Comment gérer votre système digestif après votre opération du cancer du rectum ?

Table des matières

1. Introduction

2. Qu'est-ce que le rectum et à quoi sert-il ?

3. Que devient le rectum lors d'une intervention chirurgicale pour le cancer du rectum ?

4. Pourquoi certaines personnes ont besoin d'une stomie temporaire à la suite de l'intervention ?

5. Qu'adviendra-t-il de mon transit intestinal après la fermeture de ma stomie ?

6. Quels sont les symptômes digestifs courants que je peux avoir ?

7. Que puis-je faire pour gérer les modifications de mon transit intestinal ?
- Objectif = consistance des selles équilibrée
- Règles hygiéno-diététiques
- Bonnes habitudes aux toilettes
- Soins de la peau
- Traitements médicamenteux
- Kinésithérapie / Rééducation post-opératoire

8. Que se passe-t-il si mon transit intestinal ne s'améliore pas ?
- Irrigations transanales
- Stimulation du nerf tibial postérieur
- Les autres options

9. Messages clés

1. Introduction

Après une chirurgie rectale pour un cancer avec rétablissement de la continuité digestive, la plupart des patients ont des troubles du transit plus ou moins marqués pendant plusieurs semaines au minimum.

Les symptômes les plus fréquents sont l'augmentation de la fréquence des selles quotidiennes (parfois également nocturnes), avec des urgences pour aller à la selle, l'impression de ne pas avoir complètement vidé le « néo-rectum» et au moment d'y retourner, l'impression de n'avoir rien à évacuer, et parfois des fuites de selles.

Ces troubles peuvent s'améliorer au cours des semaines suivant l'opération, mais à long terme, le transit ne sera jamais tout à fait le même qu'avant l'opération. De plus, la fonction défécatoire n'est pas toujours bien connue ou comprise. Or la compréhension des mécanismes défécatoires et de la continence est importante, d'autant plus après une chirurgie rectale.

Ce document vous est destiné, afin d'expliquer les mécanismes et les solutions existantes pour améliorer vos troubles du transit après une chirurgie rectale pour cancer.

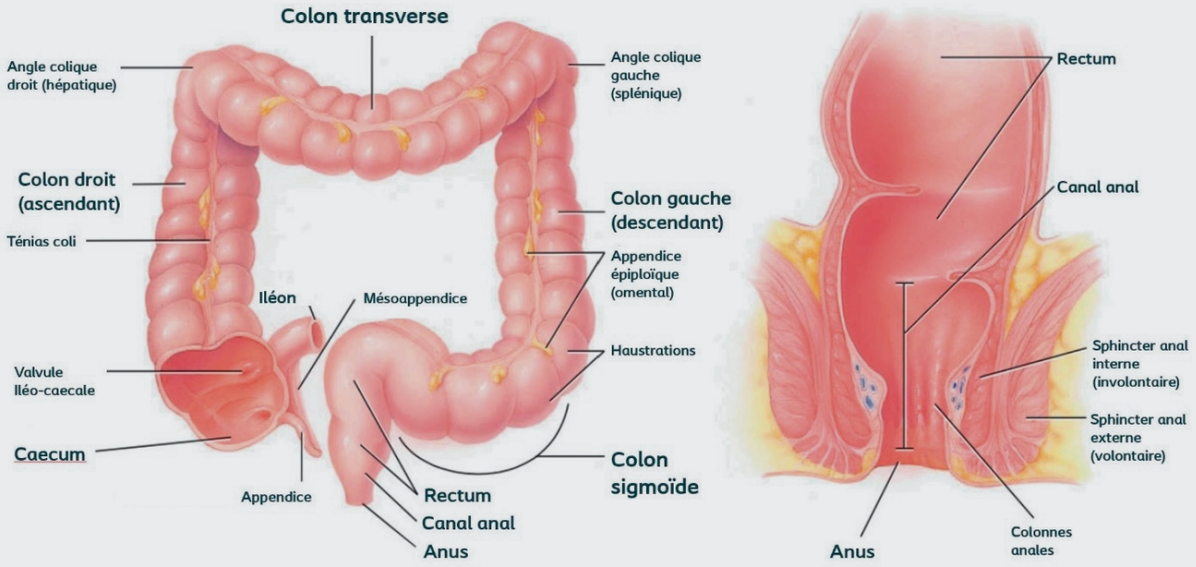
2. Qu'est-ce que le rectum et à quoi sert-il ?

La fonction du gros intestin (ou côlon) est d'absorber l'eau contenue dans l'intestin, puis d'éliminer les résidus alimentaires restant sous forme de selles.

Le rectum est la dernière partie du gros intestin et agit comme une chambre de stockage temporaire des selles. Il peut donc se distendre. Mais lorsqu'il est plein, des messages sont envoyés à notre cerveau pour nous informer de la nécessité d'aller déféquer. Aussi, il est normalement possible de se retenir d'aller à la selle Jusqu'à ce que le moment soit opportun (toilettes disponibles par exemple). Toutefois, si la période de stockage des selles est trop longue, l'eau continuant d'être absorbée, les selles peuvent se durcir.

Après le rectum, le tube digestif se termine par le canal anal : il mesure environ 4 cm de long et contient des récepteurs permettant de faire la distinction entre flatulences/gaz et selles.

Enfin, la continence est assurée principalement par l'appareil sphinctérien qui comprend 2 parties : le sphincter interne (dans la paroi à la jonction du rectum- canal anal) que nous ne pouvons pas contrôler, et le sphincter externe (autour du canal anal) que nous pouvons contracter ou relâcher en fonction de la situation.



Anatomie du tube digestif : côlon, sigmoïde, rectum, anus (Gerard J. Tortora, Bryan Derricksion. Principles of Anatomy and Physiology. 12th ed:959-960).

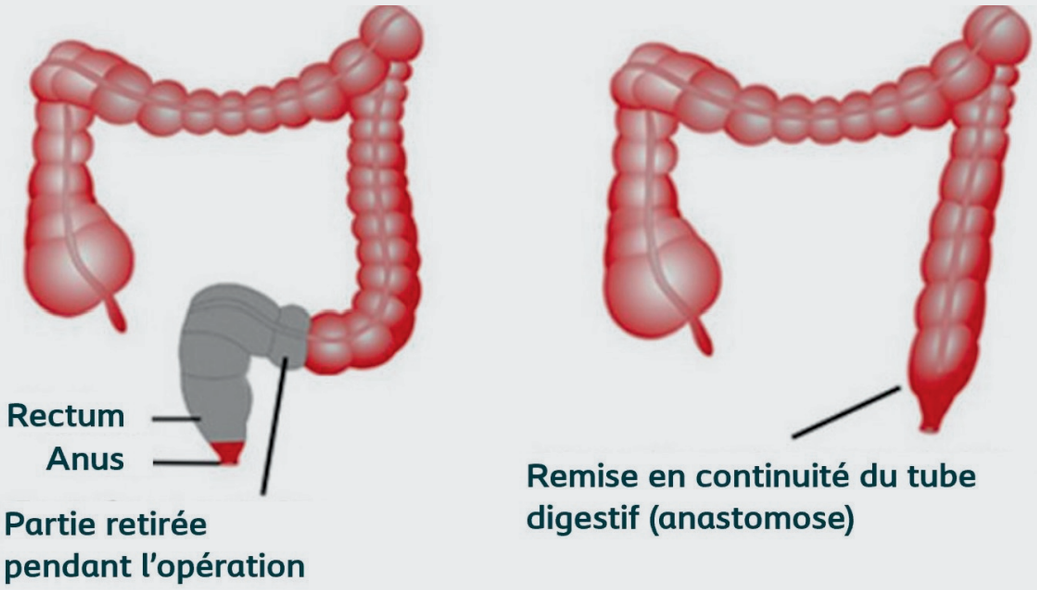
3. Que devient le rectum lors d'une intervention chirurgicale pour le cancer du rectum ?

Lors de la chirurgie pour un cancer du rectum, une partie du rectum (ou la totalité suivant la localisation du cancer) est retirée, ainsi qu'une partie voisine du côlon situé avant le rectum.

Les ganglions autour du rectum sont également enlevés pour être analysés, et pour cela, il faut interrompre les vaisseaux qui alimentent le rectum en sang. Il faut ensuite faire un rétablissement de continuité entre 2 parties normales du tube digestif, non cancéreuses et bien irriguées en sang afin d'accélérer la cicatrisation.

La jonction, aussi appelée anastomose, se fera entre le côlon et la fin du rectum ou bien l'anus (selon le retrait partiel ou complet du rectum).

N'hésitez pas à demander de plus amples explications à votre chirurgien digestif, qui pourra s'appuyer sur un schéma si besoin.



Principe de résection du rectum et remise en continuité du tube digestif

4. Pourquoi certaines personnes ont besoin d'une stomie temporaire à la suite de l'intervention ?

À la suite de l'intervention chirurgicale pour votre cancer du rectum, une stomie temporaire est parfois nécessaire, afin de mettre votre côlon et rectum au repos avant une reprise du transit. L'intestin grêle doit alors être dérivé en abouchant une petite portion à la surface de l'abdomen, fixé par une suture provisoire. En termes médicaux, cette opération s'appelle une iléostomie.

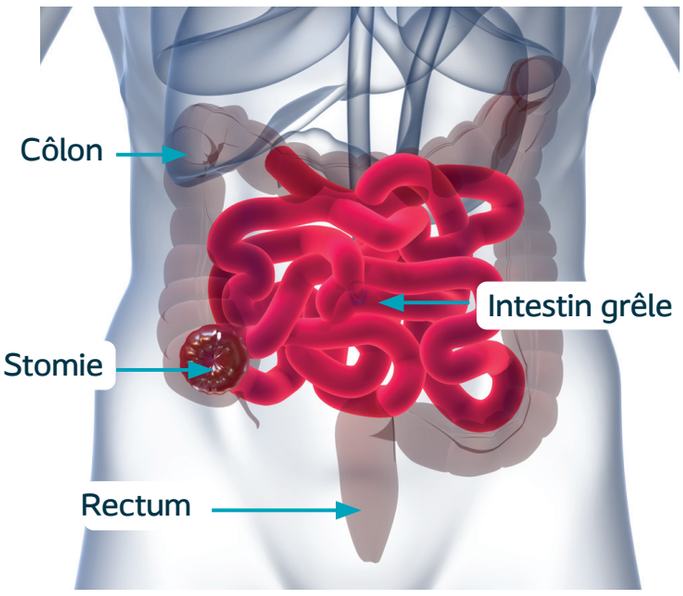
Comment fonctionne votre iléostomie ?

Les déchets alimentaires, aussi appelés effluents, sortent par la stomie et sont recueillis dans une poche, plus couramment appelée poche de stomie. Ils ont généralement la consistance d'un liquide épais ou pâteux.

Cette stomie temporaire peut être nécessaire pour plusieurs raisons :

- Plus l'anatomose est basse, c'est-à-dire que la jonction du côlon est proche de l'anus, plus il est probable qu'une stomie temporaire soit créée pour permettre une bonne cicatrisation de l'anastomose.
- Si une fuite au niveau de l'anastomose est suspectée par votre chirurgien, un test sera effectué pour la vérifier. Si la fuite est confirmée, une stomie temporaire est créée pour réduire tout risque d'écoulements d'effluents à l'extérieur de l'intestin, dans l'abdomen.

En temps voulu, l'iléostomie sera refermée par une intervention chirurgicale plus rapide de remise en continuité du tube digestif, vous permettant de reprendre l'usage habituel de votre transit.



5. Qu'adviendra-t-il de mon transit intestinal après la fermeture de ma stomie ?

L'opération, consistant à retirer en partie ou en totalité le rectum, va entraîner des changements significatifs qui peuvent altérer votre transit intestinal pendant plusieurs mois au minimum.

Un suivi spécialisé et des conseils adaptés seront nécessaires et prodigués par l'équipe qui vous prendra en charge (chirurgien, gastro-entérologue, oncologue, infirmière, stomathérapeute, kinésithérapeute).

La perte totale ou partielle du rectum, qui sert de réservoir pour les selles, peut entraîner une diminution de la capacité rectale, ce qui peut provoquer l'évacuation de selles plus petites ou plus fines. Cela peut également augmenter la fréquence de passage aux toilettes.

Parfois, il peut y avoir des changements à court terme dans la capacité du côlon à absorber les liquides, ce qui peut entraîner des selles plus liquides ou de la diarrhée.

La chirurgie peut altérer le fonctionnement des muscles de l'anus, qui sont responsables du contrôle intestinal et de la continence. Cela peut entraîner une envie plus pressante d'aller aux toilettes et affecter temporairement ou définitivement le contrôle volontaire de l'évacuation des gaz et des selles.

Il peut y avoir une réduction de la sensibilité anale, rendant plus difficile la distinction entre les gaz et des selles.

Dans tous les cas, une amélioration progressive du transit se fera dans la plupart des cas spontanément à partir de 3 à 4 semaines après la fermeture de la stomie (remise en continuité digestive) ; et le transit continuera de s'améliorer pendant plusieurs mois (jusqu'à 18 à 24 mois) grâce à des phénomènes d'adaptation du côlon. Les interventions des différents professionnels de santé auront pour objectifs de diminuer ces délais.

6. Quels sont les symptômes digestifs courants que je peux avoir ?

Après la fermeture de la stomie, voici les symptômes les plus fréquents que vous pourriez ressentir, du fait de l'ablation du rectum :

- Variabilité
  Transit irrégulier avec survenue des selles à des moments différents chaque jour.
- Altération de la consistance des selles
  Avoir des selles de qualité variable, tantôt molles tantôt dures.
- Fréquence
  Aller à la selle plus souvent.
- Ténesme
  Sensation de devoir constamment aller aux toilettes, même si l'intestin (le rectum) est vide de selles.
- Difficultés d'exonération
  Ne pas pouvoir vider complètement son intestin malgré le besoin ressenti.
- Urgence
  Avoir peu ou pas d'avertissement sur le moment où vous devez aller aux toilettes.
- Incontinence fécale
  Fuites involontaires de selles ou incapacité de contrôler volontairement votre sphincter anal.
- Fragmentation des selles
  Évacuer de petites quantités de selles fréquemment.
- Peau irritée
  Irritation possible autour de la zone anale à force de nettoyer ou par contact avec des selles acides.

L'ensemble de ces symptômes ont été regroupés dans un syndrome qui s'appelle LARS (syndrome après résection du rectum). Ce syndrome LARS est très fréquent puisqu'on le retrouve dans 60 à 90 % des situations après chirurgie de cancer du rectum. Le syndrome LARS peut durer plusieurs années après le traitement chirurgical.

Il est possible qu'au cours d'une des consultations, votre chirurgien vous propose de répondre à un questionnaire pour déterminer votre score LARS et évaluer au mieux vos symptômes. Ce questionnaire permettra de juger de la sévérité de ce syndrome (LARS) et de suivre régulièrement l'évolution de vos symptômes ainsi que l'efficacité des traitements proposés.

Le syndrome LARS a une origine multifactorielle complexe : causes anatomiques, neurologiques, physiologiques et psychologiques. Le traitement de ce syndrome sera donc multiple et pourra potentiellement faire appel à plusieurs spécialistes comme votre chirurgien, un gastro-entérologue, une infirmière stomathérapeute, ou encore un masseur kinésithérapeute spécialisé. Dans tous les cas, l'objectif sera d'essayer d'obtenir une consistance et un volume de selles corrects pour favoriser une bonne exonération et une continence la plus normale possible.

D'après la publication de Keane, le diagnostic du syndrome est posé dès lors qu'il y a au moins 1 symptôme associé à au moins l'une des conséquences listées dans le tableau :

Syndrome de résection antérieure du rectum	
Symptômes	**Conséquences**
Transit imprévisible, variable	Dépendance aux toilettes
Modification de la consistance des selles	Préoccupation par le transit intestinal
Augmentation de la fréquence des selles	Insatisfaction du transit intestinal
Exonération douloureuse	Mise en place de stratégie et compromis
Difficulté à exonérer	Mal-être mental et émotionnel
Impériosités	Impact sur les activités sociales et quotidiennes
Incontinence	Impact sur les relations et l'intimité
Fuites fécales	Rôle, engagements et responsabilités

Définition du LARS d'après Keane et al. (2020)

7. Que puis-je faire pour gérer les modifications de mon transit intestinal ?

Objectif = consistance des selles équilibrée

Après l'opération, il n'est pas rare de constater que vos selles sont différentes de ce qu'elles étaient avant votre intervention et elles peuvent également varier au cours de la semaine.

Type de selles	Description
	1. Selles dures en forme de billes détachées (selles difficiles).
	2. Selles en forme de billes collées.
	3. Selles en forme de boudin, structure friable.
	4. Selles en forme de boudin, structure douce et lisse.
	5. Selles molles avec contours clairement tranchés (selles faciles).
	6. Selles molles à très molles aux contours imprécis.
	7. Selles aqueuses sans structure (totalement liquides).

Echelle de Bristol par Lewis et al. (1997)

L'échelle ci-dessus met en évidence la variation de la consistance des selles. Elle est à la base de votre prise en charge, car l'évaluation de la consistance des selles est la première chose à faire quand on a des troubles digestifs. Un transit intestinal est considéré comme idéal avec des selles de type 3 à 4 : c'est-à-dire des selles bien moulées afin de ne pas avoir de fuites fécales et sans être trop dures pour ne pas rendre leur évacuation difficile et de limiter les efforts lors de la poussée. Les conseils présents dans ce guide vous permettront d'atteindre cet objectif.

Règles hygiéno-diététiques

Vous vous sentez peut-être un peu découragé(e) aux vues des changements qui peuvent survenir après votre opération. Parfois, vous pouvez améliorer les choses simplement en modifiant certaines de vos habitudes alimentaires dans les 3 premiers mois après la chirurgie et cela dès la sortie de l'hôpital.

Il existe deux types de fibres dans l'alimentation : les fibres solubles et insolubles.

- **Les fibres solubles** (pectines, gommes, mucilage) ont la capacité d'absorber une grande quantité d'eau pour former un gel qui épaissit les selles et augmente leurs volumes : il y a donc moins de risque d'incontinence fécale (selles liquides dans les premiers mois suivant l'opération).

  Parmi les aliments riches en fibres solubles, on trouve les graines de psyllium, les flocons d'avoine, les pommes, les oranges, les carottes, les haricots et les lentilles. Le psyllium a la particularité d'être à la fois un complément alimentaire (vous pouvez rechercher dans votre alimentation « psyllium », « graine de psyllium » ou « cosse de psyllium ») mais également un médicament (voir paragraphe Traitements médicamenteux).
- **Les fibres insolubles** sont contenues dans les produits céréaliers, surtout le son de blé, et dans les légumes en feuilles, tels que les épinards ou la salade. Ces fibres ne se dissolvent pas dans l'eau, et favorisent le mouvement des matières dans le système digestif en augmentant le volume des selles pour avoir un effet laxatif.

La plupart des fruits et légumes contiennent le plus souvent les deux types de fibres, solubles et insolubles, ce qui peut en limiter la tolérance et compliquer le choix des aliments. La prise de fibres solubles type psyllium est donc plutôt à favoriser. En effet, elles sont mieux tolérées et permettent de réduire la fragmentation des selles et d'améliorer la consistance, à condition que des doses adéquates soient prises. Nous vous recommandons d'essayer d'augmenter progressivement les quantités dans votre régime alimentaire et voir comment votre transit réagit face à ces changements.

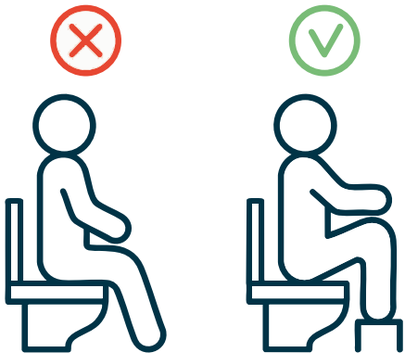
Vous êtes votre propre juge concernant l'effet des aliments sur votre transit : il n'y a pas d'aliments interdits, mais il est préférable d'adapter au mieux votre alimentation en fonction de votre transit, votre goût et votre tolérance. Toutefois, les autres aliments restant également importants, il est nécessaire de varier les apports pour avoir une alimentation équilibrée.

Dans tous les cas il est important, voire fondamental, d'adapter la quantité de fibres à la consistance des selles sur l'échelle de Bristol et de remplir un calendrier des selles incluant la consommation de fibres et la consistance des selles sur l'échelle de Bristol.

Bonnes habitudes aux toilettes

Après votre opération, nous vous recommandons d'adopter de bonnes habitudes aux toilettes.

- Vous pouvez améliorer votre posture sur les toilettes pour favoriser une vidange complète des selles. Pour cela, assurez-vous que vos genoux soient au-dessus de vos hanches (angle de 35°) à l'aide d'un petit tabouret par exemple et que la largeur d'écartement de vos pieds soit égale à celle de vos épaules. Cette position peut être inutile dans certains cas, il n'est pas nécessaire d'insister si vous ne ressentez pas d'efficacité lors de l'évacuation des selles.



Position d'évacuation

- Évitez de rester plus de 10 à 15 minutes sur les toilettes et/ou de forcer.
- Essayez progressivement de retenir les selles plus longtemps.
- Il peut être difficile de faire la distinction entre gaz et selles au début, mais cela s'améliorera avec le temps.
- Si après quelques semaines vous avez encore des fuites, ou des difficultés à évacuer les selles ou des urgences pour aller aux toilettes, et que l'adaptation de votre alimentation et des bonnes habitudes aux toilettes ne suffisent pas, parlez-en à votre médecin/chirurgien.

Soins de la peau

Toute personne ayant des selles fréquentes et/ou liquides, ou des fuites accidentelles (incontinence fécale) peut avoir la peau irritée et brûlée autour de l'anus. Cela peut être très inconfortable, douloureux et source de détresse.

Prendre soin de la peau autour de l'anus peut aider à prévenir l'apparition de ces problèmes. Voici quelques conseils qui pourraient vous aider :

- Après chaque passage aux toilettes, essuyez-vous doucement avec du papier toilette doux ou, idéalement, **sécher en tamponnant sans frotter** avec des carrés de coton naturel, que vous pouvez acheter en pharmacie ou au supermarché.
- Evitez d'utiliser des lingettes parfumées (même celles pour bébés) car elles peuvent entraîner un risque de réaction allergique.
- Jetez chaque morceau de papier après un seul essuyage, afin de ne pas recontaminer la zone que vous venez de nettoyer.
- Lorsque cela est possible, **lavez à l'eau** la zone autour de l'anus après chaque passage aux toilettes.
- Ne cédez pas à la tentation d'utiliser des désinfectants ou des antiseptiques, l'eau tiède est préférable. De même, ne mettez pas de crème ou de lotion, sauf si un professionnel de santé vous l'a conseillé.

- Si vous utilisez une crème barrière, choisissez une crème simple (comme une crème à base de zinc), appliquez-en une petite quantité et massez doucement après chaque passage aux toilettes.
- Si l'inconfort persiste, faites examiner votre peau par un professionnel de santé et n'hésitez pas à redemander conseil.

Traitements médicamenteux

Tout comme les modifications apportées à votre régime alimentaire, la prise de médicaments peut améliorer vos symptômes colorectaux.

Les médicaments à bases de psyllium (aussi appelés ispaghul) peuvent améliorer votre transit. Lorsqu'elles sont ingérées, ces fibres solubles se gonflent au contact de l'eau dans l'intestin, formant un gel qui augmente le volume des selles et permet d'obtenir des selles moulées – viser le score 3 à 4 sur l'échelle de Bristol - et permet de faciliter ainsi leur évacuation. Il est également possible de retrouver le psyllium dans l'alimentation.

Ces médicaments se présentent le plus souvent sous forme de poudre dans un sachet à dissoudre dans l'eau. Vous pouvez le prendre une à trois fois par jour avec un grand verre d'eau dès votre sortie de l'hôpital. Attention, l'effet de ces médicaments peut prendre 12 à 24 heures pour se manifester : il est recommandé d'attendre 2-3 jours avant de juger s'il faut augmenter progressivement la dose, pour éviter les ballonnements et les douleurs abdominales.

Le lopéramide est l'un des médicaments le plus couramment utilisé pour ralentir le transit. Il est utile si vous avez des selles très molles voire liquides. Il est à prendre de manière ponctuelle ou régulière, en fonction de vos symptômes, après avis de votre médecin spécialiste.

Ce médicament agit en ralentissant le passage des selles dans le côlon, ce qui lui donne le temps d'absorber plus d'eau et ainsi de réguler la consistance des selles. Votre intérêt avec la prise de ce médicament est d'obtenir des selles bien moulées, pas trop molles afin d'éviter les fuites, et pas trop dures pour ne pas rendre l'évacuation difficile. **En effet, un des effets indésirables du lopéramide est le risque de constipation**. Il faut garder en tête que l'amélioration d'un symptôme peut en dégrader un autre, c'est pourquoi **il est nécessaire d'adapter la prise de ce traitement non pas au nombre de fois où vous allez aux toilettes, mais bien à la consistance de vos selles (score 3-4 sur l'échelle de Bristol).**

Il est également possible d'utiliser des probiotiques si vous en ressentez le besoin. Ils contribuent à rétablir les bonnes bactéries dans l'intestin et peuvent contribuer à maintenir un intestin sain et fonctionnel. Il en existe de nombreuses sortes, vous pouvez en essayer plusieurs avant de choisir celui qui vous convient le mieux en fonction de vos symptômes. Nous vous recommandons d'abord de vous rapprocher de votre médecin si vous souhaitez débuter ce type de traitement.

En conclusion, si les changements apportés à votre régime alimentaire ne vous aident pas, vous pouvez essayer ces médicaments après avis de votre médecin. Gardez à l'esprit qu'il faut adapter la prise de traitements à la consistance de vos selles (viser le score 3 à 4 sur l'échelle de Bristol) si besoin à l'aide d'un calendrier des selles pour un suivi actif.

Kinésithérapie / Rééducation post-opératoire

Vos muscles du périnée et du sphincter de l'anus peuvent avoir été affaiblis par la chirurgie et/ou la radiothérapie. Réaliser des exercices de renforcement musculaire peut vous aider à retrouver une force et une durée de contraction suffisante et permettre ainsi à l'anus de se fermer, et à éviter l'évacuation des selles avant que vous n'y soyez préparé.

Les muscles du périnée compétents sont particulièrement utiles lorsque vous ressentez une envie urgente. Ils vous permettent de contracter volontairement le sphincter de l'anus pour éviter les fuites de gaz ou de selles. Comme tout muscle du corps, plus vous les ferez travailler et plus ils seront compétents en particulier dans les différentes positions de la vie quotidienne.

Afin de faire travailler vos muscles, des séances de rééducation vous seront prescrites **avec des kinésithérapeutes spécialisés dans la rééducation ano-rectale**. Durant ces séances, vous apprendrez les exercices nécessaires à renforcer les muscles du périnée et de l'anus ainsi qu'à mieux les utiliser pendant vos activités. Vous aurez peut-être besoin d'un matériel spécialisé à placer au niveau de l'anus pendant les séances pour mesurer la force de contraction. Cette mesure de force de contraction est retranscrite sur un écran pour vous permettre de prendre conscience des exercices à améliorer de séances en séances, ça s'appelle le biofeedback.

La rééducation ano-rectale est proposée à partir de 3 mois après la chirurgie de fermeture de la stomie (si une stomie a été mise en place). Dans certains cas, une rééducation peut être effectuée les quelques jours qui précèdent la fermeture de la stomie pour optimiser les sensations de besoin. Le nombre de séances nécessaire varie selon votre progression, mais il est généralement admis qu'un minimum de 15 séances doit être réalisé. Les séances sont généralement proposées de manière hebdomadaire.

Un kinésithérapeute spécialisé pourra être amené à effectuer une rééducation du néorectum. Elle consiste à introduire un petit ballonnet qui sera gonflé à différents volumes pour réapprendre à identifier les différentes sensations de besoin et améliorer l'adaptation du nouveau réservoir.

Votre praticien peut vous aider à trouver un kinésithérapeute spécialisé dans ce type de rééducation. Vous trouverez également la liste (non exhaustive) des kinésithérapeutes agréés spécialisés dans la rééducation du périnée et de l'anus sur le site de l'AFRePP (https://afrepp.org).

8. Que se passe-t-il si mon transit intestinal ne s'améliore pas ?

Dans la majorité des cas, le transit intestinal s'améliore dans les 3 premiers mois qui suivent la chirurgie, avec une reprise des activités professionnelles et quotidiennes possibles en s'adaptant à son « nouveau » tube digestif.

Néanmoins pour certains patients, les problèmes intestinaux peuvent durer plus longtemps et ne pas être suffisamment gérés par les règles hygiéno-diététiques, les traitements médicaux et la rééducation. Dans ce cas, des traitements spécifiques peuvent vous être proposés. C'est après une discussion avec votre praticien que vous vous orienterez vers l'une des solutions possibles décrites ci-dessous, selon vos préférences.

Irrigations transanales (ou lavements coliques)

Cette solution consiste à laver le côlon et le rectum avec de l'eau tiède en introduisant une sonde par l'anus reliée à une pompe manuelle, permettant ainsi l'évacuation naturelle de l'eau et des selles dans les toilettes.

Le lavement est réalisé avec un dispositif spécifique (Peristeen® Plus sonde rectale conique) qui vous permet d'être autonome sur les toilettes pendant toute la durée du lavement. Une infirmière vous apprendra à utiliser le système lors des premiers essais. Cette stratégie a le triple avantage de réduire la fréquence des selles quotidiennes et éviter les besoins urgents d'aller aux toilettes et les fuites.

Vidéo explicative de l'utilisation du dispositif médical **Peristeen Plus sonde rectale conique**

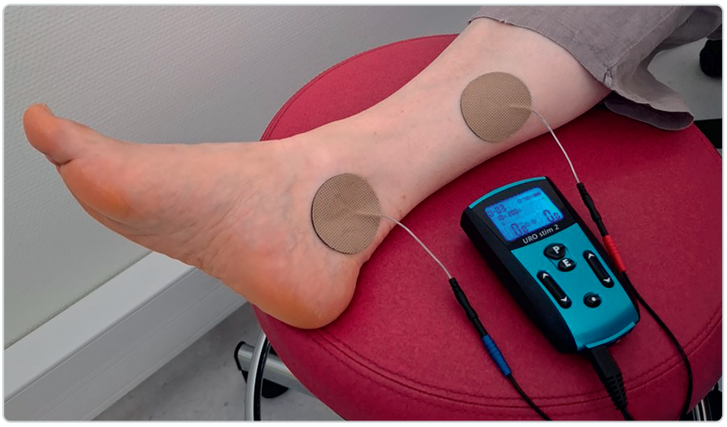
Dispositif médical Peristeen Plus sonde rectale conique

Ce traitement peut vous être proposé lorsque les mesures hygiéno-diététiques et médicamenteuses sont insuffisantes. Les irrigations peuvent être réalisées de manière routinière (tous les 1-2 jours) pour vous permettre de reprendre confiance dans vos capacités à contrôler votre transit et à refaire les activités que vous ne pouviez plus faire. Le Peristeen® Plus peut aussi être utilisé à la demande en cas de difficultés d'évacuation. Cette solution peut vous être utile sur du court-moyen terme ou de manière plus prolongée.

Mentions légales, complications et mentions juridiques concernant le dispositif Peristeen Plus sonde rectale conique en fin de document.*

Stimulation du nerf tibial postérieur

Cette option consiste à stimuler le nerf tibial postérieur au niveau de son passage à la cheville. Cette stimulation se propage le long du nerf tibial pour atteindre les nerfs à destinée de l'anus et des muscles périnéaux, et permet d'améliorer le fonctionnement du sphincter de l'anus et les contractions de votre « nouveau rectum ».



Boîtier de neurostimulation du nerf tibial postérieur (CHU Nantes)

La stimulation du nerf tibial postérieur, aussi appelée TENS, se réalise très facilement à domicile. Il vous est demandé de coller deux patchs sur votre cheville et y brancher les électrodes du stimulateur (délivré par un prestataire ou la pharmacie) pendant 20 minutes au moins, une fois par jour à l'heure qui vous convient le mieux. Vous ne ressentez qu'une légère stimulation au niveau des patchs. En cas d'efficacité, les séances de stimulation peuvent être espacées. Cette prise en charge peut être mise en place pour prolonger les effets obtenus en séances de rééducation.

Ce traitement est particulièrement intéressant pour réduire le besoin urgent d'aller aux toilettes et prévenir les fuites avant d'atteindre les toilettes.

Les autres options

Si les traitements décrits précédemment ne sont pas efficaces, d'autres solutions nécessitant une petite intervention chirurgicale peuvent vous être proposées dans des centres spécialisés.

Les irrigations coliques antérogrades : la mise en place d'un petit cathéter au niveau de l'abdomen pour relier l'intérieur du côlon permet de réaliser des lavements de l'ensemble du côlon. Le côlon étant intégralement vidé, les fuites de selles ne peuvent pas survenir pendant plusieurs jours. Cette solution nécessite de confectionner un accès au côlon pour mettre en place le cathéter, soit par chirurgie, soir par coloscopie.

La neuromodulation des racines sacrées : cette solution propose de stimuler les nerfs à destinée du sphincter anal et du périnée directement au niveau du sacrum pour améliorer le fonctionnement du nouveau rectum. La chirurgie consiste à placer les électrodes au cours d'une courte opération, puis de tester la stimulation des électrodes pendant 2 à 3 semaines. En cas d'efficacité pendant la période de test, une deuxième courte opération sous anesthésie locale permet de relier les électrodes à une pile (un pace-maker) laissée en place sous la peau dans le bas du dos.

La stomie définitive : si les symptômes sont vraiment difficiles au quotidien et gênent la réalisation des activités habituelles, et que les options sus-citées ne sont pas efficaces, la colostomie peut être une solution. Dans cette situation, elle peut vous permettre de reprendre des activités arrêtées par crainte des fuites ou de la dépendance aux toilettes.

Dans tous les cas, le praticien discutera avec vous de vos attentes, des avantages et inconvénients des différentes options pour vous permettre de faire le choix le plus adapté à votre situation personnelle.

9. Messages clés

1

Après la chirurgie du cancer du rectum, le fonctionnement intestinal sera définitivement différent mais la situation s'améliorera progressivement dans les 18 mois qui suivent la chirurgie.

2

Des mesures spécifiques et des traitements peuvent vous être proposés dès les premières semaines qui suivent l'intervention afin que vous puissiez poursuivre au mieux vos activités habituelles en attendant l'amélioration.

3

Les mesures diététiques aident le plus souvent à améliorer votre transit et la consistance des selles.

4

Les médicaments prescrits par un professionnel de santé peuvent aussi améliorer la consistance des selles, réduire les envies urgentes, la fréquence des selles et faciliter leur évacuation.

5

Les exercices de rééducation ano-rectale réalisés régulièrement peuvent améliorer l'efficacité des muscles et du néo-rectum et ainsi améliorer la continence et le contrôle du transit.

6

D'autres alternatives plus spécifiques sont disponibles lorsque les mesures précédentes sont insuffisantes, comme les irrigations transanales et la neurostimulation tibiale postérieure.

* Peristeen Plus Sonde rectale conique

Mentions légales

Ce dispositif médical est indiqué pour les patients qui souffrent d'incontinence fécale, de constipation chronique et/ou qui consacrent un temps anormalement long à la procédure d'exonération. Le produit est indiqué pour les hommes et les femmes adultes et les enfants à partir de 3 ans.

Ce dispositif médical destiné à l'évacuation du contenu de la partie inférieure et descendante du côlon, est un produit de santé réglementé qui porte, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Fabricant : Coloplast A/S. Attention, lire attentivement la notice d'instructions avant utilisation. Pour plus d'informations, consultez votre professionnel de santé.

Complications

La perforation intestinale est une complication extrêmement rare, mais grave et potentiellement mortelle de l'irrigation transanale, qui nécessite une hospitalisation d'urgence et, souvent, une intervention chirurgicale.
Consultez immédiatement un médecin si, pendant ou après la procédure d'irrigation transanale Peristeen, vous présentez l'un des symptômes suivants :

- Douleur abdominale ou dorsale sévère ou prolongée, notamment si elle est associée à de la fièvre
- Saignement anal sévère ou prolongé

Réalisé grâce à la collaboration de :

- Pr Emilie Duchalais – Centre Hospitalier Universitaire, Nantes
- Pr Zaher Lakkis – Centre Hospitalier Universitaire, Besançon
- Pr Léon Maggiori – AP-HP Hôpital Saint-Louis, Paris
- Pr Diane Mege – AP-HM La Timone, Marseille
- Pr Véronique Vitton – AP-HM Hôpital Nord, Marseille

Avec la participation de :

- Cyril Sarrauste, patient-expert, de l'association Mon Réseau Cancer Colorectal
- L'Association Française de Rééducation en Pelvi-Périnéologie (AFRePP)

Document réservé à l'usage des patients.

Laboratoires Coloplast, SAS : Société par actions simplifiée
Siège social : 38 rue Roger Salengro - 94120 Fontenay-sous-Bois - France
Capital social : 22 001 980 Euros - RCS CRETEIL : 312 328 362
SIREN : 312 328 362 - CODE NAF (ex APE) : 4646Z
N° TVA Intracommunautaire : FR 18 312 328 362

www.coloplast.fr Le logo Coloplast est une marque enregistrée par Coloplast A/S, DK - 3050 Humlebaek.
© Tous droits réservés aux Laboratoires Coloplast - Réf. 3124P - PM-37331 - Août 2025 - PA

Coloplast