus sévères nécessitent des corticoïdes per os (prednisone).
 - les poussées fulminantes sont une urgence médicale. Cela nécessite un traitement comprenant des antibiotiques à large spectre, une réhydratation et des corticoïdes en intra-veineux.

- traitement chirurgical dans les complications graves ou aiguës, dans les formes sévères résistant au traitement médical et dans les dégénérescences cancéreuses. On pratique alors une colectomie.

c) Maladie de Crohn

Définition :

Maladie inflammatoire chronique de l'intestin d'origine inconnue. Elle peut atteindre n'importe quelle partie du tube digestif depuis la bouche jusqu'à l'anus, mais elle touche le plus souvent l'iléon distal et le côlon droit.

Les lésions comportent un épaissement de la paroi et des ulcérations.

Cette maladie débute souvent pendant l'enfance ou l'adolescence (1/4 des cas).

Symptômes :

- diarrhée chronique avec perte de l'appétit
- amaigrissement
- anémie
- retard de croissance staturale
- fièvre intermittente
- arthrite
- uvéite (inflammation oculaire)

Complications :

- fistules
- abcès au niveau de l'anus
- occlusion intestinale
- fistules internes

Diagnostic :

- radiographie intestinale
- coloscopie et biopsie
- biologie avec une CRP et une vitesse de sédimentation élevées

Traitement :

On traite l'inflammation en administrant des corticoïdes pour obtenir la rémission. Les rechutes sont fréquentes et dans certains cas rebelles, on administre un traitement immunosuppresseur. En cas de complications et de résistance au traitement médical, on a recours à la chirurgie.

d) Maladie d'Hirschsprung

Définition :

Maladie congénitale caractérisée par l'absence des ganglions nerveux qui contrôlent les muscles lisses de l'intestin.

L'aganglionose est le plus souvent limitée au rectosigmoïde mais aussi parfois au côlon.

La maladie se révèle, dans la majorité des cas, durant les premiers mois de la vie, mais peut se révéler plus tardivement chez le grand enfant ou même l'adulte.

Symptômes :

Chez l'enfant plus grand, les symptômes sont les suivants :

- constipation chronique, habituellement sévère
- ballonnement abdominal
- retard de croissance staturale

Diagnostic :

- examen clinique qui confirme le ballonnement et un toucher rectal qui montre une ampoule rectale vide
- biopsie rectale
- manométrie ano-rectale (mesure de la pression à l'intérieur du rectum et de l'anus)
- lavement baryté

Ces trois derniers examens aident le chirurgien à estimer la longueur du segment aganglionnaire.

Traitement :

Le traitement est chirurgical et consiste à retirer le segment de l'intestin non-innervé, de placer une colostomie temporaire, puis de faire une anastomose entre le côlon sus-jacent et l'anus afin de rétablir la continuité digestive anatomique et fonctionnelle.

3. Préparation intestinale

a) Indication de la préparation intestinale

- coloscopie : examen qui permet d'explorer la muqueuse du côlon à l'aide d'un coloscope
- lavement baryté : examen radiologique qui permet de visualiser le gros intestin à l'aide d'une solution de baryte
- colectomie : ablation chirurgicale du côlon ou d'un de ses segments

b) Préparation intestinale

- D'abord, il est important de savoir que sur ce sujet, il n'existe pas de consensus entre les différents services de chirurgie pédiatrique. La préparation intestinale avant une chirurgie colique chez le grand enfant dépend de plusieurs paramètres :
 - le chirurgien qui opère (ses habitudes opératoires)
 - l'enfant (son âge, sa pathologie)
- La préparation intestinale a pour but de rendre le côlon propre et vide afin de diminuer les complications infectieuses.

- La veille de l'opération :

- L'enfant entre à l'hôpital la veille de son opération, dans l'après-midi.
- Dès son entrée dans le service, l'infirmière explique à l'enfant comment va se dérouler la préparation préopératoire. Il est important de préparer psychologiquement l'enfant à ce qui l'attend afin d'obtenir une bonne collaboration de sa part. Il est important également d'instaurer un climat de confiance avec l'enfant et ses parents.
- L'infirmière vérifie que l'enfant a bien suivi le régime sans résidus prescrit, pendant 2 ou 3 jours avant l'intervention.
Un régime sans résidus doit éliminer les fibres alimentaires car ces fibres ne sont pas digestives. Les aliments déconseillés sont : les légumes, les fruits et toutes les céréales complètes (pain complet, riz complet,...).
Dans certains services, les médecins ne prescrivent plus de régimes sans résidus car ils considèrent que les lavements suffisent.
- Au souper, l'enfant peut prendre un repas léger.

- Ensuite, l'infirmière va administrer les laxatifs. C'est le médecin qui prescrit le laxatif, ainsi que la dose et la posologie. Les laxatifs s'administrent de deux façons différentes :
 - par voie orale : il existe 4 types de laxatifs
 - laxatifs de lest (mucilage, son) : ils doivent être avalés avec beaucoup d'eau pour gonfler et ainsi augmenter le volume et la consistance du contenu de l'intestin. Les selles sont rendues plus molles et donc plus faciles à éliminer. Exemple : Normacol (granulés ou sachet).
 - laxatifs lubrifiants (huile de paraffine) : ils ramollissent les selles et facilitent ainsi leur passage. Leur délai d'action est de 8 à 24 heures. Exemple : Laxamalt (paraffine liquide).
 - laxatifs osmotiques (sorbitol, lactulose, mannitol) : il s'agit surtout de sels de sodium et de phosphates. Ils retiennent l'eau et augmentent ainsi le volume et l'hydratation des selles. Leur délai est de 24 à 48 heures. Exemples : Fleet Phospho Soda 45 ml (solution à boire la veille et le jour de l'opération) ; Prepacol . Le colopeg est contre-indiqué chez l'enfant.
 - laxatifs stimulants (à base de plantes : aloès, séné) : ils agissent en irritant l'intestin, dont les mouvements et les sécrétions se trouvent stimulés. Exemple : Transix (granulés).
 - par voie rectale : des suppositoires (glycérine) ou des lavements sont employés. Selon leur composition, ils agissent soit par osmose, soit par dégagement de gaz, soit par irritation de la muqueuse, de façon à stimuler mouvements et sécrétions de l'intestin. Ils provoquent une évacuation rapide des selles : leur délai d'action est de quelques minutes.
 - laxatifs lubrifiants : lavement constitué d'eau tiède et d'huile de paraffine qu'on administre à l'aide d'une sonde rectale et d'un bock.
 - laxatifs osmotiques : Microlax ; Fleet Enfants (microlavement de 65 ml).
 - laxatifs stimulants : Dulcolax en suppositoire.
- Ces différents lavements entraînent de la diarrhée qui, lorsqu'elle est claire, indique le parfait nettoyage du côlon.
- Le médecin peut combiner une préparation orale avec un lavement ensuite.
- Avant d'aller se coucher, l'enfant doit se laver avec un savon désinfectant (exemple : Hibiscrub).
 - Rasage chez l'adolescent si nécessaire.

- Le jour de l'opération :

- L'enfant doit être à jeun depuis minuit si l'opération se déroule le matin (ou plus tard si elle se déroule dans l'après-midi).
- Si c'est un adolescent, lui demander de ne pas fumer la veille ni le jour même de l'intervention.
- L'enfant doit se laver une nouvelle fois avec un savon désinfectant.
- Noter les paramètres (TA, pls, t°, poids...) sur la feuille préopératoire.
- Lui mettre la blouse d'op.
- Vérifier s'il a bien ôté bijoux, montre, lunettes, appareil dentaire.
- Lui demander d'uriner avant d'aller au bloc.
- 1/2 heure avant de descendre, administrer la prémédication selon la prescription médicale.
- Avant de le descendre au bloc opératoire, l'infirmière contrôle les éléments du dossier médical en particulier, la carte de groupe sanguin (groupe rhésus et rai) et le bilan de coagulation de moins de 15 jours (NFS plaquettes, TP, TCA) en cas de biopsie. Elle doit également joindre la feuille de prémédication au dossier infirmier.
- Une antibiothérapie pré et péri-opératoire est prescrite pour éviter les complications infectieuses. Egalement, des anticoagulants sont administrés pour prévenir les phlébites.

- Remarque :

Une étude a été réalisée et il semblerait aujourd'hui qu'une préparation mécanique du côlon (lavement,...) ne serait plus nécessaire. Les résultats ont montré qu'il n'existait pas plus de complications infectieuses chez les patients non préparés que chez les patients préparés.

En effet, à Lille, certains chirurgiens ne demandent plus de préparation intestinale et opèrent avec le côlon rempli de selles.