



Fondation canadienne des
maladies inflammatoires
de l'intestin

Crohn's and Colitis
Foundation of Canada

À LA FINE POINTE



*Chirurgie et maladie
inflammatoire de l'intestin*

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

La Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin (FCMII) vous recommande vivement d'être bien informé sur ces traitements. En étant bien renseigné, vous prendrez activement votre santé en main et contribuerez à l'élaboration d'une approche thérapeutique de concert avec les membres de votre équipe soignante pour une meilleure qualité de vie.

La FCMII désire vous accompagner dans votre quête d'information. Notre mission reflète notre détermination à « trouver un



traitement curatif ». Mais il va sans dire que tout en progressant sur le chemin de la découverte, nous nous sommes également engagés à vous aider à mieux connaître les MII. Nos brochures éducatives témoignent de cet engagement; visitez notre site Web au <http://www.fciii.ca/French/mii/brochures.html> pour en obtenir la liste complète! Vous pouvez soit les télécharger au besoin ou communiquer avec la section de la FCIII de votre localité qui vous en fera parvenir un exemplaire par la poste sans frais!

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



LA CHIRURGIE COMME TRAITEMENT

La chirurgie compte parmi les approches privilégiées par les médecins pour vous aider à contrôler la maladie. Il est généralement admis que 70 à 80 % des personnes atteintes de MC et 40 % de celles qui souffrent de CU subiront une chirurgie au cours de leur vie.

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

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

- Les thérapies médicamenteuses soulagent-elles vos symptômes?
- Les effets indésirables de vos médicaments sont-ils graves et intolérables?
- Vos symptômes sont-ils apparus soudainement et sont-ils si graves et tenaces qu'ils menacent votre santé?
- Les complications liées à la maladie sont-elles impossibles à éliminer autrement?
- Souffrez-vous d'un autre problème de santé susceptible de compromettre l'issue de la chirurgie (un problème cardiaque ou des antécédents de caillots de sang par exemple)?

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

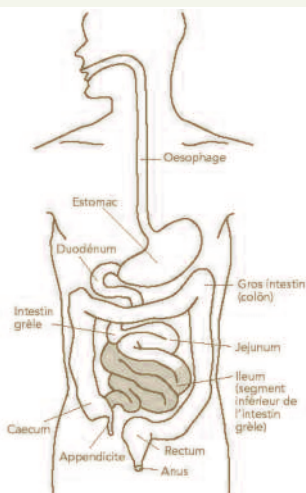


LA GÉOGRAPHIE DE VOTRE APPAREIL DIGESTIF

Pour être en mesure de peser le pour et le contre de la chirurgie, il importe que vous connaissiez les parties (anatomie) et les fonctions de votre système digestif et les effets des MII sur ces dernières.

Le tractus digestif est un tube vide qui s'étend de la bouche jusqu'à l'anus. Lorsque vous mangez et

buvez, les aliments voyagent de votre bouche à votre œsophage (le tube relié à votre estomac), puis vers l'estomac, l'intestin grêle (ou petit intestin), le côlon (aussi appelé gros intestin), pour finalement aboutir dans le rectum et enfin être expulsés par l'anus.



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

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



Résection :

ablation totale ou partielle d'un organe.

Chaque partie de l'intestin grêle participe à la digestion et à l'absorption des aliments que nous mangeons, préservant ainsi notre santé et assurant notre survie. L'ablation de segments

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

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

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

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

- caecum;
- côlon ascendant;
- côlon transverse;
- côlon descendant;
- côlon sigmoïde;
- rectum;
- anus.



COLITE ULCÉREUSE (CU) OU MALADIE DE CROHN (MC)?

La colite ulcéreuse affecte seulement certaines parties du gros intestin, dont le rectum et l'anus, et cause habituellement une inflammation de la paroi digestive. La CU débute dans la plupart des cas au niveau du rectum pour s'étendre à tout le côlon sous forme d'inflammation continue. On parvient à maîtriser la colite ulcéreuse à l'aide de médicaments et même à la guérir en procédant à l'ablation totale du gros intestin.

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

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

Dans un cas comme dans l'autre, lorsqu'une MII est à l'origine du mauvais fonctionnement de votre système digestif, vous pouvez souffrir de diarrhées (possiblement sanguinolentes), éprouver des douleurs abdominales, des crampes, des flatulences, des ballonnements, de la fatigue et perdre l'appétit. Lorsque les gens se plaignent de « douleurs au ventre », ils décrivent généralement une douleur qui prend naissance dans l'intestin grêle ou le côlon et non dans l'estomac comme on le croit souvent. La douleur suscitée par l'inflammation du tube digestif peut être atroce.



Rémission vs poussée active :
Période au cours de laquelle vos symptômes sont sous contrôle vs période où ils sont actifs.

Tant la colite ulcéreuse que la maladie de Crohn surviennent par poussées. En fait, les médecins et les chercheurs ignorent les causes des périodes de rémission et ce qui déclenche les poussées actives.

Nous savons toutefois que contrairement à ce que vous pourriez croire, la diète et le stress ne sont pas des facteurs déclenchants de la maladie. Bien qu'ils puissent aggraver vos symptômes, ils ne CAUSENT pas vos rechutes.

CHIRURGIE PAR LAPAROSCOPIE



Chirurgie par laparoscopie :

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

Nous aurions tort de ne pas aborder le sujet de la chirurgie par laparoscopie. Vous en avez fort probablement entendu parler et vous vous demandez si vous pourriez envisager ce type d'intervention. Les avantages de la chirurgie par « laparoscopie » incluent : des incisions plus petites et moins nombreuses, donc moins de douleurs postopératoires ainsi qu'un rétablissement et une reprise des activités normales plus

rapides. On recourt à ce type d'intervention pour plusieurs chirurgies abdominales comme l'ablation de la vésicule biliaire.

Les avantages d'une laparoscopie sont nombreux pour les patients aux prises avec une MII.

Premièrement, la plupart de ceux qui en souffrent sont jeunes et la cicatrisation postopératoire après une chirurgie ouverte les préoccupe au plus haut point. La possibilité pour un jeune d'éviter une large incision a beaucoup d'importance pour l'image de soi. Deuxièmement, les chirurgies par laparoscopie réduisent les risques d'adhérences (tissu cicatriciel interne) et cela est non négligeable pour les patients atteints d'une MII qui devront subir plusieurs opérations. Troisièmement, la guérison des plaies étant plus difficile chez les personnes souffrant d'une MII à cause des effets des médicaments et du mauvais état nutritionnel, il est préférable d'opter pour une chirurgie moins invasive.

Par contre, il est plus difficile de procéder à l'ablation de grands segments de l'intestin (particulièrement le côlon) par laparoscopie. Les patients ayant subi plusieurs opérations se retrouvent avec un grand



nombre d'adhérences qui obstruent la vue. De même, il est impossible d'opérer en présence de fistules et d'abcès ou d'effectuer une chirurgie d'urgence. Il arrive parfois que le chirurgien commence la chirurgie par laparoscopie et poursuive avec l'approche « ouverte ». En d'autres mots, votre chirurgien amorcera l'opération par des incisions puis « ouvrira » votre abdomen selon la méthode traditionnelle.

Peut-être pouvez-vous envisager une chirurgie par laparoscopie et voudrez-vous en discuter avec votre chirurgien. Il revient toutefois à ce dernier de décider ce qui comporte le moins de risque pour vous.

CHIRURGIE POUR LA COLITE ULCÉREUSE

Indications pour une chirurgie

La raison la plus courante pour faire subir une chirurgie aux patients souffrant de colite ulcéreuse est « l'échec de la thérapie médicale ». Il faut prendre en compte la durée du traitement du patient, surtout s'il prend de la prednisone sans atténuation de ses symptômes ou leur réapparition dès qu'on diminue la dose; un retard de croissance chez un enfant et enfin, l'apparition d'effets secondaires. Il est impératif de penser à la qualité de vie des patients et à leurs préférences. La chirurgie est recommandée lorsqu'on décèle un rétrécissement du tube digestif, la



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

présence de masses précancéreuses ou cancéreuses, des saignements sévères, une perforation de l'intestin ou le syndrome colectasique (mégacôlon toxique). La décision de procéder à l'ablation de segments de votre intestin ne doit pas être prise à la légère. Tenez compte des précieux conseils de votre chirurgien et de votre gastro-entérologue pour prendre une décision éclairée. Cela dit, en tant que patient, vous avez le dernier mot.

Types de chirurgies pour la colite ulcéreuse

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

1. colectomie subtotale et iléostomie;
2. proctocolectomie totale et iléostomie;
3. anastomose iléo-anales avec poche (AIAP) aussi connue sous les noms de coloproctectomie totale ou de procédure du réservoir pelvien.

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

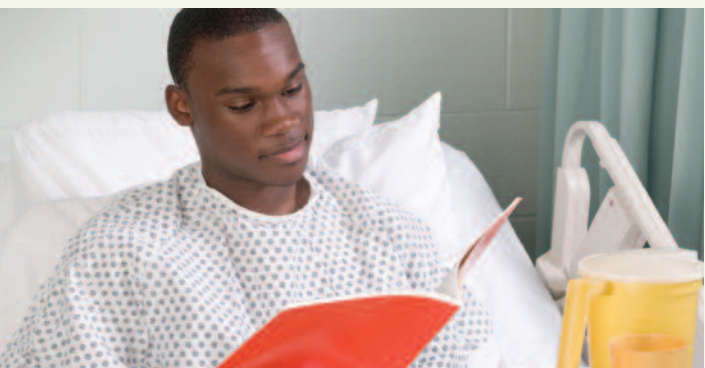
1. Colectomie subtotale et iléostomie



Ectomie :

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

Cette intervention est parfois pratiquée sur des patients très souffrants qui doivent être opérés en urgence voire en extrême urgence. Seul le côlon est enlevé et le rectum reste intact avec pour résultat que la



plupart recouvrent la santé et peuvent cesser de prendre des médicaments.

Une fois qu'ils ont récupéré, on peut procéder à une deuxième intervention pour faire l'ablation du rectum, ou à une AIAP (voir ci-dessous). En général, il n'est pas recommandé de laisser le rectum en place car la maladie peut récidiver ou un cancer peut se développer.



Ostomie : Le suffixe « ostomie » fait référence à toute procédure chirurgicale qui abouche le grêle ou le côlon à la paroi abdominale pour permettre l'évacuation des matières fécales par une ouverture appelée stomie.

2. Proctocolectomie totale et iléostomie



Iléostomie :

Abouchement de l'anse iléale et de la paroi abdominale qui se termine par une stomie. Le flux fécal est ainsi dérivé du côlon, du rectum et de l'anus vers le sac pour stomie ou appareillage.

La proctocolectomie totale et l'iléostomie sont des procédures normales pour le traitement de la colite ulcéreuse. Dans ce cas, on procède à l'ablation de tout le côlon et du rectum, puis à une iléostomie. Cette dernière est effectuée du côté droit à l'extérieur de l'abdomen. Les personnes ayant subi une iléostomie doivent porter un sac spécial (ou appareillage) couvrant la stomie, pour recueillir les matières fécales.

Ce sac devra être vidé à quelques reprises pendant la journée.

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

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

3. Anastomose iléo-anale avec poche (AIAP)



Anastomose

Opération consistant à aboucher deux résidus.

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

la partie inférieure à l'anus (créant une anastomose).

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

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

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

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

CHIRURGIE POUR LA MALADIE DE CROHN

Indications pour une chirurgie

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

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



Syndrome de l'intestin court

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

Types de chirurgies pour la maladie de Crohn

Types de chirurgies les plus courantes :

1. résection de l'intestin grêle;
2. stricturoplastie;
3. résection du gros intestin;
4. anastomose iléo-anale avec poches (AIAP);
5. chirurgies périanales.

1. Résection de l'intestin grêle

Selon l'emplacement de la MC, votre chirurgien peut procéder à l'ablation de parties du petit intestin. En général, l'iléon, la valvule iléo-caecale ainsi que le caecum sont les sites privilégiés de la MC; on procède alors à la résection la plus courante soit la résection iléo-caecale. Pendant l'opération, la partie affectée est enlevée ainsi que quelques centimètres de la partie saine du côlon. Les extrémités coupées de l'intestin sont réunies (anastomosées) pour recréer une voie gastro-intestinale. Il arrive parfois que le chirurgien doive créer une stomie temporaire au-dessus de l'anastomose en présence d'une infection ou lorsque la chirurgie est effectuée en urgence. On peut procéder à la fermeture de la stomie quelques mois plus tard.

2. Stricturoplastie



Plastie : le suffixe « plastie » fait référence à l'ouverture chirurgicale d'une région tubulaire étranglée.

Chez certains patients, la maladie de Crohn entraîne le rétrécissement de plusieurs segments de l'intestin grêle. Si on enlève un trop grand nombre de ceux-ci, les patients peuvent ne plus être en mesure d'absorber les nutriments. Cela

vaut également pour les patients ayant subi des chirurgies au cours desquelles on aurait procédé à l'ablation de plusieurs parties de leur grêle. Pour préserver l'intestin, les chirurgiens effectuent une



procédure appelée stricturoplastie. La région tubulaire étranglée est alors ouverte pour permettre le passage des aliments. Il n'est pas rare que ces segments de l'intestin guérissent complètement et que le patient cesse de souffrir d'obstruction à cet endroit et que son intestin soit à nouveau en mesure d'absorber les nutriments.

3. Résections du gros intestin

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

4. Anastomose iléo-anales avec poche (AIAP)

L'AIAP n'est pas recommandée pour les patients aux prises avec la maladie de Crohn à cause des risques de récurrence de la maladie dans une autre région, soit





à l'emplacement de la poche et autour de l'anus. Le risque est alors très élevé de devoir enlever la poche.

5. Chirurgies périanales



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

Plusieurs patients atteints de MC développent une maladie autour de l'anus. Certaines affections ne nécessitent aucun autre traitement que des bains de siège ou l'application d'onguents (irritation périanale, acrochordons). D'autres

problèmes médicaux (hémorroïdes et fissures) peuvent être soignés avec des médicaments.

Toutefois, les abcès et les fistules sont fréquents et requièrent souvent une chirurgie.

Près du quart des personnes aux prises avec la maladie de Crohn développent des abcès et des fistules. Les abcès se forment à partir de petites glandes à l'intérieur de l'anus qui s'infectent et deviennent douloureuses. Ces derniers doivent être drainés sous anesthésie locale ou totale. Ensuite, la plaie doit être tamponnée par



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

une infirmière pendant plusieurs semaines. Il arrive parfois que les abcès crèvent et se drainent d'eux-mêmes sans l'intervention d'un médecin ou qu'ils disparaissent avec la prise d'antibiotiques.

Les fistules se forment aussi à partir de glandes infectées dans l'anus. Lorsque l'infection se propage, des tunnels peuvent relier l'intérieur de l'anus et la peau tout autour. On peut observer une ou plusieurs ouvertures. S'il s'agit d'une seule fistule, on peut en faire l'exérèse.



Fistule :

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

Cette intervention s'avère impossible en présence de multiples ouvertures. On envisage alors une combinaison chirurgie et médicaments.

Procédures à envisager :

- incisions pour drainer l'abcès ou la fistule;
- mise en place d'un élastique ou d'un séton dans une extrémité de la fistule et à l'extérieur de l'autre pour maintenir la voie ouverte et faciliter le drainage complet.

Il arrive parfois qu'une fistule relie le rectum au vagin. Le traitement est alors plus délicat. Un lambeau de tissu rectal (d'avancement) servira à réduire l'ouverture entre le rectum et le vagin.

On peut également procéder à une iléostomie temporaire ou permanente si la fistule est grave et persistante. En faisant dévier les matières fécales du rectum et de l'anus, l'infection s'atténue éventuellement. Toutefois, il est plutôt rare qu'une iléostomie soit laissée en place, car une fois que l'intestin a été abouché et que des matières fécales y ont transité, l'infection a tendance à reprendre.

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

APRÈS UNE CHIRURGIE

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

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

Rappelez-vous que votre digestion sera modifiée après l'intervention, particulièrement si le chirurgien a procédé à l'ablation de segments de votre intestin grêle. Si plus d'un mètre de votre iléon a été enlevé, la capacité de votre corps à absorber la vitamine B12 et les sels biliaries sera alors touchée. Cela pourrait signifier que vous deviez recevoir des injections de B12 et que vous adoptiez une diète faible en gras étant donné que votre capacité à digérer les gras est réduite. Pour plus d'information sur vos besoins nutritionnels, consultez notre brochure intitulée « Pour une alimentation réfléchie : diète, alimentation et maladies inflammatoires de l'intestin ».

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



Calculs

rénaux : Il existe deux types de calculs rénaux. Chez les personnes souffrant d'une MII, il s'agit de calculs composés d'oxalate de calcium ou d'acide urique qui se forment à la suite d'une chirurgie de l'intestin.

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

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

VOUS VOILÀ MAINTENANT BIEN INFORMÉ

Vous avez entre les mains un aperçu de l'information disponible sur la chirurgie et les MII. La FCMII espère que ce dépliant donne le coup d'envoi à votre quête d'information sur ce sujet complexe. Nous sommes là pour vous aider. Pour un complément d'information sur la FCMII et les MII, visitez notre site Web au <http://www.fcpii.ca/French/index.html>, joignez les rangs de la section locale de la FCMII et assistez aux conférences éducatives. Participez aux activités de financement pour amasser des fonds pour la recherche médicale sur les causes et le traitement de la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Prenez les commandes avec la FCMII et aidez-nous à éradiquer les MII à tout jamais.

Cette brochure est en partie produite
grâce à une subvention à l'éducation de :

AXCAN PHARMA™

SAL-F 1149

La FCMII aimerait remercier Dr Robin McLeod du Mount Sinai Hospital de Toronto pour les renseignements inestimables sur la chirurgie contenus dans la présente brochure.

**Pour plus de renseignements sur les activités de la FCMII, visitez notre site Web au www.cffc.ca.
Joignez-vous à notre équipe dès aujourd'hui!**

www.fcpii.ca/contact

1-800-387-1479

Fondation canadienne des maladies inflammatoires
de l'intestin

60, avenue St. Clair Est, bureau 600, Toronto, ON M4T 1N5

Tél. : 416-920-5035 Sans frais : 1-800-387-1479

Courriel : info@ccfc.ca

Organisme de bienfaisance
enregistré n° 11883 1486 RR0001

Janvier 2010