

Comprendre

le Syndrome de résection antérieure basse



Ce message est pour vous et votre famille

Ce livret expliquera ce qu'est le **Syndrome de résection antérieure basse**. Mieux vous comprendrez **ce syndrome**, plus vous serez en mesure de participer activement à votre traitement. Nous voulons vous aider à avoir un meilleur contrôle sur **votre syndrome**. Cela devrait rendre votre vie quotidienne moins stressante et améliorer votre confort.

Partagez ce livret avec les membres de votre famille et les proches aidants. Il est important qu'ils comprennent ce à quoi s'attendre et comment ils peuvent vous aider à gérer vos symptômes.

**Votre équipe de soins
en Syndrome de résection
antérieure basse**

Bienvenue à ce livret éducatif sur le **Syndrome de résection antérieure basse**.

Nous avons conçu ce livret pour vous parce que vous avez subi une chirurgie suite à un cancer du rectum. Votre façon d'aller aux toilettes a probablement beaucoup changé. Les symptômes que vous pourriez ressentir suite à cette chirurgie font partie de ce qu'on appelle le **Syndrome de résection antérieure basse**.

Nous voulons vous aider à apprendre comment gérer ces symptômes. Ce livret a été écrit par des chirurgiens, infirmières, physiothérapeutes spécialisés dans le cancer colorectal. Nous avons également demandé à des patients qui ont subi une chirurgie du cancer du rectum de réviser ce guide. Ils nous ont fait part de leurs expériences et nous ont ainsi aidés à améliorer ce livret qui vous est destiné.

Nous passerons en revue la chirurgie du cancer du rectum, ce qu'est le **Syndrome de résection antérieure basse**, pourquoi **ce syndrome** survient et, surtout, comment gérer au mieux **ce syndrome**. Vous pouvez consulter les chapitres ci-dessous pour avoir un aperçu complet de ce qu'est le **Syndrome de résection antérieure basse** ou aller directement aux chapitres qui se rapportent aux questions que vous vous posez.

Nous avons inclus une liste de certaines des références que nous avons consultées pour que vous puissiez comprendre d'où nous tenons nos toutes dernières connaissances. Vous trouverez également un lien à des ressources en santé en ligne qui sont destinées aux patients. Ainsi, vous pourrez voir ce que d'autres personnes disent sur la façon dont elles gèrent **leur syndrome**.

Il est important de rappeler que vous pourriez, ou pas, avoir les symptômes énumérés dans ce livret. Mais il est préférable de savoir comment les gérer. De cette façon, s'ils se manifestent, ce sera moins stressant.

Ce livret n'est pas une ordonnance ! Il ne remplace en aucun cas une consultation avec un médecin, une infirmière ou un physiothérapeute ! Il devrait plutôt être considéré comme un outil pour alimenter les discussions que vous avez avec votre spécialiste colorectal. Parlez-nous si vous avez des questions ou des préoccupations.

Nous serons à vos côtés à chaque étape.

Table des matières

- 1 **Introduction**
- 2 **Chirurgie du cancer du rectum**
 - 2 Qu'est-ce que le rectum ?
 - 3 Qu'est-ce que le cancer du rectum ?
 - 4 Comment le cancer du rectum est-il traité ?
 - 5 **En résumé**
- 6 **Qu'est-ce que le Syndrome de résection antérieure basse ?**
 - 6 Qu'est-ce que ce syndrome ?
 - 6 Symptômes du syndrome
 - 8 **En résumé**
- 9 **Questions fréquentes au sujet du Syndrome de résection antérieure basse**
 - 9 Pourquoi ce syndrome survient-il ?
 - 11 Qui peut être affecté par ce syndrome ?
 - 13 Quelle est la fréquence de ce syndrome ?
 - 13 Comment ce syndrome est-il diagnostiqué ?
 - 13 Combien de temps dureront mes symptômes ?
 - 14 **En résumé**
- 15 **Aperçu des options de traitement**
 - 15 Un mot au sujet du traitement du Syndrome de résection antérieure basse
 - 15 Que pouvez-vous faire pour gérer votre syndrome ?
 - 16 **En résumé**
- 17 **Ralentir le transit colique**
 - 17 Consistance des selles
 - 18 Changements des habitudes alimentaires
 - 20 **En résumé**
 - 21 Médicaments
 - 22 **En résumé**
 - 23 Agents gonflants des selles
 - 24 **En résumé**

- 25 **Améliorer votre capacité à « vous retenir »**
 - 25 Exercices du plancher pelvien
 - 26 Biofeedback du plancher pelvien
 - 27 **En résumé**

- 28 **Améliorer votre capacité à évacuer complètement vos selles**
 - 28 Habitudes intestinales saines
 - 29 Irrigation rectale et lavements
 - 30 **En résumé**

- 31 **Gérer la situation présente**
 - 31 Soins de la peau périnéale
 - 33 **En résumé**
 - 34 Stratégies d'autogestion
 - 35 **En résumé**

- 36 **Options chirurgicales pour traiter ce syndrome**
 - 36 Quand envisager ces options ?
 - 36 Neuromodulation
 - 37 Stomie permanente
 - 38 **En résumé**

- 39 **Quelques observations pour terminer**

- 40 **Liste des références et autres documents**
 - 40 Références
 - 41 Documents à l'intention des patients

- 42 **Services de soutien**

- 43 **Journaux**

INTRODUCTION

Qu'est-ce que le Syndrome de résection antérieure basse ?

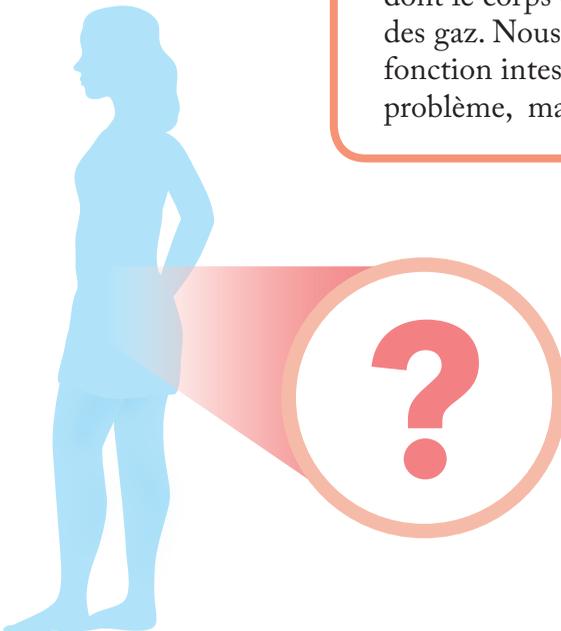
Si vous avez subi une chirurgie suite à un cancer du rectum, votre façon d'aller aux toilettes a probablement beaucoup changée. Les symptômes que vous pourriez ressentir suite à cette chirurgie font partie de ce qu'on appelle **le Syndrome de résection antérieure basse**.

Ce syndrome fait référence aux changements dans la fonction intestinale après une Résection antérieure basse.

Qu'entendons-nous par fonction intestinale ?

La fonction intestinale fait référence à la façon dont le corps contrôle le passage des selles et des gaz. Nous tenons souvent pour acquis cette fonction intestinale jusqu'à ce qu'il y ait un problème, mais c'est un processus complexe.

Avant d'aborder plus en détail ce qu'est **ce syndrome**, commençons par explorer les changements qui sont survenus dans votre corps suite à votre chirurgie.

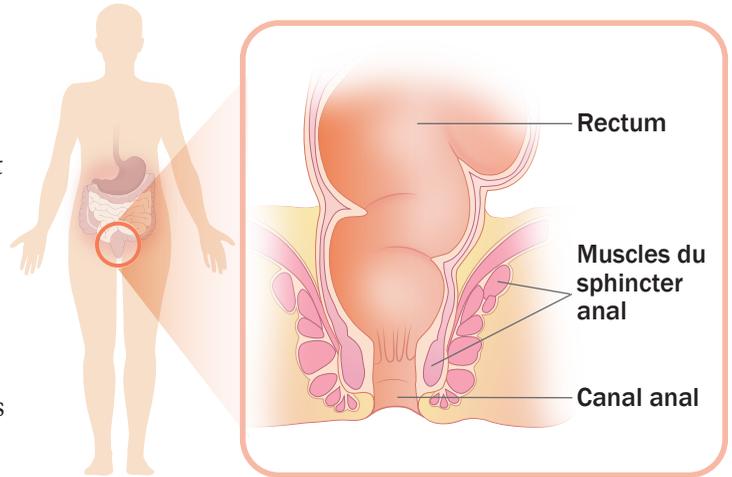


CHIRURGIE DU CANCER DU RECTUM

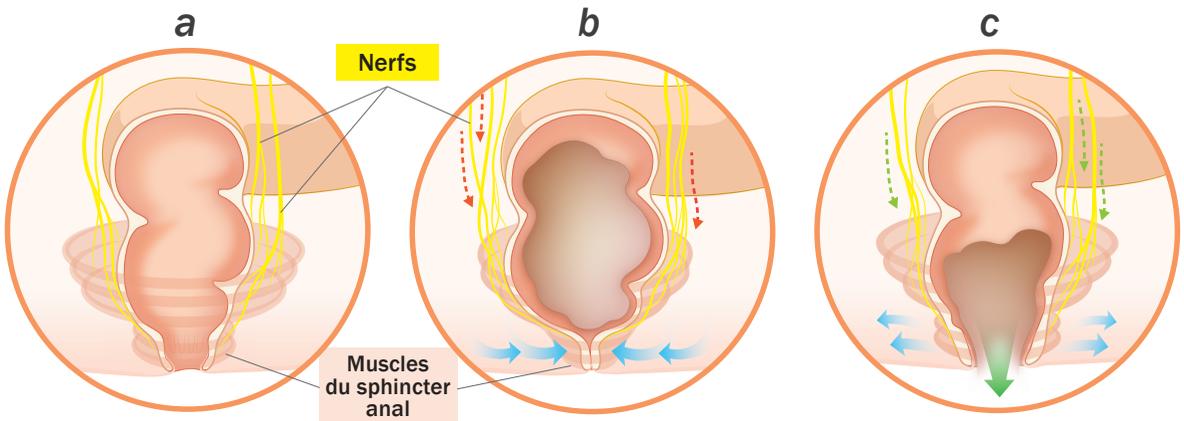
Qu'est-ce que le rectum ?

Le rectum est la dernière partie du tube digestif qui se termine à l'anus, l'ouverture où les selles sont évacuées. Son rôle principal est d'emmagasiner les selles.

Le rectum est entouré de muscles appelés **muscles du sphincter anal**. Ces muscles se contractent pour nous aider à retenir nos selles (b) et se relâchent quand nous évacuons nos selles (c).



C'est ce qui nous permet d'avoir un contrôle sur **l'évacuation des selles**.



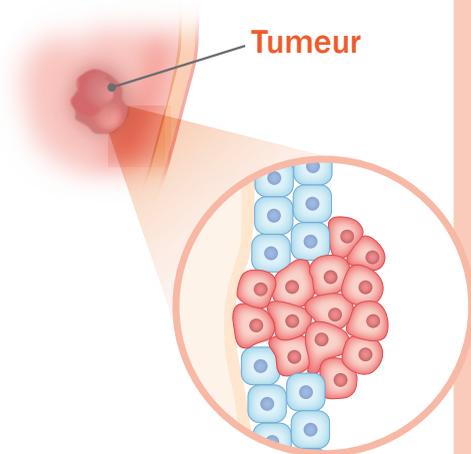
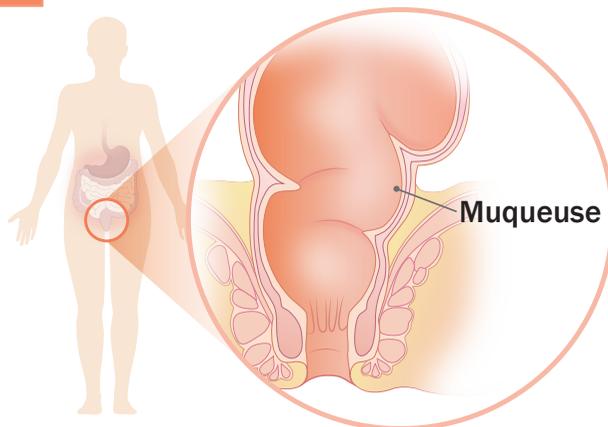
Il y a aussi **des nerfs** qui contrôlent la capacité du rectum à s'étirer et qui contrôlent les muscles du sphincter anal. Ces nerfs jouent un rôle important dans le bon fonctionnement du rectum.

Le rectum s'étire beaucoup, ce qui lui permet d'emmagasiner beaucoup de selles avant que nous ne décidions de les évacuer.

Qu'est-ce que le cancer du rectum ?

Les cellules sont les unités de base qui constituent les tissus et les organes de votre corps tout comme des briques peuvent constituer une maison.

Quand une cellule vieillit ou est endommagée, soit votre corps répare la cellule, ou il s'en débarrasse et une nouvelle cellule la remplace. Ce processus de réparation des cellules et de croissance est très régulé et contrôlé.



Quelquefois, le processus *n'est pas* bien contrôlé. Si cela se produit, les cellules endommagées du rectum s'agglutinent pour former un polype. Un polype est une masse bénigne (non cancéreuse) dans le rectum.

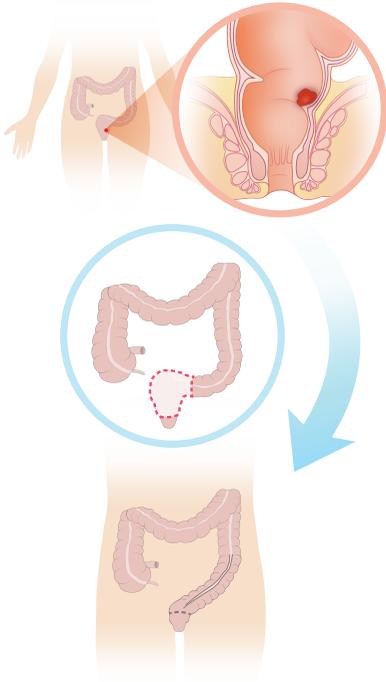
Avec le temps, les cellules dans le polype deviennent anormales. Ces cellules sont alors considérées comme malignes (cancéreuses).

Quand les cellules sont cancéreuses, la masse ne s'appelle plus un polype, mais **un cancer**.

Comment le cancer du rectum est-il traité ?

Généralement, le cancer du rectum est traité par une chirurgie. Le chirurgien enlève une partie du rectum ou le rectum en entier. Avant de procéder à la chirurgie, **la radiothérapie** est parfois utilisée. Ceci est pour essayer de réduire la taille de la tumeur et diminuer ainsi les probabilités que la tumeur revienne après la chirurgie.

Il y a deux types de chirurgie :



1. La Résection antérieure basse

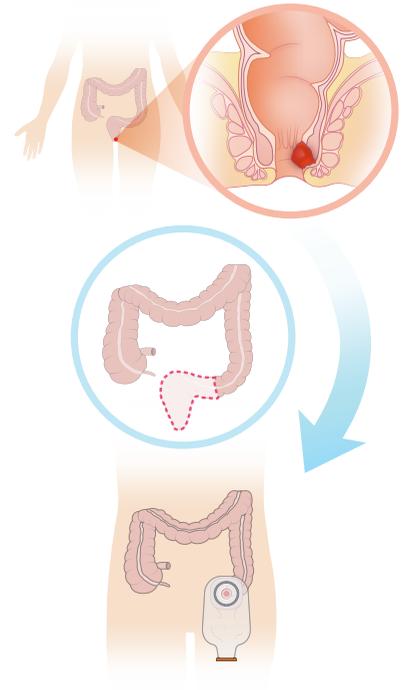
Si le cancer n'affecte pas les muscles du sphincter anal, le chirurgien n'enlève pas ces muscles. Le côlon qui est au-dessus peut être relié à la partie basse du rectum ou à l'anus. De cette façon, vous pourrez évacuer les selles par l'anus.

Cette chirurgie s'appelle une **Résection antérieure basse**. Certains patients peuvent avoir une stomie temporaire (« sac »), connue sous le nom d'une « iléostomie ». Mais le « sac » est généralement enlevé plus tard.

2. La Résection abdominopérinéale

Si le cancer affecte les muscles du sphincter anal, le chirurgien enlève ces muscles avec le rectum. Privés des muscles du sphincter, nous n'avons pas de contrôle sur l'évacuation des selles. La solution est de créer une stomie permanente, connue sous le nom de « colostomie ».

Cette chirurgie s'appelle une **Résection abdominopérinéale**.



En résumé

- Le rectum est la dernière partie du tube digestif avant l'anus.
- Généralement, le cancer du rectum est traité par une chirurgie, et parfois la radiothérapie.
- Il y a deux types de chirurgie :
 1. La Résection abdominopérinéale : Les patients auront une stomie permanente après la chirurgie.
 2. La Résection antérieure basse : Les patients auront une nouvelle connexion pour que les selles soient évacuées par l'anus.
- Le reste de ce livret se concentrera sur les patients qui ont une Résection antérieure basse. Le prochain chapitre expliquera ce qu'est le **Syndrome de résection antérieure basse** et quels types de symptômes peuvent en résulter.

QU'EST-CE QUE LE SYNDROME DE RÉSECTION ANTÉRIEURE BASSE ?

Vous souvenez-vous des explications à propos de cette chirurgie qui s'appelle la Résection antérieure basse dans le chapitre précédent ?

Après avoir eu une Résection antérieure basse, votre façon d'aller aux toilettes changera. Le **Syndrome de résection antérieure basse** fait référence à certains de ces changements.

Symptômes du syndrome



Fréquence

Ce qui veut dire que vous allez souvent aux toilettes. Étant donné que chacun est différent, quand nous disons « fréquent », nous voulons dire plus souvent que la normale dans votre cas.

Besoin pressant

Ce qui veut dire que lorsque vous avez envie d'aller aux toilettes, vous avez besoin d'y aller **rapidement**. Le besoin est soudain et vous n'avez pas beaucoup de temps pour arriver aux toilettes.



Incontinence aux selles liquides

Il s'agit d'une fuite accidentelle de selles liquides.

Symptômes du syndrome

Incontinence aux gaz

Il s'agit d'un passage accidentel de gaz.



Fractionnement

Cela veut dire que vous devez aller aux toilettes de nombreuses fois parce qu'il y a encore des selles qui doivent sortir.

Par exemple, alors que vous quittez la salle de bains pensant que vous avez terminé, vous avez besoin d'y retourner pour évacuer de nouveau vos selles. On parle aussi souvent de « fragmentation » des selles.

Vous pourriez aussi avoir **D'AUTRES** symptômes liés au fonctionnement des intestins à cause de votre chirurgie (p. ex. ballonnements, crampes abdominales, difficulté à évacuer vos selles, constipation, augmentation des gaz) et ces symptômes peuvent aussi vous déranger.

Il est important de comprendre que **ce syndrome** est vécu différemment selon les patients. Vous pourriez avoir certains symptômes associés au **syndrome** alors qu'un autre patient pourrait avoir plus ou moins de symptômes que vous.

Par ailleurs, certains symptômes pourraient vous déranger plus que d'autres. Vous pourriez trouver que la fréquence vous dérange davantage parce que ce symptôme interfère avec votre vie de tous les jours alors que pour un autre patient, c'est le fractionnement des selles qui pourrait surtout le déranger. Chacun est différent.

Comment pouvez-vous découvrir les symptômes qui vous dérangent ?

Utilisez notre **Journal – TROUBLES INTESTINAUX** à la fin de ce livret.



Le but de ce Journal est d'identifier les symptômes que vous avez, leur sévérité, l'heure à laquelle ils surviennent afin de vous donner, à vous et à votre médecin ou infirmière spécialisés une meilleure idée pour savoir comment vous aider.

En résumé

- Le **Syndrome de résection antérieure basse** fait référence aux changements intervenants dans le fonctionnement des intestins suite à une **Résection antérieure basse**.
- Il y a 5 symptômes majeurs associés à ce type de chirurgie.
- Vous pourriez avoir un ou plusieurs de ces symptômes.
- Utilisez notre **Journal - TROUBLES INTESTINAUX** pour découvrir les symptômes qui vous incommode le plus.
- Le chapitre suivant vous donne des informations complémentaires sur le **Syndrome de résection antérieure basse** qui vous permettront de comprendre pourquoi il survient.

QUESTIONS FRÉQUENTES AU SUJET DU SYNDROME DE RÉSECTION ANTÉRIEURE BASSE

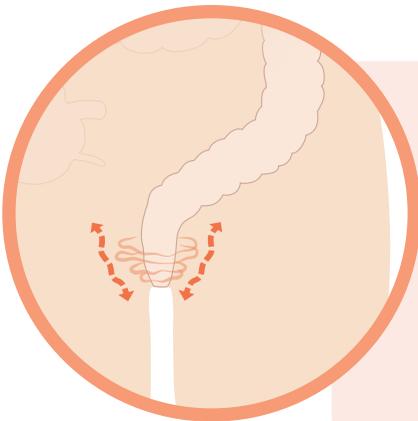
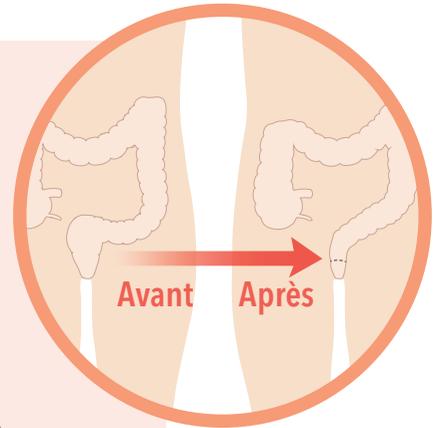
Pourquoi ce syndrome survient-il ?

Ce syndrome n'est pas le fait d'une cause unique. Pour la plupart des patients, c'est probablement une combinaison de facteurs. Vous trouverez ci-dessous une liste des causes les plus communes, mais il peut y en avoir d'autres.

Perte de réservoir

Lors d'une chirurgie rectale, le rectum est enlevé. Malheureusement, le côlon n'est pas un bon substitut au rectum. Le côlon ne peut tout simplement pas emmagasiner autant de selles que le rectum. De plus, habituellement, le rôle du côlon est d'absorber l'eau et de faire descendre les selles.

Lorsque le côlon vient remplacer le rectum, le patient peut ressentir le besoin d'aller aux toilettes plus fréquemment.



Muscles des sphincters faibles

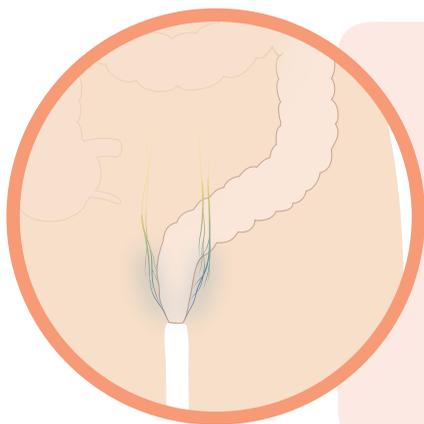
Si les muscles des sphincters étaient faibles avant l'opération (sans même que vous le sachiez !), vous allez commencer à vous rendre compte de cette faiblesse une fois le rectum enlevé. Les sphincters peuvent aussi devenir plus faibles suite aux traitements de radiothérapie.

Transit colique plus rapide

Le déplacement des selles du début du côlon à l'anus est appelé « transit colique ».

Après une chirurgie du cancer du rectum, les selles avancent plus rapidement dans le côlon, et le côlon a moins de temps pour absorber les liquides. Cela veut dire que lorsque vous allez aux toilettes, elles sont plus molles ou liquides. Il peut aussi se produire accidentellement une fuite et vous pourriez ressentir le besoin d'y aller souvent et rapidement.

Par ailleurs, comme les choses se déplacent plus vite, il y a plus de selles qui se présentent que d'espace de stockage, de sorte que vous devez évacuer les selles plus souvent.



Domages aux nerfs

La chirurgie et la radiothérapie peuvent toutes les deux irriter les nerfs qui contrôlent les muscles des sphincters. Quand cela se produit, vous pouvez avoir une fuite accidentelle, ressentir le besoin pressant d'aller souvent à la selle, ou être incapable d'évacuer complètement vos selles.

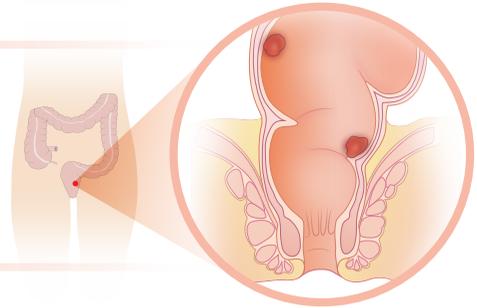
Suite à ce que vous venez d'apprendre, pouvez-vous indiquer quelques facteurs importants qui pourraient *augmenter* ou *diminuer* votre risque d'avoir **ce syndrome** ?

Qui peut être affecté par ce syndrome ?

Voici quelques-uns des principaux facteurs :

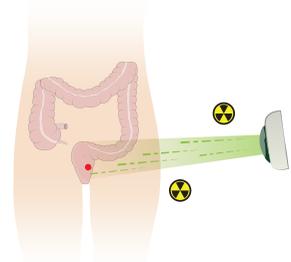
Tumeurs rectales basses

Plus la partie du rectum enlevée est grande, PLUS les probabilités que vous ayez ce syndrome augmentent.



Radiothérapie

Tandis que la radiothérapie aide à réduire la taille de la tumeur, elle peut aussi endommager les nerfs et l'intestin. Ceci peut affecter la capacité du côlon à s'étirer, et à emmagasiner adéquatement les selles.



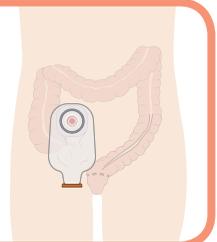
Âge

Nous ne comprenons pas vraiment pourquoi, mais les études montrent que les patients plus jeunes ont tendance à être plus affectés par ce syndrome.



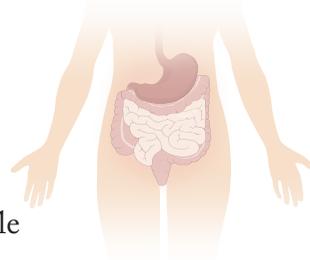
Iléostomie temporaire

Avec la mise en place d'une stomie temporaire, le côlon n'est pas utilisé. Le côlon devient alors plus faible. Il ne répond pas de la même façon quand il s'agit de faire passer les selles.



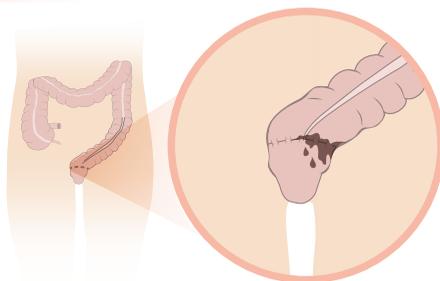
Votre fonction intestinale avant d'avoir le cancer du rectum

La façon dont vos intestins fonctionnaient avant la chirurgie va influencer comment ils fonctionneront après la chirurgie. Si vous aviez déjà des troubles intestinaux avant la chirurgie, vous êtes plus susceptible d'avoir des symptômes après la chirurgie.



Fuite anastomotique

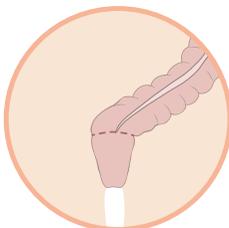
Après que le rectum a été enlevé, le côlon est relié à la partie basse du rectum ou à l'anus. Il peut arriver que vous ayez une « fuite » de selles à ce raccord, ce qui peut aggraver **vos** syndrome.



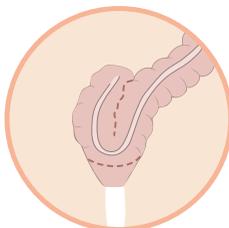
Taille du réservoir

Il y a plusieurs façons de relier le côlon au bas du rectum ou à l'anus. En fonction du type de raccord, vous pourriez avoir un plus ou moins grand espace de stockage.

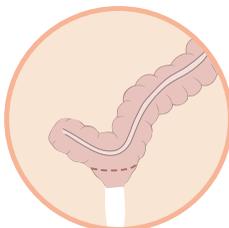
Certains de ces raccords ont tendance à mieux fonctionner que d'autres au début (p.ex. « poche en J » ou « raccord latéro-terminal » ou « coloplastie »). Toutefois, la plupart des recherches montrent que, quel que soit le type de raccord que vous avez, ils fonctionneront probablement tous aussi bien après deux ans.



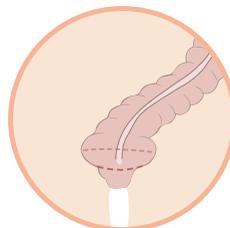
droit



poche en J



latéro-terminal

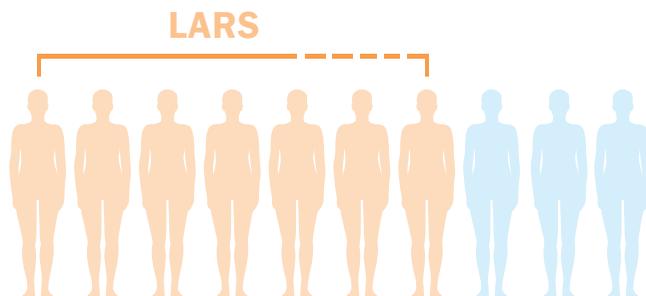


coloplastie

Quelle est la fréquence de ce syndrome ?

Ce syndrome semble affecter 5 à 7 patients sur 10 suite à une Résection antérieure basse. Plus de la moitié des patients disent que cela affecte leur qualité de vie.

Même les gens qui N'ONT PAS eu de chirurgie du cancer du rectum peuvent avoir ces types de symptômes (p.ex. fuite accidentelle, selles fréquentes). Aussi, si vous souffrez de ce syndrome, dites-vous que vous n'êtes pas le seul.



Comment ce syndrome est-il diagnostiqué?

Contrairement aux autres problèmes médicaux, ce syndrome n'est pas diagnostiqué à l'aide d'analyses sanguines, de radiographies ou de biopsies. Le diagnostic du Syndrome de résection antérieure basse repose sur vos symptômes.

On considère, habituellement, que vous souffrez de ce syndrome si les symptômes que vous avez eurent depuis plus d'un mois après votre Résection antérieure basse (ou le retrait de votre stomie temporaire).



Des questionnaires peuvent nous donner davantage d'informations sur vos symptômes, ce qui peut nous aider à poser un diagnostic et à faire le suivi de vos symptômes dans le temps. Il existe plusieurs questionnaires ; l'un d'entre eux s'appelle le « **LARS Score** ».

Il se pourrait que votre médecin vous demande de passer certains examens pour vérifier la présence d'autres troubles similaires au Syndrome de résection antérieure basse.

Evaluation du Syndrome de résection antérieure basse

Questionnaire sur le fonctionnement des intestins

L'addition de chaque résultat correspond au résultat final.

Vous arrive-t-il de ne pas pouvoir contrôler vos flatulences (gaz intestinaux)?

- | | |
|-------------------------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Non, jamais | 0 |
| <input type="checkbox"/> Oui, moins d'une fois par semaine | 4 |
| <input type="checkbox"/> Oui, au moins une fois par semaine | 7 |

Avez-vous parfois des fuites accidentelles de selles liquides?

- | | |
|-------------------------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Non, jamais | 0 |
| <input type="checkbox"/> Oui, moins d'une fois par semaine | 3 |
| <input type="checkbox"/> Oui, au moins une fois par semaine | 3 |

Interprétation:

- 0-20 : Aucun Syndrome de résection antérieure basse
- 21-29 : Syndrome de résection antérieure basse mineur
- 30-42 : Syndrome de résection antérieure basse majeur

Résultat final : _____



Combien de temps dureront mes symptômes ?

Dans la plupart des cas, les symptômes associés à ce syndrome sont généralement pires juste après la chirurgie. Ils s'atténuent progressivement au cours des 2 premières années suivant la chirurgie. Il est difficile de savoir exactement ce que vous vivrez, si vos symptômes diminueront et combien de temps ils pourraient durer.



Même si ce syndrome devait se prolonger dans le temps, vous pouvez vous attendre à atteindre un certain seuil après environ 2 ans.

Pourquoi les choses se calment-elles après 2 ans ? C'est difficile à expliquer. Certaines recherches montrent que les deux points suivants peuvent s'améliorer avec le temps :

- La capacité du côlon et de l'anus à « parler » avec le reste du tube digestif.
- La capacité du côlon et de l'anus à ralentir de ce qui vient d'en haut.

Il se pourrait aussi que votre intestin (le côlon au-dessus qui est raccordé au bas du rectum ou à l'anus) s'adapte avec le temps et puisse recueillir une plus grande quantité de selles, devenant, de ce fait, un meilleur réservoir.

De plus, les patients apprennent à vivre avec **leur syndrome** et trouvent des stratégies qui les aident à faire face à leur « nouvelle normalité ».

Nous espérons que ce livret vous offrira des suggestions sur comment faire face à vos symptômes, atténuer les symptômes et gérer les problèmes associés au **Syndrome de résection antérieure basse**.

En résumé

- Il y a plusieurs explications possibles à la survenue de **ce syndrome**, mais il est difficile d'en identifier une en particulier.
- Nous pouvons maintenant mieux prédire qui sera affecté par **ce syndrome**. Les patients qui ont une tumeur dans la partie basse du rectum et les patients qui ont reçu des traitements de radiothérapie seront plus à risque.
- C'est sur la base des symptômes du patient qu'il est possible de poser un diagnostic le **Syndrome de résection antérieure basse** - alors, n'hésitez pas à vous faire entendre!
- Les symptômes associés à **ce syndrome** s'atténuent au cours des deux premières années suivant la chirurgie, mais certaines personnes peuvent continuer à avoir des symptômes à plus long terme.
- Les prochains chapitres se concentreront sur les meilleures façons de traiter et de gérer **ce syndrome**.

APERÇU DES OPTIONS DE TRAITEMENT

Un mot sur le traitement du **Syndrome de résection antérieure basse**

Ce **syndrome** est un problème délicat à traiter. Chaque patient est différent.

C'est pour cette raison que ça peut prendre plusieurs essais et parfois des erreurs avant de trouver la meilleure solution possible dans votre cas. Si, au début, le traitement ne soulage pas vos symptômes, ne désespérez pas ! Votre médecin et votre infirmière peuvent continuer de travailler avec vous pour trouver la meilleure solution.

Bien qu'il n'y ait pas toujours de « guérison » de ce syndrome et qu'il pourrait être un état à long terme, nous espérons que les suggestions offertes pourront aider à atténuer vos symptômes.

Que pouvez-vous faire pour gérer votre syndrome ?

Vous trouverez ci-dessous quelques stratégies qui pourront vous aider à contrôler votre **syndrome**. Dans les prochains chapitres, nous passerons en revue chaque stratégie de façon détaillée.

Souvenez-vous : chaque patient est différent! Utilisez les méthodes qui fonctionnent le mieux pour vous.

1. Ralentir le transit colique

Comme nous l'avons expliqué plus tôt, une des raisons pour lesquelles ce **syndrome** survient est que les selles avancent trop rapidement dans le côlon.

Voici quelques façons de ralentir le transit colique :

- a. Changements des habitudes alimentaires
(ce que vous mangez et buvez)
- b. Médicaments
- c. Agents « gonflants » des selles

2. Améliorer votre capacité à « vous retenir »

Vous pouvez entraîner votre corps à gérer le besoin pressant de devoir toujours aller aux toilettes :

- a. Exercices du plancher pelvien
- b. Biofeedback du plancher pelvien

3. Améliorer votre capacité à évacuer complètement vos selles

Voici plusieurs choses que vous pouvez faire pour vous assurer d'évacuer complètement vos selles :

- a. Habitudes intestinales saines
- b. Lavements et irrigations transanales

4. Gérer la situation présente

Afin d'éviter que **ce syndrome** ait un impact sur votre vie, il est important que vous soyez bien informé sur :

- a. Les soins de la peau périnéale
- b. Les stratégies d'autogestion

5. Interventions chirurgicales dans le cas de **ce syndrome**

Si vous avez essayé les stratégies mentionnées ci-dessus et que vous n'avez TOUJOURS aucun soulagement de **votre syndrome**, il existe d'autres options de traitement. Parlez avec votre spécialiste colorectal de :

- a. La neuromodulation
- b. Une stomie permanente

En résumé

- Il existe différentes stratégies qui peuvent vous aider à gérer **ce syndrome**.
- Essayez toutes les stratégies que vous voulez afin de mettre toutes les chances de votre côté pour arriver à contrôler **votre syndrome**.
- Besoin de plus d'informations sur les traitements ?
- Les prochains chapitres vous donneront plus de détails sur chacune d'entre eux !

RALENTIR LE TRANSIT COLIQUE

Consistance des selles

Quand le transit colique est rapide, les selles sortent trop molles. Ralentir le transit colique permet au côlon d'absorber plus d'eau et d'avoir des selles plus fermes.

L'Échelle de consistance des selles de Bristol montre à quoi la consistance de vos selles peut ressembler.

Type 1		Dur, séparé en morceaux, comme les noix (difficile de passer).
Type 2		En forme de saucisse, mais grumeleuse (difficile de passer).
Type 3		Comme une saucisse, mais avec des fissures sur sa surface.
Type 4		Comme une saucisse ou un serpent, mais lisse et douce.
Type 5		Morceaux mous aux bords bien définis (passe facilement).
Type 6		Morceaux déchiquetés, agglomérés en une matière pâteuse.
Type 7		Fade, humide, aucun morceau solide. Entièrement liquide.

Type 4 : selle lisse et douce, comme une saucisse ou un serpent. C'est la consistance idéale.

Type 6 selle duveteuse, pâteuse, comme du gruau ou **Type 7** : complètement liquide. Ces types de selles sont très fréquents chez les patients souffrant de **ce syndrome**. Si c'est votre cas, alors vous devez certainement améliorer votre transit colique.

Changements des habitudes alimentaires

Comment l'alimentation peut-elle améliorer mon syndrome ?

Beaucoup des symptômes associés à **ce syndrome** peuvent s'aggraver avec la consommation de certains aliments ou boissons.

Par exemple, certains aliments peuvent vous donner l'impression d'être rempli de gaz. D'autres aliments peuvent passer rapidement à travers votre système digestif. D'autres, encore, peuvent stimuler le transit intestinal.

Vous pouvez mieux gérer **votre syndrome** en découvrant quels aliments déclenchent vos symptômes, en essayant de les éliminer de votre régime alimentaire.

Quels types d'aliments pourraient déclencher mon syndrome ?



Fruits

Les raisins, pêches, prunes, baies, fruits secs pourraient stimuler le transit et ramollir vos selles.



Légumes

Beaucoup de légumes, comme le brocoli, le chou-fleur, le chou, les oignons et les haricots verts peuvent stimuler le transit et provoquer des gaz et des « selles explosives ».

D'abord, essayez de manger des légumes qui n'ont pas de graines, comme des carottes cuites, des pommes de terre, des légumes en purée ou en conserve. Vous pourriez essayer, plus tard, d'introduire de la laitue ou des tomates en petites quantités. Souvenez-vous : la clé pour découvrir quels aliments vous pouvez tolérer est d'essayer chacun d'entre eux, un à la fois, et de toujours vous assurer que vous mâchez bien vos aliments.



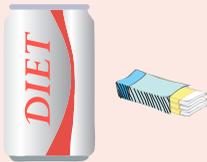
Fibres alimentaires « insolubles »

Les noix, graines, certains riz ou céréales de son, les pains de grains entiers, le maïs et les légumes avec une peau et des parties filandreuses peuvent tous stimuler le transit et ramollir vos selles (voir le chapitre sur les agents « gonflants » des selles pour en savoir plus sur les fibres).



Aliments épicés

Beaucoup d'aliments épicés comme le curry et les piments forts peuvent stimuler vos intestins et ramollir vos selles.



Sorbitol

Un édulcorant qu'on trouve souvent dans les produits « sans sucre » (par exemple : boissons diètes, gomme sans sucre, certains bonbons et barres) peuvent ramollir les selles, provoquer des ballonnements et des gaz.

Y a-t-il des boissons qui pourraient déclencher mon syndrome ?



Caféine

Toute boisson contenant de la caféine, comme le café ou certains thés, peut stimuler le transit et ramollir vos selles.



Alcool

La bière et le vin sont des exemples de boissons alcoolisées qui peuvent stimuler le transit.



Consommation modérée de liquides

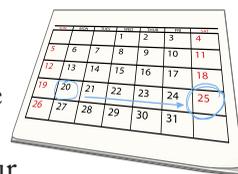
Buvez environ 8 tasses d'eau par jour. Si vous buvez trop d'eau, vos selles peuvent devenir trop molles. Au contraire, si vous ne buvez pas assez d'eau, vos selles pourraient ressembler à de petites boulettes (Type 1 sur l'Échelle de consistance des selles de Bristol).

Découvrir quels aliments vous dérangent

Utilisez notre **Journal – ALIMENTATION** pour vous aider à découvrir quels aliments affectent **votre syndrome**. (Voir la section suivante pour plus d'informations).



Éliminez un aliment à la fois. Lorsque vous faites un changement dans votre alimentation, attendez au moins une semaine pour pouvoir vraiment voir l'effet.



Ne réduisez pas la quantité de nourriture que vous mangez – ça se servira à rien ! Certaines personnes trouvent que c'est mieux de prendre 6 petits repas par jour au lieu de 3. Vous pouvez essayer.



Nous recommandons également que vous buviez à la fin du repas ou entre les repas plutôt que durant le repas afin de ne pas trop stimuler vos intestins.



Il peut être difficile de savoir avec certitude quels aliments provoquent vos symptômes. Les aliments que vous mangez peuvent mettre entre quelques heures et 2 à 3 jours pour sortir à l'autre bout ! Utilisez notre Carnet de bord – **ALIMENTATION** pour vous aider à identifier quels types d'aliments ont un effet sur vos symptômes.

En résumé

- Les aliments que vous mangez peuvent déclencher **les symptômes de votre syndrome**.
- Cette liste fournit certains exemples typiques, mais il ne s'agit pas d'une liste complète.
- Il est important que **VOUS** découvriez vous-même ce qui déclenche **VOTRE syndrome** afin de soulager **VOS** symptômes.
- Utilisez notre **Journal – ALIMENTATION** pour suivre l'évolution de vos progrès !

Médicaments

Loperamide

Le loperamide (aussi connu sous le nom d'**Imodium®**) est le médicament de première ligne utilisé pour ralentir le transit intestinal. Vous n'avez pas besoin d'une ordonnance pour vous procurer ce médicament.

Le loperamide a pour effet de ralentir le passage des aliments dans l'intestin. Ainsi, l'intestin peut absorber plus de liquides en cours de chemin, ce qui fait que vos selles sont plus solides et moins abondantes. Ceci peut permettre de soulager certains des symptômes que vous pourriez avoir, en particulier la fréquence et le besoin pressant.

Le moment idéal pour prendre le loperamide est **30 minutes avant le repas**. Cela aidera l'intestin à se préparer à recevoir les aliments. Si vous n'êtes pas allé aux toilettes après le repas, ne prenez pas de loperamide. Attendez d'abord d'être allé aux toilettes.

Vous pourriez aussi remarquer que le loperamide est plus efficace quand vous mangez certains aliments. Il se pourrait alors que vous préféreriez le prendre avant ces aliments en particulier.

Si vous vous réveillez souvent durant la nuit pour aller aux toilettes, vous pourriez aussi prendre du loperamide **avant de vous coucher**.



Le loperamide se présente habituellement **sous forme de comprimés de 2 mg**. Commencez par prendre un comprimé à la fois pour voir le résultat et pour vous assurer que vous n'avez pas d'effets secondaires. Si cela ne soulage pas vos symptômes, vous pouvez en prendre plusieurs fois dans la journée. **Ne prenez pas plus de 8 comprimés par jour (total de 16 mg)**.

Si vous prenez trop de loperamide, vous pourriez avoir de la difficulté à aller aux toilettes (parce que vos selles sont dures) ou avoir des crampes abdominales ou avoir mal au cœur (nausée).

Le loperamide peut aider certaines personnes. Si vous le prenez pour traiter **votre syndrome**, vous pouvez tout à fait continuer de le prendre à long terme : il n'y a aucun problème.

Vous n'êtes pas sûr de la quantité de loperamide que vous devez prendre ? Est-ce que **ça aide vraiment**? Est-ce que vous le prenez au bon moment? Utilisez notre **Journal – LOPÉRAMIDE** qui se trouve à la fin de ce livret pour noter l'utilisation que vous faites du loperamide et vous assurer que vous l'utilisez selon VOS symptômes.

Autres médicaments sur ordonnance

Le diphénoxylate (aussi appelé **Lomotil**®) est également un médicament qui a pour effet de ralentir la progression des aliments dans vos intestins.

Il peut avoir plusieurs effets secondaires, incluant des étourdissements, des bouffées de chaleur, l'envie de vomir ou des crampes abdominales.

La cholestyramine (connue aussi sous le nom de **Quetran**® ou **Cholamine**) est un médicament sur ordonnance qui empêche les selles de devenir trop liquides en réduisant l'accumulation d'un certain type de sel dans vos selles. Ce médicament peut aider à réduire la fréquence et le besoin pressant.

L'amytriptyline (connue aussi sous le nom d'**Elavil**®) est un autre médicament sur ordonnance qui est quelquefois utilisé pour diminuer la fréquence et le besoin pressant d'aller aux toilettes. Il a pour effet de ralentir les contractions du tube digestif. Il peut avoir des effets secondaires comme la constipation, la sécheresse buccale, et d'autres s'il n'est pas utilisé de façon appropriée.

La **codéine**, qui est habituellement utilisée comme antidouleur, peut également être utilisée, mais elle peut causer de la nausée et de la constipation. Il s'agit également d'un « narcotique ». Les patients peuvent devenir dépendants s'ils ne l'utilisent pas avec précaution et tel que prescrit par leur médecin.

En résumé

- Le loperamide est un médicament qui est souvent utilisé pour ralentir le transit colique et raffermir les selles.
- Il peut soulager certains symptômes de **votre syndrome**, en particulier la fréquence et le besoin pressant d'aller à la selle.
- Quelquefois, ça prend un peu de temps avant de découvrir quelle est la bonne dose pour vous. Utilisez notre **Journal – LOPÉRAMIDE** pour vous assurer que vous utilisez ce médicament de façon appropriée.
- Il y a d'autres médicaments auxquels vous pourriez avoir recours (comme le diphénoxylate, la cholestyramine, l'amitriptyline, et d'autres).
- Parlez toujours avec votre médecin avant de commencer à prendre un médicament.

Agents gonflants des selles

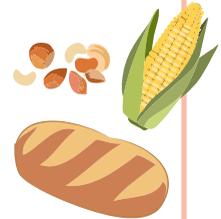
Les fibres sont-elles bonnes ou mauvaises?

La question des fibres est un sujet délicat à maîtriser ! Il y a deux types de fibres : « insolubles » et « solubles ».

Fibres « insolubles »

accélèrent le transit intestinal et sont souvent utilisées pour traiter la constipation (difficulté à aller aux toilettes parce que les selles sont dures). Vous trouverez une liste des aliments qui contiennent des fibres « insolubles » dans le chapitre sur les Changements des habitudes alimentaires (pains de grains entiers, son, maïs, certaines noix et graines, etc.).

Vous voudrez certainement éviter ces fibres insolubles parce qu'elles pourraient aggraver les symptômes associés à **votre syndrome**.

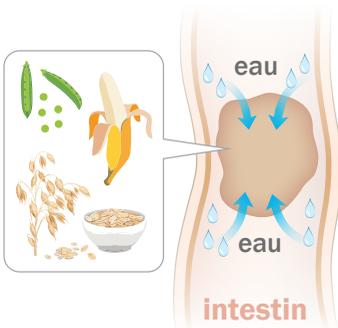


Fibres « solubles »

Agissent comme une éponge qui absorbe l'excès d'eau et se transforme en une substance gélatineuse.

Ceci rend vos selles plus volumineuses (d'où le nom d'« agents gonflants »), ce qui peut permettre de soulager certains symptômes de **votre syndrome**.

Parmi les aliments riches en fibres « solubles », on compte l'avoine, l'orge, le seigle, les légumineuses (lentilles, pois) et les fruits pelés.



Suppléments de fibres « solubles »

Vous pouvez ajouter des fibres solubles à votre alimentation en prenant des suppléments de fibres. Le psyllium contient des fibres « solubles ». Il se présente généralement sous forme de poudre qui peut être mélangée à de l'eau ou de la nourriture.

Metamucil®, **Benefiber®**, **Konsyl®** sont quelques-unes des marques qu'on peut trouver sur le marché.

Ces produits peuvent vraiment vous aider à soulager vos symptômes. Ils sont généralement disponibles sous forme de poudre. Vous puissiez également les trouver sous forme de comprimés ou gaufrettes (ceux en poudre sont toutefois plus efficaces).

Vous pourrez entendre dire que vous devriez prendre du psyllium avec beaucoup d'eau. Bien que ce ne soit pas totalement faux, ce n'est pas peut-être pas la meilleure façon de traiter les symptômes de **votre syndrome**. Pourquoi donc?

Le psyllium et autres fibres « solubles » ont pour effet d'attirer l'eau comme une éponge et de se transformer en une sorte de substance gélatineuse. Vous voulez qu'ils absorbent l'excès d'eau déjà présent dans vos selles, et non leur demander d'en absorber encore plus.

Par conséquent, quand vous prenez du psyllium, ne le prenez pas avec trop d'eau. À la place, saupoudrez-en votre nourriture (p. ex. gruau, beurre d'arachide, banane, yaourt). Prenez l'habitude d'en ajouter à votre petit déjeuner.

Vous devriez commencer à voir un changement dans la consistance de vos selles après quelques jours. Si ce n'est pas le cas, vous pouvez augmenter la dose. Par exemple, si vous avez pris, au début, une cuillère à soupe, passez à deux.

Assurez-vous seulement de ne pas en prendre plus de 10 g par jour (regardez les étiquettes pour voir combien de grammes il y a dans une cuillère à soupe ou une mesurette). Si vous prenez trop de psyllium, vous pourriez avoir des crampes abdominales ou de la constipation. Le psyllium peut également produire des effets contraires chez certaines personnes, et peut aggraver la diarrhée. Donnez-vous au moins 2 semaines pour voir si le psyllium vous aide.



En résumé

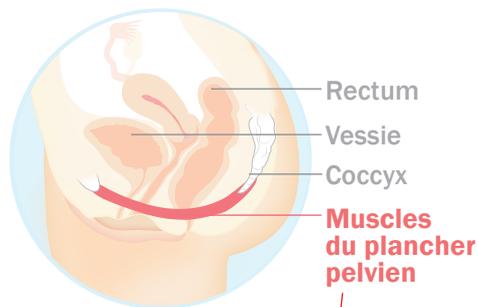
- Les fibres « solubles » agissent comme des éponges qui absorbent l'excès d'eau dans l'intestin, ce qui raffermi vos selles.
- Des suppléments de fibres peuvent être ajoutés à votre alimentation, mais ils doivent être pris de façon appropriée pour avoir une certaine efficacité.

AMÉLIORER VOTRE CAPACITÉ À « VOUS RETENIR »

Exercices du plancher pelvien

Qu'est-ce que le « plancher pelvien » ?

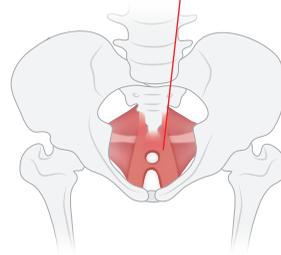
Le **plancher pelvien** est composé de muscles qui s'étirent comme un hamac et qui relie le coccyx (derrière) à l'os pubien (à l'avant). Chez l'homme, le plancher pelvien soutient le rectum et la vessie. Chez la femme, le rectum, la vessie et l'utérus reposent sur le plancher pelvien.



À quoi servent les muscles du plancher pelvien ?

Comme les muscles du plancher pelvien soutiennent le rectum, ils peuvent affecter la façon dont vous évacuez vos selles.

Comme tout autre muscle du corps, le plancher pelvien a besoin d'être musclé (entraîné) si vous voulez qu'il soit fort et bien contrôlé.



D'abord, vous devez repérer où sont vos muscles du plancher pelvien. Asseyez-vous ou allongez-vous. Essayez de relâcher les muscles des cuisses, des fesses et du ventre.

Maintenant, essayez de serrer et de soulever l'anus en le faisant rentrer à l'intérieur de votre bassin comme si vous vouliez retenir des gaz ou des selles. Ensuite, relâchez; cela permet l'anus de retomber à sa position normale.

Faites cet exercice quelques fois pour vous assurer que vous avez bien repéré l'emplacement des muscles. **ESSAYEZ DE NE PAS** serrer les muscles des fesses et du ventre.

Chaque fois que vous « serrez et soulevez », essayez de maintenir cette sensation pendant 8 secondes. Si vous n'arrivez pas à aller jusqu'à 8 secondes parce que c'est trop difficile, tenez aussi longtemps que vous le pouvez. Avec le temps, vous vous améliorerez.

Au bout de 8 secondes, relâchez le « serrer et soulever ». Faites une pause de 10 secondes. Puis répétez le même exercice.

Faites ceci 10 fois, et répétez cet exercice 3 fois par jour.

Si vous n'êtes pas sûr d'utiliser les bons muscles, asseyez-vous confortablement sur le lit ou sur le sol, dos soutenu et genoux pliés. Utilisez un miroir pour voir l'anus et regardez-le se serrer et rentrer à l'intérieur.

Une autre façon de procéder est de placer votre index sur l'anus. Quand vous serrez, vous devriez sentir l'anus rentrer à l'intérieur et s'éloigner de votre doigt.

Si vous voyez ou sentez que l'anus est comme bombé, il se peut que vous poussiez au lieu de soulever, ce qui pourrait aggraver les symptômes.

Si vous avez de la difficulté à maîtriser cet exercice, vous pouvez vous adresser à votre médecin ou à un physiothérapeute spécialisé en rééducation pelvienne.

Nous recommandons d'une façon générale de continuer à faire ces exercices, en particulier s'ils vous ont procuré un certain soulagement.

Souvenez-vous : comme pour n'importe quel muscle, quand vous arrêtez ces exercices, les muscles s'affaiblissent et les résultats peuvent disparaître.

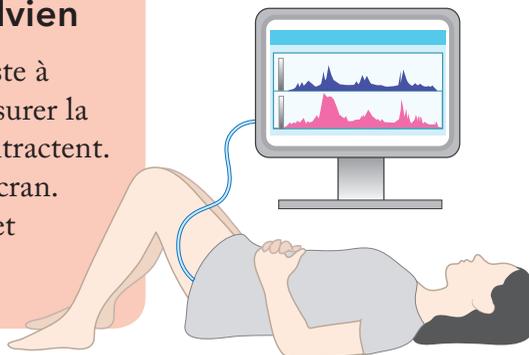


Biofeedback

Le biofeedback est un autre outil qui peut vous aider à repérer et contrôler les muscles de votre plancher pelvien et du sphincter afin d'améliorer votre capacité à retenir vos selles. Cependant, cette technique ne peut être réalisée qu'avec un physiothérapeute spécialisé en rééducation pelvienne. Il y a deux types communs.

Le biofeedback du plancher pelvien

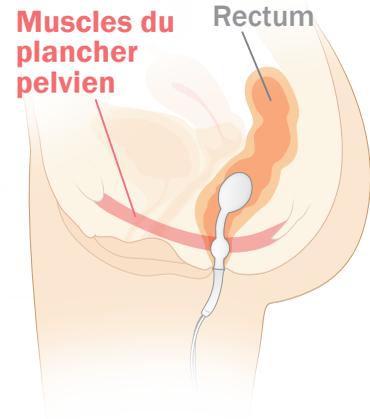
Le biofeedback du plancher pelvien consiste à utiliser des électrodes et senseurs pour mesurer la façon dont les muscles du sphincter se contractent. Vous pouvez voir les contractions sur un écran. Le but est d'améliorer l'isolation, la force et l'endurance des muscles du sphincter.



Entraînement à l'aide d'un ballonnet rectal

Lors d'un entraînement avec un ballonnet rectal, un professionnel de la santé introduit doucement un petit ballonnet dans l'anus et le remplit d'eau ou d'air. Le ballonnet peut être gonflé jusqu'à ce que vous commenciez à ressentir le besoin pressant d'aller à la selle.

Tout au long des séances, le professionnel de la santé augmentera graduellement la quantité insufflée pour améliorer progressivement le volume du ballonnet (et espérons, des selles) que votre anus peut recueillir jusqu'au moment où le besoin pressant « d'y aller » se fait sentir.



Le but est d'améliorer la capacité de stockage des selles et de vous donner le temps d'arriver aux toilettes avant d'avoir une fuite.

En résumé

- Le plancher pelvien joue un rôle important quand vos intestins fonctionnent normalement.
- Les patients souffrant du syndrome de résection antérieure basse peuvent faire des exercices du plancher pelvien à la maison pour soulager leurs symptômes.
- Le biofeedback du plancher pelvien est une technique d'entraînement de votre plancher pelvien. Ces exercices doivent être réalisés en présence d'un spécialiste colorectal, d'un physiothérapeute spécialisé en rééducation pelvienne ou d'une infirmière.

AMÉLIORER VOTRE CAPACITÉ À ÉVACUER COMPLÈTEMENT VOS SELLES

Habitudes intestinales saines

Les gens tiennent souvent pour acquis le simple fait de s'asseoir sur les toilettes et d'évacuer leurs selles. Cependant, chez les personnes souffrant du **Syndrome de résection antérieure basse**, ceci peut parfois être difficile.

Voici quelques conseils qui vous aideront à évacuer complètement vos selles quand vous allez aux toilettes.



Allez à la salle de bains seulement quand vous en ressentez vraiment le besoin !

Vous souvenez-vous du chapitre sur les exercices du plancher pelvien et l'entraînement ? Eh bien, si vous permettez aux selles de s'accumuler dans l'anus jusqu'à ce que vous ressentiez vraiment le besoin d'aller aux toilettes, vous vous entraînerez à être capable de vous retenir plus longtemps, ce qui, espérons-le, devrait réduire la fréquence des besoins pressants.



Quand vous êtes assis sur la toilette, il est important d'adopter la bonne position pour évacuer complètement vos selles.

Ceci veut dire que vous devez vous pencher en avant, poser les coudes sur les cuisses et lever les genoux vers le haut jusqu'à hauteur des hanches (poser les pieds sur un tabouret pourrait être utile). Cette position devrait aider les selles à sortir.



Ne restez pas assis sur les toilettes trop longtemps. Ne pas pousser fort.

Pousser fort quand vous êtes sur la toilette peut en fait affaiblir les muscles du plancher pelvien et provoquer un gonflement autour de l'anus qui saigne facilement (hémorroïdes).



Lavements et irrigation rectale

Si vous éprouvez encore des difficultés même après avoir essayé ces méthodes, **les lavements et irrigations rectales** peuvent apporter un soulagement supplémentaire.

Tous les deux consistent à envoyer de l'eau dans l'anus pour faciliter l'évacuation des selles.

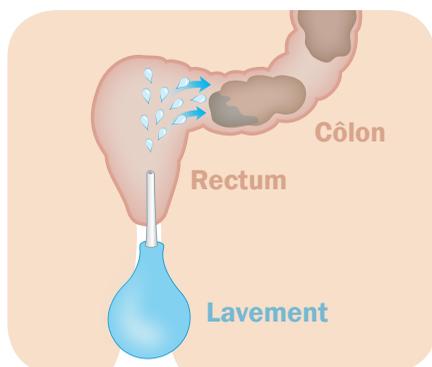
Ceci peut permettre de soulager de nombreux symptômes de **ce syndrome**, en particulier la fragmentation et l'incontinence.

Un système d'irrigation rectale est facile à utiliser. Vous avez besoin d'un sac rempli d'eau courante tiède, d'un système de tube, d'une pompe et d'une sonde avec un petit ballonnet qui est introduite dans l'anus.



Une fois assis sur la toilette, appuyez sur la pompe. Le système va envoyer de l'eau dans l'anus, ce qui va déloger les selles, et stimuler les intestins qui vont se vider complètement.

Au début, vous pouvez le faire une ou deux fois par jour, mais après un certain temps, vous pourriez ne pas avoir à le faire aussi souvent.



Les lavements sont similaires aux systèmes d'irrigation. Ils envoient de l'eau ou un médicament qui ressemble à de l'eau à l'intérieur de l'anus.

Vous pouvez généralement trouver les lavements à une pharmacie près de chez vous. Il peut être plus difficile de trouver les systèmes d'irrigation rectale, et vous devriez parler avec votre spécialiste colorectal, l'infirmière ou le pharmacien.

Bien que ce soit rare, des personnes pourraient avoir des complications, soit avec les lavements, ou les systèmes d'irrigation rectale.

Parmi certaines de ces complications, on note un rythme cardiaque anormal à cause du remplissage rapide de l'intestin avec de l'eau, une blessure de l'intestin, et des changements dans le niveau des électrolytes (produits chimiques dans votre sang).

Avant de commencer à faire des lavements ou des irrigations rectales, il est important que vous parliez avec votre spécialiste colorectal ou l'infirmière.

Une infirmière devrait vous expliquer en personne ces deux méthodes avant que vous les utilisiez à la maison.



En résumé

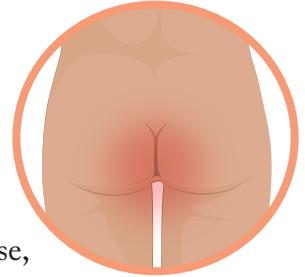
- L'évacuation complète des selles est importante pour soulager les symptômes de **votre syndrome**.
- Par habitudes intestinales saines, on entend aller à la selle seulement quand vous en ressentez vraiment le besoin pressant, adopter la bonne position sur les toilettes et essayer de ne pas forcer.
- Les lavements et les systèmes d'irrigation rectale consistent à envoyer de l'eau dans l'anus pour évacuer les selles.
- Parlez avec votre spécialiste colorectal pour vous assurer que vous pouvez le faire en toute sécurité.

GÉRER LA SITUATION PRÉSENTE

Soins de la peau périnéale

Pourquoi des soins de la peau périnéale ?

Lorsque vos selles sont molles et fréquentes, ceci peut entraîner une irritation de la peau autour de l'anus, de la région génitale et des fesses. Votre peau peut devenir rouge, sensible, voire douloureuse, ou vous causer des démangeaisons.



Quels sont les facteurs pouvant provoquer une irritation de la peau ?

Humidité excessive

du fait d'une fuite de selles ou du port de serviettes mouillées.

Irritation mécanique

quand on s'essuie constamment avec du papier de toilette rugueux.

Irritation chimique

causée par une fuite de selles ou l'utilisation d'un produit mal adapté pour nettoyer les fesses.

Infection

Nous sommes tous plus susceptibles d'avoir des infections de la peau (champignons et bactéries) lorsque la peau est trop humide, irritée par des produits chimiques ou dans le cas d'une irritation mécanique.

Objectif 1 – Nettoyer la peau

Lavez doucement la région avec de l'eau tiède une ou deux fois par jour ou chaque fois après être allé aux toilettes.

Vous pouvez aussi utiliser une douche à main, un bidet ou un bain de siège pour laver doucement la région.

Si vos fesses sont douloureuses à cause du passage fréquent des selles, asseyez-vous dans de l'eau (à la température de la pièce). Cela peut vous apporter un certain soulagement.

Si vous utilisez un produit pour nettoyer la peau, il devrait être d'un pH-équilibré » (ni acide ni basique) et ne devrait contenir ni alcool, ni savon et ni parfum. Ces produits peuvent causer plus de tort que de bien.



Pour sécher la région, tapotez-la avec un linge doux plutôt que d'essuyer. N'utilisez pas de papier de toilette ou de tissus rugueux. Essayez d'humidifier le papier toilette avant de vous essuyer ou utilisez un linge lavable et réutilisable du type J-Cloth ou un tissu en coton doux.

N'utilisez pas de lingettes pré-humectées parce qu'elles contiennent souvent des produits chimiques qui peuvent irriter la peau.

Néanmoins, si vous choisissez d'utiliser des lingettes, utilisez des lingettes pour bébé sans alcool, sans parfum. N'oubliez pas de vérifier qu'elles peuvent être jetées dans les toilettes.



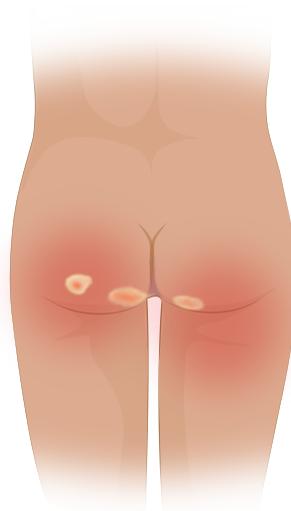
Objectif 2 – Prévenir le bris de peau

Si la peau est irritée, elle peut « se briser ».

Un bris de peau veut dire que la première couche de la peau (ou même les couches plus profondes) est détruite, et qu'une coupure ou une plaie apparaît.

Le meilleur traitement pour prévenir un bris de peau est de réduire le contact entre la peau des fesses et les selles en traitant des choses comme la fréquence des selles et l'incontinence.

Si vous suivez déjà certaines des recommandations figurant dans les chapitres précédents, en voici d'autres qui vous aideront à prévenir un bris de peau.



Utiliser une crème du type contre l'érythème fessier de bébé

Des onguents protecteurs comme Zincofax®, sans parfum, Pâte d'ihle, Sudacream®, Calmoseptine®, Coloplast Citric Acid en sont quelques exemples.

Porter des sous-vêtements en coton

plutôt que des sous-vêtements synthétiques (nylon, polyester) pour éviter de transpirer dans cette région.

S'il vous est difficile de vous contrôler quand vous urinez ou allez aux toilettes, vous pouvez porter des serviettes jetables ou des sous-vêtements jetables.

Assurez-vous simplement de jeter la serviette ou le sous-vêtement quand il devient souillé.



Si vous notez une odeur désagréable ou un écoulement provenant de la peau de vos fesses, il se pourrait que vous ayez une infection et que vous ayez besoin d'antibiotiques. Consultez un médecin si cela vous inquiète.

En résumé

- Le **Syndrome de résection antérieure basse** peut irriter la peau autour de l'anus et des fesses, ce qui peut entraîner un inconfort et un bris de peau.
- Les objectifs des soins de la peau sont de : nettoyer la peau et prévenir un bris de peau.
- Les crèmes, onguents protecteurs et les serviettes jetables sont quelques-uns des moyens qui vous permettront de garder votre peau périnéale saine.

Stratégies d'autogestion

Qu'est-ce que c'est des stratégies d'autogestion ?

Bien que vous ayez déjà commencé à utiliser déjà certaines des stratégies décrites dans ce livret, cela prendra du temps pour que **votre syndrome** s'améliore. Dans certains cas, même après des mois de traitement, vous noterez seulement une légère amélioration.

Les stratégies d'autogestion sont des façons de se préparer à affronter n'importe quelle situation et de reprendre le contrôle lorsqu'on souffre de **ce syndrome**.

Certaines de ces stratégies d'autogestion ont déjà été abordées dans les chapitres précédents – par exemple, prendre le loperamide correctement, éviter certains aliments, tenir un journal de bord de votre alimentation, prendre bien soin de la peau périnéale en utilisant des produits adéquats.

Voici quelques autres conseils importants qui peuvent vous aider à conserver une bonne qualité de vie.

Stratégies d'autogestion en société

Certains patients qui souffrent du **Syndrome de résection antérieure basse** restent à la maison parce qu'ils ont peur que leurs symptômes se manifestent soudainement à n'importe quel moment. **Ne laissez pas votre syndrome vous empêcher de faire vos activités quotidiennes.**

Un conseil qui peut vous être utile est de toujours repérer où se trouve la salle de bains la plus proche, que ce soit à l'intérieur d'un immeuble ou lorsque vous marchez dehors. Certaines villes ont même des applications mobiles ou Internet pour ces urgences.



Un autre conseil est d'essayer d'organiser vos activités en fonction de vos habitudes intestinales.

Par exemple, si vous savez que **votre syndrome** est pire le matin ou après certains repas, prévoyez vos activités dans l'après-midi.

Prenez aussi l'habitude d'avoir avec vous « **une trousse de survie** » quand vous quittez la maison. Vous pourriez y mettre des lingettes pour bébé sans alcool, des sous-vêtements de rechange, des crèmes pour la peau, et votre médicament, le loperamide.

Stratégies d'autogestion des émotions

Certaines personnes trouvent qu'il y a un lien entre leur état émotionnel et leurs intestins.

Durant les périodes où elles vivent beaucoup de stress, certaines personnes vont aux toilettes plus fréquemment et leurs selles sont plus molles.

Bien que vous ne puissiez pas éviter tout stress dans votre vie, essayez de faire des activités qui vous permettent de rester détendu.

La lecture, le yoga ou encore prendre un bain ou écouter de la musique sont des exemples d'activités que vous pourriez trouver utiles.

Il est également important d'exprimer vos émotions liées à votre frustration par rapport à **votre syndrome**.

Parlez avec votre infirmière, votre famille et vos amis de ce que vous vivez.



Certaines personnes trouvent plus utile de parler avec d'autres patients qui vivent des problèmes semblables.

Ils pourraient se sentir plus proches de vous, et vous offrir des solutions qu'eux-mêmes ont découvertes.

Nous vous encourageons à essayer les blogues en ligne et les forums de discussion : ils sont faciles à trouver. Vous pouvez aussi parler avec votre chirurgien et lui demander s'il connaît un patient avec qui vous pourriez parler !

Souvenez-vous : chacun est unique. Vous apprendrez ce qui marche le mieux dans votre cas à vous pour gérer **votre syndrome**.

En résumé

- Les stratégies d'autogestion vous procurent un certain contrôle sur **votre syndrome**.
- Il est important de prévoir vos activités sociales de sorte que vous ne soyez pas limité quant à ce que vous pouvez faire et où vous pouvez aller.
- Il est également important de limiter le stress et d'exprimer vos sentiments de frustration si vous en ressentez le besoin.

OPTIONS CHIRURGICALES POUR TRAITER CE SYNDROME

Quand envisager ces options ?

Si vous avez essayé toutes les autres stratégies pour traiter le **Syndrome de résection antérieure basse** sans voir aucune amélioration, et que vos symptômes ont un grand impact sur votre qualité de vie, vous pourriez envisager d'autres options.

Ces options impliquent **une chirurgie**, et les chirurgies peuvent présenter des risques. Aussi, informez-vous bien et parlez avec votre spécialiste colorectal des risques et avantages dans votre cas particulier.

Ces options de traitement nécessitent une bonne discussion avec votre spécialiste colorectal. Ce chapitre traitera de ces interventions chirurgicales dans leurs grandes lignes.



La neuromodulation

Si le **Syndrome de résection antérieure basse** est sévère et que les traitements plus conventionnels n'ont pas fonctionné vous pourriez être un candidat à la neuromodulation. Qu'est-ce que la neuromodulation ?

La neuromodulation est une forme de traitement qui affecte les nerfs qui contrôlent l'intestin et les muscles autour de l'anus.

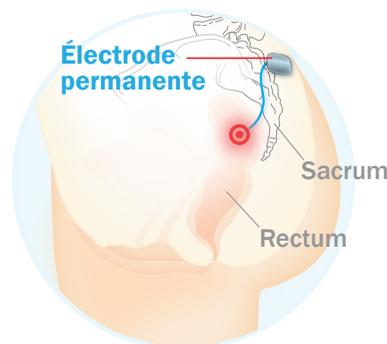
Vous souvenez-vous de ce que nous disions, au début, à propos des nerfs qui contrôlent l'intestin et les muscles des sphincters ? Le traitement peut consister à cibler ces nerfs.

Il y a deux groupes de nerfs qui peuvent être ciblés : « sacré » et « tibial postérieur ».

La neuromodulation sacrée ou NM est la forme de neuromodulation la plus étudiée pour traiter le **Syndrome de résection antérieure basse**.

La NM consiste à placer, près de la colonne vertébrale, une électrode qui, en envoyant un courant électrique, peut stimuler les nerfs qui contrôlent l'intestin et les muscles des sphincters.

La première étape de cette procédure consiste à mettre en place une électrode temporaire pour 2 semaines. S'il y a une amélioration, une électrode permanente peut être implantée.



Souvenez-vous qu'il s'agit d'une chirurgie, ce qui veut dire qu'il y a des risques pour des infections ou des complications chirurgicales. De plus, il se pourrait que la NM ne soit pas couverte par votre assurance pour le traitement du **Syndrome de résection antérieure basse**.

Si vous souhaitez en savoir davantage sur la neuromodulation sacrée, parlez avec votre spécialiste colorectal pour voir si vous seriez un bon candidat à ce type de traitement.

Tous ne verront pas une amélioration avec l'électrode temporaire ; c'est pourquoi la NM n'est pas pour tout le monde.

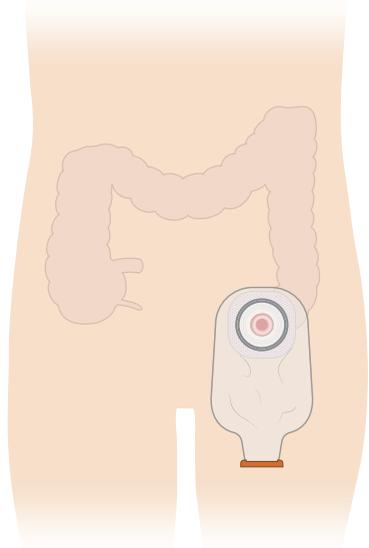
Quand cela fonctionne, des études ont montré que la NM diminuait les symptômes comme l'incontinence, le besoin pressant et la fragmentation des selles.

Stomie permanente (colostomie)

Si le **Syndrome de résection antérieure basse** affecte sérieusement votre qualité de vie, vous pourriez parler à votre spécialiste colorectal de l'éventualité de subir une intervention chirurgicale qui consiste à créer une **colostomie permanente**.

Il se pourrait que vous ayez déjà eu une stomie temporaire (une iléostomie). Une stomie permanente implique le côlon. Une colostomie est généralement plus facile à gérer qu'une iléostomie parce que les selles qui sont recueillies dans le sac sont plus solides.

Nous réalisons que le passage des selles par l'anus est plus naturel et, en général, plus pratique. Avoir une stomie peut paraître un choix bizarre, mais la stomie vous procure un soulagement de **votre syndrome** et constitue un moyen d'évacuer les selles que vous pouvez plus ou moins bien contrôler.



Souvenez-vous que si vous choisissez d'avoir d'une colostomie permanente, cela signifie que vous devrez subir une autre chirurgie. Ceci peut mener à un certain nombre de complications, telles une infection de la plaie, un caillot de sang, une infection grave dans votre ventre, sans oublier les risques liés à l'anesthésie (être endormi pour avoir la chirurgie). Il y a aussi des complications qui peuvent survenir plus tard et qui sont liées au fait d'avoir eu une colostomie, telles une hernie (une bosse) autour de la stomie.

Si le fait d'avoir une colostomie permanente semble être une meilleure alternative à votre situation actuelle pour gérer **votre syndrome**, parlez-en à votre spécialiste colorectal afin d'en apprendre davantage sur les risques et les bienfaits.



En résumé

- La neuromodulation sacrée (NM) ainsi que la chirurgie consistant en une colostomie permanente sont deux interventions chirurgicales invasives qui peuvent être envisagées dans le cas où le **Syndrome de résection antérieure basse** est sévère.
- Il s'agit d'un bref aperçu des risques et des bienfaits de chaque traitement – les deux nécessitent une discussion avec votre spécialiste colorectal afin d'examiner sérieusement toutes les options.

QUELQUES OBSERVATIONS POUR TERMINER

Le **Syndrome de résection antérieure basse** est un problème fréquent chez les survivants du cancer du rectum, et sa gestion peut être délicate. Vous pourriez avoir l'impression que malgré tous vos efforts, vos troubles intestinaux continuent d'affecter vos activités quotidiennes.

Ne désespérez pas !

Notre but est de vous aider à comprendre **votre syndrome**, à réfléchir à vos symptômes et à trouver des solutions qui fonctionnent pour vous.

Si vous pouvez faire ça, vous verrez très certainement une certaine amélioration.

Souvenez-vous : vous n'êtes pas tout seul ! Il y a beaucoup de patients souffrant d'un cancer du rectum qui vivent exactement la même expérience.

Nous vous souhaitons beaucoup du succès.

LISTE DES RÉFÉRENCES ET AUTRES DOCUMENTS

Références

Vous trouverez ci-dessous une liste des articles médicaux que nous avons consultés pour écrire ce module. Nous ne nous attendons pas à ce que vous soyez capable de comprendre ces articles, étant donné qu'ils ont été écrits pour des médecins, et non pour des patients.

Bryant CLC, Knowles CH, Thaha MA, Chan CLH. Anterior resection syndrome. *Lancet Oncology*. 2012.

Martellucci J. Low anterior resection syndrome: a treatment algorithm. *Disease of the Colon and Rectum*. 2016.

Emmertsen KJ, Laurberg S. Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer. *Annals of Surgery*. 2012.

Battersby NJ, Bouliotis G, Emmertsen KJ, Juul T, Glynne-Jones R, Branagan G, Christensen P, Laurberg S, Moran BJ, on behalf of the UK and Danish LARS Study Groups. Development and external validation of a nomogram and online tool to predict bowel dysfunction following restorative rectal cancer resection: the POLARS score. *Gut*. 2017.

Ziv Y, Zbar A, Bar-Shavit I, Igov I. Low anterior resection syndrome (LARS): cause and effect and reconstructive considerations. *Techniques in Coloproctology*. 2013.

Visser WS, te Riele WW, Boerma D, van Ramshorst B, van Westreenen HL. Pelvic floor rehabilitation to improve functional outcomes after a low anterior resection: a systematic review. *Annals of Coloproctology*. 2014.

Scott KM. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of fecal incontinence. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2014.

Ramage L, Qiu S, Kontovounisios C, Tekkis P, Rasheed S, Tan E. A systematic review of sacral nerve stimulation for low anterior resection syndrome. *Colorectal Disease*. 2015.

Landers M, McCarthy G, Livingstone V, Savage E. Patients' bowel symptoms experiences and self-care strategies following sphincter-saving surgery for rectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2014.

Professionnels de la santé spécialisés dans le **Syndrome de la résection antérieure basse**

Il y a beaucoup de personnes à qui vous pouvez vous adresser si vous avez des questions sur votre syndrome. Certaines d'entre elles figurent dans la liste ci-dessous. Parlez à votre spécialiste colorectal pour obtenir une demande de consultation.

- Votre médecin (chirurgien ou oncologue)
- Infirmière spécialisée en oncologie ou chirurgie du rectum
- Physiothérapeute spécialisé en rééducation pelvienne
- Diététicienne
- Pharmacien/ne
- Autres patients !

Documents à l'intention des patients

Vous trouvez ci-dessous d'autres documents en ligne sur le **Syndrome de résection antérieure basse** destinées aux patients.

Bladder Bowel

www.bladderbowel.gov.au/assets/doc/ImproveBowelAfterSurgery.html

Beating Bowel Cancer

www.beatingbowelcancer.org/understanding-bowel-cancer/living-with-bowel-cancer/long-term-changes-bowel-habit/

National health Services

www.eastcheshire.nhs.uk/Patient%20Information%20Leaflets/On%20theA-Z/Managing%20bowel%20after%20Anterior%20Resection%2011453.pdf

Coloplast

www.coloplast.co.uk/Global/UK/Continence/Peristeen/Managing-your-bowel-function-Patient-Booklet.pdf

www.coloplast.ca/products/?gclid=EAIaIQobChMIppW2ybD74gIV0YZbCh1ZxgsGEAAAYASAAEgIp6fD_BwE&gclsrc=aw.ds (disponible en français)

Cancer colorectal

www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-type/colorectal/colorectal-cancer/?gclid=EAIaIQobChMIlovo7rD74gIVR1mGCh2Dkw4DEAAAYAiAAEgK5v_D_BwE (disponible en français)

MON JOURNAL - TROUBLES INTESTINAUX

Date							
Nombre de selles							
Consistance moyenne des selles (Bristol)							
Heure des symptômes (encerchez svp)	Matin Après-midi Soir						
Nombre d'épisodes d'incontinence	Gaz						
	Légèrement liquide						
	Très liquide						
	Selle						
Avez-vous dû courir aux toilettes à cause d'un besoin pressant soudain ?	Oui Non						
Avez-vous dû aller aux toilettes deux fois ou plus durant la même heure ?	Oui Non						
Quels autres symptômes avez-vous eus ? (encerchez ceux qui s'appliquent)	Difficulté à évacuer						
	Constipation						
	Crampes						
	Ballonnements						

MON JOURNAL - ALIMENTATION

Date							
Symptôme qui vous dérange	Fréquence						
	Besoin pressant						
	Incontinence						
	Fragmentation						
	Constipation						
	Ballonnements						
Aliments ayant pu vous incommoder aujourd'hui	Fruits						
	Légumes						
	Aliments épicés						
	Gâteaux et sucreries						
	Noix						
	Autre :						
Boissons ayant pu vous incommoder aujourd'hui	Café						
	Thé						
	Alcool						
	Autre :						
Aliments ou boissons éliminés depuis la dernière fois où vous avez écrit dans votre Journal							

MON JOURNAL - LOPÉRAMIDE

Date							
Combien de comprimés de lopéramide avez-vous pris aujourd'hui ?	Matin 0 1 2						
	Midi 0 1 2						
	Soir 0 1 2						
	Au coucher 0 1 2						
Avez-vous pris le lopéramide 30 minutes avant le repas ?	Oui						
	Non						
Pensez-vous que ça a soulagé vos symptômes ?	Oui						
	Non						

Ce livret a été conçu par :

Marylise Boutros, MD et Richard Garfinkle, MD

Chirurgie colorectale

Hôpital général juif

Montréal, Québec, Canada

Nous aimerions remercier l'Office d'éducation des patients du CUSM pour toute l'aide fournie tout au long de l'élaboration de ce livret, incluant la rédaction, la conception, la mise en page, de même que la création de toutes les illustrations.

© Tous droits réservés. Le 15 août 2019. Centre universitaire de santé McGill, Office d'éducation des patients. Ce document est protégé en vertu de la loi sur le droit d'auteur. Toute reproduction, en tout ou en partie, sans l'autorisation expresse de patienteducation@muhc.mcgill.ca est strictement interdite.

Toutes les illustrations contenues dans ce document ont été créées par et ont été incluses avec la l'autorisation du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Ces illustrations sont protégées en vertu de la loi sur le droit d'auteur. Elles ne peuvent être modifiées ni reproduites sans l'autorisation de l'Office d'éducation des patients du CUSM.



IMPORTANT

Les informations contenues dans ce livret sont à des fins éducatives. Ce livret ne vise en aucun cas à remplacer les conseils ou les consignes d'un professionnel de la santé ni à se substituer à des soins médicaux. Contactez un professionnel de la santé qualifié si vous avez des questions concernant vos soins de santé.

Centre universitaire
de santé McGill



McGill University
Health Centre

Office d'éducation des patients
Patient Education Office



Ce document est disponible sur le site de
l'Office d'éducation des patients du CUSM
www.educationdespatientscusm.ca

