



Fondation canadienne des
maladies inflammatoires
de l'intestin

Crohn's and Colitis
Foundation of Canada

Les interventions chirurgicales et

LES MALADIES

INFLAMMATOIRES

DE L'INTESTIN



Que sont les maladies inflammatoires de l'intestin ?

Le terme «maladies inflammatoires de l'intestin» (MII) désigne deux maladies semblables mais distinctes, la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Les MII possèdent également d'autres noms, comme colite de Crohn, iléite, colite distale et pancolite. Ces maladies touchent le système digestif, provoquent l'inflammation des intestins de même que la formation d'ulcères et favorisent les saignements, l'apparition de cicatrices et la perte du caractère lisse de la muqueuse intestinale. Les symptômes des MII comprennent des douleurs abdominales, des crampes, de la fatigue, de la diarrhée, de la fièvre et des douleurs articulaires.

La **maladie de Crohn** peut toucher n'importe quelle partie du tube digestif, de la bouche à l'anus. Des zones d'inflammation surgissent, entrecoupées de tissu sain; ce sont les lésions discontinues. L'inflammation peut traverser toutes les couches du tissu intestinal atteint. Les médicaments et les interventions chirurgicales ne peuvent guérir la maladie de Crohn, mais l'une ou l'autre de ces solutions contribue à en soulager les symptômes.

La **colite ulcéreuse** s'attaque *seulement* au côlon, ou gros intestin, et à une *seule* couche de tissu intestinal, la muqueuse. La maladie se déclare presque toujours dans la même partie du côlon, le rectum, et *peut* évoluer pour former une inflammation *continue* entre le rectum et le reste du côlon. Règle générale, la colite ulcéreuse se contrôle à l'aide de médicaments. La maladie *peut* être éliminée par l'ablation chirurgicale du côlon, mais par la suite, il arrive que les matières fécales (les selles) doivent être rejetées et recueillies dans un appareil externe (un sac).

Personne ne connaît la cause des MII. Ces maladies ne tiennent pas compte de la race, du sexe ou de l'âge. Les personnes sont le plus souvent diagnostiquées entre 15 et 25 ans, ou entre 45 et 55 ans.

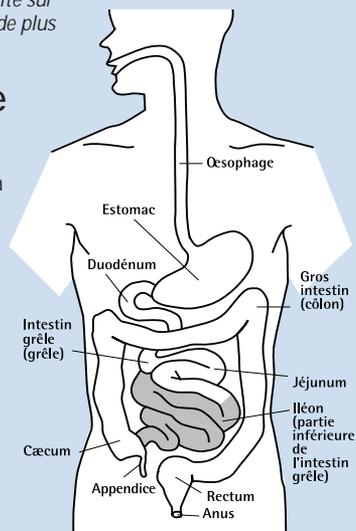
Les MII sont imprévisibles. Beaucoup de personnes souffrent de «récidives» (des crises), puis la maladie semble disparaître. Les périodes calmes, les «rémissions», peuvent durer quelques semaines ou des années. La plupart des gens font des «rechutes» et souffrent de plusieurs crises. La gravité des symptômes de MII varie également. Certaines personnes présentent des symptômes bénins et sont soignées à l'aide d'une association de médicaments et de traitement nutritionnel. D'autres peuvent souffrir de symptômes fréquents et débilissants, prendre des médicaments puissants, être souvent hospitalisées et se faire opérer.

Consultez la brochure de la FCMII intitulée «Toute la vérité sur les maladies inflammatoires de l'intestin» pour obtenir de plus amples renseignements.

Quelles parties de l'organisme sont atteintes ?

Le **système digestif** : Les aliments sont absorbés par la bouche, puis descendent dans l'**œsophage** pour se rendre dans l'**estomac**, qui dilue et mélange les aliments et les transmet à l'**intestin grêle**, ou grêle. L'intestin grêle décompose les aliments. Chaque partie de l'intestin grêle (d'une longueur de six mètres et qui contient le duodénum, le jéjunum et l'iléon) absorbe des nutriments différents. Les résidus passent dans le **gros intestin**, ou **côlon**, d'une longueur approximative de 1,5 mètre, lequel absorbe l'eau, forme les selles et transmet les selles solides au **rectum** en vue de leur élimination par l'**anus**.

Cette brochure n'est distribuée qu'à titre informatif. Il faut toujours consulter son médecin pour obtenir des conseils quant à un traitement médical.



**NOTRE MISSION : TROUVER UN TRAITEMENT CURATIF.
VOUS POUVEZ Y CONTRIBUER. TÉLÉPHONEZ-NOUS.
FONDATION CANADIENNE DES MALADIES INFLAMMATOIRES DE L'INTESTIN
(416) 920-5035 ou 1 800 387-1479**

Les interventions chirurgicales et les maladies inflammatoires de l'intestin

Beaucoup de personnes pensent qu'une intervention chirurgicale représente le traitement de dernier recours. Cette hypothèse est fautive dans le cas des maladies inflammatoires de l'intestin (MII). L'opération correspond à une possibilité de traitement des MII au même titre que les médicaments et le traitement nutritionnel. La chirurgie peut parfois même constituer le *seul* traitement d'un trouble donné.

Environ 75 pour cent des personnes atteintes de la maladie de Crohn et 30 pour cent de celles souffrant d'une colite ulcéreuse subiront une opération à un moment ou à un autre.

La **maladie de Crohn** ne se guérit pas par la chirurgie. L'intervention vise à soulager les symptômes pénibles, à traiter des complications comme les fistules ou un rétrécissement de l'intestin et à améliorer la qualité de vie. Les symptômes peuvent alors disparaître, parfois pendant une longue période, et la personne peut cesser de prendre des médicaments, mais la maladie peut se manifester de nouveau.

Environ 75 pour cent des personnes atteintes de la maladie de Crohn et 30 pour cent de celles souffrant d'une colite ulcéreuse subiront une opération à un moment ou à un autre.

L'opération de la maladie de Crohn peut servir à réparer des dommages comme des abcès et des fistules, à corriger une obstruction (occlusion) de l'intestin ou à faire l'ablation (réséquer) de toute une partie des tissus atteints (enflammés).

La **colite ulcéreuse** se guérit par la chirurgie, qui consiste à faire l'ablation des tissus atteints. Selon le type et l'importance de la chirurgie, la personne devra peut-être recourir à un processus mécanique pour recueillir et éliminer ses matières fécales (excréments).

Les personnes atteintes de la colite ulcéreuse sont beaucoup moins susceptibles de se faire opérer que celles qui souffrent de la maladie de Crohn. Règle générale, on choisira d'abord de contrôler la maladie par des médicaments ou un régime spécial. L'opération est envisagée en cas d'hémorragie massive ou de mégacolon toxique (décrit plus loin), lorsque les médicaments n'agissent pas ou lorsque la muqueuse intestinale devient précancéreuse ou cancéreuse.

Un guide des termes chirurgicaux

Le suffixe «-ectomie» signifie «ablation».

- La colectomie totale, ou proctocolectomie, désigne l'extraction de tout le côlon (gros intestin, rectum et anus).
- La colectomie partielle désigne l'ablation du côlon, mais non du rectum et de l'anus.
- La proctectomie désigne l'extraction du rectum *seulement*.

Une intervention dont l'appellation se termine par «-stomie» désigne une opération qui relie un organe creux à la surface de la peau. Lorsqu'une partie de l'intestin est extraite et que les deux extrémités coupées sont réunies, l'abouchement chirurgical ainsi créé se nomme «anastomose».

Après la plupart des stomies (sauf l'iléostomie de Kock), la personne opérée doit porter un appareil externe pour recueillir et éliminer les excréments. D'ordinaire, celui-ci se compose d'un sac de plastique spécial placé sur l'ouverture chirurgicale (la stomie) et fixé à un anneau de plastique maintenu à la peau par une pâte adhésive.

Après la plupart des stomies, la personne opérée doit porter un appareil externe pour recueillir et éliminer les excréments.

Dans le cas de l'iléostomie, l'iléon (la partie inférieure de l'intestin grêle, qui mène au côlon) est dévié vers le côté inférieur droit de l'abdomen, directement à la surface de la peau. Un appareil est ensuite placé sur la stomie pour recueillir les excréments liquides. La personne ne peut contrôler l'élimination, mais peut décider du moment de

vider son appareil, de trois à quatre fois par jour seulement.

Pour ce qui est de la colostomie, on procède à l'ablation d'une partie du côlon, et le reste est dévié vers le côté inférieur gauche de l'abdomen, directement à la surface de la peau. Un appareil est installé sur la stomie pour recueillir les selles solides et est vidé au besoin. Certaines personnes sont capables d'irriguer (laver) leur colostomie et de régulariser la vidange des matières fécales au point de ne pas avoir besoin d'appareil.

Des variations récentes aux interventions chirurgicales, comme la technique de la poche pelvienne, évitent le port d'un appareil externe.

Les opérations de la maladie de Crohn

Les formes de maladie de Crohn les plus courantes sont l'iléite (maladie de Crohn de l'intestin grêle) et l'iléocolite (maladie de Crohn de l'iléon et du côlon).

L'opération des abcès et des fistules : Chez environ une personne atteinte sur quatre, la maladie de Crohn touche l'anus. C'est ce qu'on appelle une maladie périanale, laquelle provoque des abcès et des fistules. Ceux-ci ne s'observent pas dans les cas de colite ulcéreuse.

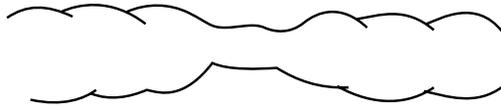
Les abcès et les fistules se développent lorsqu'une lésion microscopique se forme sur la muqueuse intestinale, ce qui permet à l'infection de s'étendre. Un abcès peut prendre la forme d'un furoncle ressemblant à un clou, qui peut grossir et devenir très douloureux. On pratique alors une incision (ou coupure chirurgicale) de l'abcès afin de permettre l'écoulement du liquide qu'il renferme. Une fistule rectale est une ouverture (passage) anormale entre le rectum et la peau (fistule externe) ou entre le rectum et un organe, comme la vessie ou le vagin (fistule interne). La chirurgie permet alors de vidanger le liquide infecté et de fermer ce passage.

L'opération d'une occlusion de l'intestin grêle : L'intervention la plus courante pour la maladie de Crohn consiste à corriger une occlusion (obstruction) de l'intestin grêle. L'occlusion se produit parce que, en raison de l'évolution de la maladie, l'inflammation épaissit la paroi de l'intestin grêle. Peu à peu, l'intérieur de l'intestin devient tellement étroit que les matières alimentaires ne passent plus. Ce rétrécissement se nomme «sténose». On peut corriger la sténose par une «sténoplastie» ou par une «résection».

En cas de sténoplastie, la région rétrécie de l'intestin est ouverte et élargie. D'ordinaire, une sténose ne se reforme pas au même endroit. La sténoplastie est privilégiée, car elle n'exige pas l'ablation d'une partie de l'intestin grêle.

STÉNOPLASTIE

1. Région rétrécie de l'intestin



2. Ouverture de la sténose



3. Rapprochement et suture



En cas de résection, on procède à l'ablation de la région atteinte, et les sections de tissu sain sont abouchées.

Les chirurgiens tentent d'éviter de raccourcir l'iléon à cause du risque de syndrome de l'intestin court. L'iléon digère et absorbe les matières grasses, et une résection iléale supprime une partie de la surface absorbante. Le syndrome de l'intestin court survient lorsqu'il n'y a plus assez de tissus pour absorber les nutriments contenus dans les aliments et se manifeste, entre autres, par une diarrhée chronique. La personne doit compenser en mangeant moins de matières grasses et en prenant des médicaments.

Quant aux interventions sur les autres parties de l'intestin grêle, on procède habituellement à une résection dans le cas du jéjunum, car l'iléon réussit à en assumer les fonctions d'absorption des nutriments même après une résection importante. Comme le duodénum ne mesure que quelques centimètres, il est difficile d'effectuer une résection ou une sténoplastie. Les chirurgiens préfèrent exécuter une gastrojéjunostomie, une dérivation qui consiste à relier le jéjunum à l'estomac.

Les opérations communes à la colite de Crohn et à la colite ulcéreuse (MII du côlon)

Puisque les aliments et les autres nutriments sont absorbés dans l'intestin grêle, il est possible de vivre sans côlon.

Cependant, lorsque l'intervention consiste à procéder à l'ablation du côlon, il faut changer le mode d'entreposage et d'élimination des matières fécales. On doit parfois utiliser des appareils internes ou externes. Les interventions les plus courantes sont :

LA PROCTOCOLECTOMIE TOTALE ET L'ILÉOSTOMIE

Il s'agit de l'intervention standard, la plus ancienne, laquelle se divise en fait en deux opérations. La proctocolectomie totale consiste à faire l'ablation de tout le gros intestin, côlon, rectum et anus compris. (Il arrive que cette intervention soit exécutée en deux étapes. On commence alors par extraire le côlon puis, plus tard, le rectum.) L'intestin grêle s'ajuste au fil du temps et finit par assumer la plupart des fonctions du gros intestin. L'iléostomie est exécutée pour permettre l'élimination des matières fécales par l'iléon. L'«iléostomie conventionnelle» désigne l'abouchement de l'iléon à la peau au moyen d'une stomie. Un appareil est fixé sur l'ouverture pour recueillir les matières fécales. La personne est incontinente (elle ne peut contrôler l'évacuation des excréments). Cependant, elle peut vider l'appareil au moment qui lui convient, en général de trois à quatre fois par jour.

Lorsque l'intervention consiste à procéder à l'ablation du côlon, il faut changer le mode d'entreposage et d'élimination des matières fécales.

LA COLECTOMIE AVEC ANASTOMOSE ILÉORECTALE

Si le rectum est encore en assez bon état, il n'est pas toujours nécessaire de procéder à une proctocolectomie totale, qui consiste à faire l'ablation du côlon, du rectum et de l'anus. La solution de rechange, la colectomie avec anastomose iléorectale, se limite à l'ablation du côlon (la seule partie atteinte), et non du rectum et de l'anus, et à l'abouchement de l'iléon au rectum. Les matières fécales sont évacuées normalement. Environ cinq pour cent des cas sont admissibles à cette intervention. Cependant, il existe un risque de récurrence dans le rectum restant. Si le rectum devient gravement atteint, il faudra peut-être recourir à une iléostomie conventionnelle.

Les opérations de la colite ulcéreuse

L'OPÉRATION DU MÉGACOLON TOXIQUE ET DES PERFORATIONS

Le mégacolon toxique est une complication possible de la maladie de Crohn, mais il est plus courant dans les cas de colite ulcéreuse. Le mégacolon toxique de la colite ulcéreuse peut parfois être fatal s'il se produit en même temps qu'une perforation. En cas de mégacolon toxique, la paroi musculaire du côlon se dilate ou devient presque paralysée. Les bactéries et les gaz s'accumulent dans le côlon. Une perforation est un trou qui se développe dans le côlon et est l'une des graves complications du mégacolon toxique. Le contenu de l'intestin qui, dans le cas d'un côlon paralysé, comprend des bactéries accumulées, des matières fécales et des gaz, s'échappe dans la cavité abdominale et provoque une péritonite (inflammation de la paroi abdominale).

Le mégacolon toxique de la colite ulcéreuse peut parfois être fatal s'il se produit en même temps qu'une perforation.

Le mégacolon toxique réagit parfois à la pharmacothérapie, mais il faut souvent procéder à une opération si les patients ne réagissent pas rapidement aux médicaments ou si on soupçonne la présence d'une perforation. Dans ce cas, on opte pour une intervention chirurgicale, sous forme de colectomie partielle et d'iléostomie.

- Pendant la colectomie partielle, on procède à l'ablation du côlon, mais pas du rectum.
- Pendant l'iléostomie, l'iléon est relié à la paroi abdominale pour former une stomie. Les matières fécales ne passent plus de l'iléon au côlon, mais sont déviées vers l'extrémité de l'iléon, lequel est abouché à la peau. Les matières fécales sont recueillies dans un appareil.
- On remarque parfois la formation d'une fistulisation de la muqueuse, une ouverture créée entre le rectum et la peau. Les écoulements de mucus et de sang du rectum pouvant être dommageables peuvent ainsi être recueillis dans un sac plutôt que se répandre dans l'abdomen.

L'ILÉOSTOMIE CONTINENTE (OU ILÉOSTOMIE DE KOCK)

L'intervention la plus courante de la colite ulcéreuse est la proctocolectomie totale accompagnée d'une iléostomie. Cette opération consiste à procéder à l'ablation du côlon, rectum y compris, et à dévier les matières fécales dans l'iléon et la paroi abdominale. Elle comporte toutefois des inconvénients. En effet, la personne opérée doit porter un sac artificiel externe pour recueillir ses excréments. En outre, il lui est impossible de contrôler l'évacuation des excréments, même si elle peut vider le sac au moment qui lui convient.

L'iléostomie de Kock résout ces deux problèmes. Au lieu de prévoir un appareil externe, le chirurgien crée une «poche» (réservoir) interne fabriquée à partir de l'iléon. La personne opérée peut donc contrôler la vidange du réservoir. Une soupape unidirectionnelle et étanche en forme de nombril est formée à l'ouverture de la poche, sur la peau de l'abdomen. La personne n'a qu'à insérer un tube dans la soupape et à se pencher au-dessus de la cuvette pour vider la poche.

L'iléostomie de Kock s'est raffinée grâce à des interventions encore plus novatrices qui éliminent le recours à des appareils externes et permettent une évacuation «normale».

Bien qu'on procède encore à une iléostomie de Kock chez les patients qui ont déjà subi une proctocolectomie totale et une iléostomie ou dont les muscles anaux sont endommagés, ce type d'iléostomie est généralement remplacé par des opérations plus novatrices, qui éliminent le recours à des appareils externes et permettent une évacuation «normale».

L'iléostomie de Kock et les autres techniques qui créent un «faux rectum» au moyen de l'iléon ne sont *pas* pratiquées chez les personnes atteintes de la maladie de Crohn parce

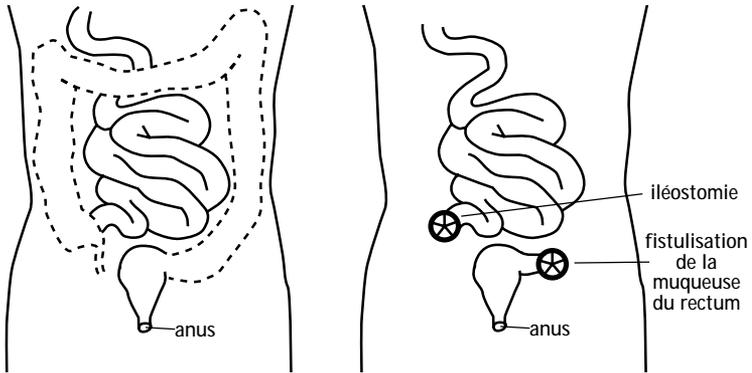
qu'il faut préserver la plus grande partie possible de l'iléon, qui absorbe les nutriments. Les personnes atteintes de la maladie de Crohn qui subissent une intervention leur laissant moins de 60 centimètres d'iléon risquent en effet de développer le syndrome de l'intestin court (incapacité d'absorber assez de nutriments des aliments sans recourir à des suppléments).

LA POCHE PELVIENNE (PROCTOCOLECTOMIE RESTAURATRICE AVEC ANASTOMOSE ILÉOANALE)

La technique de la poche pelvienne découle de l'iléostomie de Kock et représente l'intervention de prédilection pour de nombreuses personnes devant être opérées de la colite ulcéreuse. Cette intervention consiste à extraire la totalité du côlon et du rectum, à l'exception des un ou deux derniers centimètres, pour préserver les muscles anaux. Un réservoir, ou poche, est créé dans le pelvis, et l'extrémité de l'iléon est abouchée à l'anus. Elle évite le port d'un appareil externe, et la personne peut éliminer «normalement», quoique souvent.

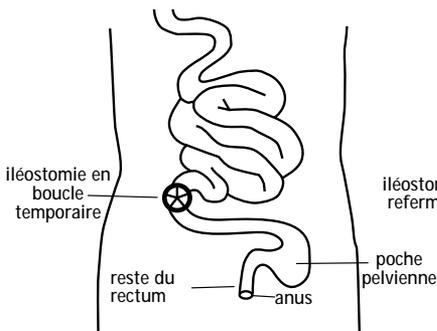
Règle générale, l'intervention s'exécute en trois étapes, séparées par plusieurs mois de guérison afin d'améliorer les résultats définitifs :

Première étape

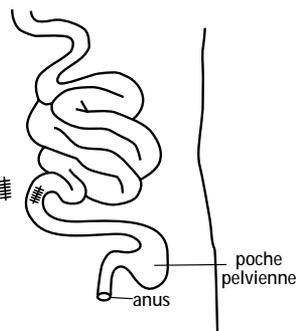


- Au cours de la première étape, on procède à l'ablation du côlon, mais pas du rectum ou de l'anus. On effectue une iléostomie temporaire, qui consiste à aboucher l'iléon à la peau sur laquelle on fixe un appareil externe pour recueillir et entreposer les matières fécales. Le rectum est aussi abouché à la peau (fistulisation de la muqueuse) afin de permettre l'évacuation de gaz au potentiel néfaste.
- La deuxième étape consiste à faire l'ablation de la plus grande partie du rectum, à construire la poche pelvienne (avec du tissu de l'iléon) et à aboucher l'iléon à l'anus. Afin de permettre la guérison de la poche et de l'abouchement, une autre iléostomie temporaire (iléostomie en boucle) est créée afin d'éviter que les matières fécales n'atteignent la nouvelle poche.
- La troisième étape est une opération simple qui consiste à fermer l'iléostomie temporaire. La personne peut alors commencer à évacuer ses excréments de manière «normale».

Deuxième étape



Troisième étape



Parfois, selon le chirurgien et l'état du patient, l'une des trois interventions peut être omise. Au cours de la première des deux opérations, le côlon et le rectum sont extraits, la poche est construite et une iléostomie en boucle est exécutée. Il ne reste alors qu'à fermer l'iléostomie au cours d'une deuxième opération.

La personne qui a subi cette intervention peut passer de huit à dix selles par jour, mais ce nombre peut chuter à quatre ou cinq. Elle peut mieux contrôler ses intestins et ne ressent presque pas d'urgence.

En général, la technique de la poche pelvienne n'est pas pratiquée chez les personnes de plus de 60 ans, car les muscles anaux ne sont pas en aussi bon état que chez les patients plus jeunes.

La technique de la poche pelvienne donne de meilleurs résultats chez les personnes de 20 à 40 ans, car leur sphincter anal (qui contrôle la continence) est vigoureux.

Il est peu probable que cette intervention soit effectuée sur une personne très malade ou très faible, qui prend de fortes doses de médicaments, qui présente un déséquilibre nutritionnel ou qui souffre d'infections autour de l'anus.

À l'instar de l'iléostomie de Kock, cette technique ne constitue pas un traitement contre la maladie de Crohn, car la poche est fabriquée de 30 centimètres d'iléon. Si la maladie de Crohn se déclarait dans une poche, il faudrait procéder à l'ablation de la poche entière (non seulement

de la portion atteinte, mais aussi des tissus sains). Aucune personne atteinte de la maladie de Crohn ne devrait se voir forcée de sacrifier des tissus sains de son intestin grêle.

La poche pelvienne est une intervention délicate, difficile et complexe et plus susceptible de provoquer des complications que les iléostomies conventionnelles.

La pochite et d'autres complications de la poche pelvienne : Dans certains cas, la poche pelvienne peut s'enflammer, et le patient présenter des symptômes de diarrhée, de fièvre et de douleurs abdominales. C'est ce qu'on appelle l'inflammation du réservoir iléal, ou pochite. En général, des antibiotiques et d'autres traitements règlent ce problème. Dans de rares cas, les patients souffrent de pochite chronique.

D'autres effets secondaires ou complications incluent des selles fréquentes, une occlusion accompagnée d'un ballonnement abdominal, l'incontinence, des suintements ou une infection périanale.

On est parfois forcé de mettre fin à des crises fréquentes de pochite et à d'autres complications par l'ablation de la poche et la formation d'une iléostomie conventionnelle ou d'une iléostomie continente.

Le risque de cancer

Il n'existe pas de statistiques exactes sur les risques de cancer chez les personnes atteintes d'une MII. Le risque de cancer du côlon semble légèrement accru chez les personnes atteintes de la maladie de Crohn. Les personnes qui souffrent de colite ulcéreuse depuis plus de dix ans présentent un risque de cancer du côlon légèrement supérieur à la moyenne. Par la suite, ce risque augmente un peu plus chaque année.

Le risque de récurrence de la MII

L'intervention chirurgicale guérit la colite ulcéreuse par l'ablation de tous les tissus atteints. Quant à l'opération de la maladie de Crohn, elle soulage les symptômes.

L'extraction de la totalité du côlon et du rectum (une proctocolectomie totale) guérit la colite ulcéreuse, car tous les tissus atteints sont alors enlevés. Quant à l'opération de la maladie de Crohn, elle soulage les symptômes. Le taux de récurrence de maladie de Crohn varie selon la partie de l'intestin atteinte, mais environ 50 pour cent des patients auront souffert d'une récurrence dans un délai de cinq ans. Si la maladie touche l'intestin grêle et le côlon ou se limite à l'intestin grêle, le taux de récurrence est légèrement supérieur que si elle est circonscrite au côlon. Le risque de récurrence de la MII peut diminuer grâce à la prise de médicaments.

La vie avant et après l'intervention chirurgicale

Le counseling et le soutien : Chaque membre de l'équipe médicale (soit le chirurgien, le gastroentérologue, l'infirmière, le diététiste, le thérapeute et d'autres) contribue à soutenir la personne qui affronte une opération. Le stomothérapeute joue un rôle essentiel dans l'éducation et le counseling du patient tant avant qu'après la stomie. Ce spécialiste apprend à l'individu à utiliser et à entretenir les appareils à insérer ou à fixer dans la stomie et offre du counseling sur les moyens de s'ajuster à sa nouvelle vie.

La digestion : La chirurgie peut imposer des modifications alimentaires. Dans le cas de la maladie de Crohn, il arrive qu'on procède à l'ablation des parties atteintes de l'iléon. Si on a retiré plus d'un mètre de l'iléon, il reste beaucoup moins de tissus absorbants pour assimiler les nutriments. L'organisme aura alors du mal à absorber la vitamine B₁₂ et les sels biliaires. Pour compenser, certaines personnes devront recevoir des injections régulières de vitamine B₁₂.

Les personnes qui ont une iléostomie de Kock devront peut-être éviter certains aliments «indigestes» comme les graines. Les personnes qui n'ont plus d'iléon se verront peut-être obligées d'adopter un régime à faible teneur en matières grasses et de prendre des suppléments alimentaires et des vitamines. Pour obtenir plus de détails à ce sujet, consultez les brochures de la FCMII intitulées *Les médicaments contre les maladies inflammatoires de l'intestin et L'alimentation et les maladies inflammatoires de l'intestin*.

Les calculs rénaux : Il n'est pas rare que des calculs rénaux se forment après l'ablation d'au moins un mètre de l'iléon. Le foie produit les sels biliaires, qui aident l'intestin à digérer les matières grasses; ces sels sont ensuite réabsorbés par l'iléon. En cas d'ablation chirurgicale de l'iléon, le foie continue à fabriquer des sels biliaires, mais il reste moins de tissu absorbant pour «assimiler» les sels biliaires et, par conséquent, les matières grasses. Ces matières grasses excédentaires provoquent une absorption accrue des oxalates (une substance contenue dans de nombreux aliments) et favorisent la formation de calculs rénaux (oxalate de calcium).

Il n'est pas rare que des calculs rénaux se forment après l'ablation d'au moins un mètre de l'iléon.

Un régime à faible teneur en oxalates peut être prescrit aux personnes qui ont subi une chirurgie iléale importante. Il faudra peut-être éviter les aliments à forte teneur en oxalates comme les haricots, la bière, le chocolat, le cacao, les boissons au cola, le café instantané, le jus de canneberge, le ketchup, la rhubarbe, le persil, les épinards et le thé.

La personne qui a subi une iléostomie évacue plus de liquides que ce que contiennent normalement les matières fécales. Si elle ne consomme pas assez de liquides, elle produit moins d'urine et risque de développer des calculs uriques. Elle doit donc absolument éviter la déshydratation et boire beaucoup d'eau ou d'autres liquides (de deux à trois litres par jour).

On peut également prescrire des médicaments pour prévenir les calculs rénaux.

La sexualité et la grossesse : Comme c'est le cas après toutes les chirurgies graves, les personnes qui ont subi une opération de la colite ulcéreuse ou de la maladie de Crohn doivent éviter les activités fatigantes, relations sexuelles y compris, pendant plusieurs semaines après l'intervention.

L'opération peut consister à remplacer l'intestin atteint ou à y suppléer par des «appareils» externes qui servent à recueillir et à entreposer les matières fécales. Ces appareils sont reliés à l'intestin grâce à une stomie (ouverture) chirurgicale sur la peau de l'abdomen. Le port d'un appareil ne nuit pas à la fonction sexuelle et ne limite pas les activités sexuelles, mais dans un premier temps, il peut être embarrassant. Un stomothérapeute peut aider et conseiller les patients à ce sujet.

Dans de très rares cas, les personnes qui ont subi une intervention sur le rectum ou l'anus peuvent présenter des troubles de la fonction sexuelle.

Dans de très rares cas, les personnes qui ont subi une intervention sur le rectum ou l'anus peuvent présenter des troubles de la fonction sexuelle. Les hommes peuvent devenir impuissants ou éprouver des difficultés d'éjaculation, tandis que les femmes peuvent ressentir des douleurs pendant les relations sexuelles. Les femmes qui se sont déjà fait opérer peuvent devenir enceintes et accoucher par voie naturelle. Certaines femmes présentent des

adhérences (des tissus fibreux) aux trompes de Fallope et aux ovaires après une opération, ce qui peut rendre la conception difficile, mais non impossible. Autrement, les risques ne sont pas plus élevés que chez les femmes en santé.

Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, consultez la brochure de la FCMII intitulée «La sexualité, la fertilité, la grossesse et les maladies inflammatoires de l'intestin».

Notes :

Ensemble, nous pouvons trouver un traitement curatif

La Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin (FCMII) est un organisme bénévole sans but lucratif de recherche médicale. Sa mission : trouver un traitement curatif à la maladie de Crohn et à la colite ulcéreuse. Pour y parvenir, la FCMII s'engage, d'abord et avant tout, à recueillir des fonds pour la recherche médicale. La FCMII juge également important de sensibiliser toutes les personnes atteintes d'une maladie inflammatoire de l'intestin à l'existence de la Fondation et d'éduquer ces personnes, leur famille, les professionnels de la santé et le grand public au sujet de ces maladies.

OUI ! Je soutiens la recherche d'un traitement curatif aux maladies inflammatoires de l'intestin. Je vous envoie immédiatement un don déductible d'impôt au montant de :

35 \$ 50 \$ 100 \$ Autre : _____ \$

Je préfère payer par : chèque MasterCard
 VISA AMEX

Numéro de carte : _____ Date d'expiration : _____

Signature : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Veillez me faire parvenir des renseignements au sujet :

- d'une contribution mensuelle à la recherche d'un traitement curatif (programme de bienfaiteur de la recherche);
- des possibilités de faire don à la Fondation de mon temps et de mes compétences;
- de l'inclusion de la FCMII dans mon testament;
- de l'adhésion à la FCMII.
- I wish to receive material in English.

Veillez libeller le chèque à l'ordre de la Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin et faire parvenir votre chèque, accompagné de ce formulaire, au bureau national de la FCMII situé au 60, av. St. Clair Est, bureau 600, Toronto (Ontario) M4T 1N5. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des activités dans votre région, prenez contact avec votre bureau régional, dont l'adresse figure au dos de cette page.

Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin

BUREAU NATIONAL

60, avenue St. Clair Est, bureau 600
Toronto (Ontario) M4T 1N5
Téléphone : (416) 920-5035 ou 1 800 387-1479
Télécopieur : (416) 929-0364
Site Web : www.cffc.ca Courriel : ccfc@ccfc.ca

BUREAUX RÉGIONAUX

Colombie-Britannique et Yukon
Téléphone : (604) 685-1844

Alberta, Territoires-du-Nord-Ouest et Nunavut
Téléphone : (403) 569-8477

Manitoba et Saskatchewan
Téléphone : (204) 231-2115

Ontario
Téléphone : (416) 920-5055

Québec
Téléphone : (514) 342-0666

Maritimes
Téléphone : (902) 422-8137

Terre-Neuve et Labrador
Téléphone : (709) 579-3700

RENSEIGNEMENTS LOCAUX

COMMANDITAIRES

PLATINE



ARGENT

Imodium



AstraZeneca

