Schweizerische Vereinigung der StomatherapeutInnen
Association Suisse des Stomatherapeutes
Associazione Svizzera delle stomaterapiste
Associaziun Svizra da las Stomaterapeutas

Syndrome de résection antérieure basse (LARS)
Problèmes d'élimination après résection du rectum

BROCHURE D'INFORMATION POUR LES SOIGNANTS IMPLIQUÉS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES DE CE SYNDROME

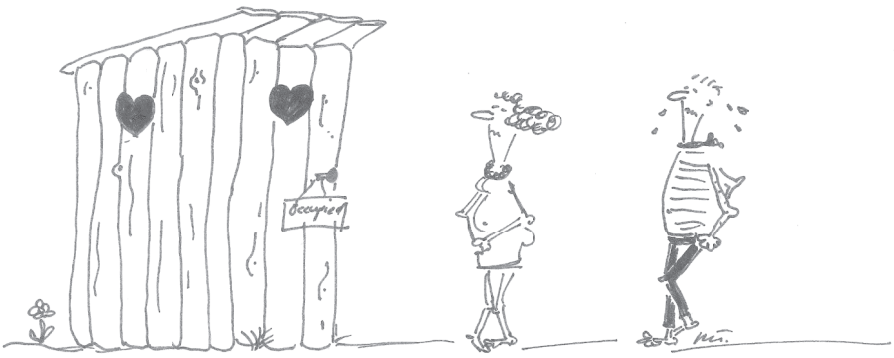


Table des matières

1. Introduction 4
2. Préambule 5
3. Anatomie et physiologie, Lars et techniques opératoires 6
4. Evaluation 12
5. Trouble de la continence et de la fréquence des selles 14
6. Consistance des effluents 16
7. Irritation cutanée 18
8. Remerciements 20
9. Annexe 21
   9.1. Anamnèse 21
   9.2. LARS-Score 23
   9.3. Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score (Wexner-Score) 25
   9.4. Rockwood-Score (Qualité de vie) 26
   9.5. Calendrier des selles 29
   9.6. Option médicamenteuse 30
   9.7. Irritation de la peau 33
10. Bibliographie et illustration 35

1. INTRODUCTION

Après le rétablissement de continuité, de nombreux patients souffrent de problèmes de transit qui affectent leur vie quotidienne. Leurs difficultés sont conséquentes. Actuellement, aucune recommandation basée sur des études n'est proposée en Suisse pour traiter et soulager les symptômes.
Lors des journées de formations continues de l'Association suisse des stomathérapeutes (SVS-ASS) en 2017, l'une d'entre nous a proposé de développer un livret d'information pour les patients bénéficiant d'un rétablissement de continuité après une iléostomie de décharge à la suite d'une résection rectale. Un groupe de travail constitué de plusieurs collègues s'est formé, soutenu par la SVS-ASS.
La première réunion a eu lieu dans le café de la gare principale de Zurich et a réuni des stomathérapeutes de la Suisse romande, italienne et alémanique. Nos échanges se sont déroulés dans une combinaison d'allemand, d'italien, de français et d'anglais.
Il nous est apparu rapidement qu'une brochure d'information pour les personnes concernées ne suffirait pas. D'une part, parce que chaque hôpital a ses propres directives et exigences en matière de communication, mais aussi parce qu'il existe souvent des différences dans les services spécialisés impliqués sur les recommandations émises et sur le moment opportun pour donner ces recommandations.
Il a donc été décidé qu'une deuxième brochure devrait être élaborée à l'intention des professionnels.
L'élaboration de la brochure s'est effectuée en différentes langues, car le groupe de travail a travaillé en sous-groupes, chacun d'entre eux construisant un sujet et écrivant le texte dans sa propre langue. Par conséquent, les textes et toutes les discussions du groupe de travail ont dû être traduits et expliqués encore et encore.

Ce livret a été élaboré par des infirmières stomathérapeutes. Nous serions heureuses que les recommandations et les suggestions qui y sont formulées contribuent à améliorer les soins dispensés aux personnes concernées par ce problème et les aident ainsi à faire face à leurs symptômes et à améliorer leur qualité de vie.
Le dépliant pour patient devrait aider les personnes concernées à mieux mettre en œuvre les mesures recommandées.

Après deux ans de travail, cette première édition de la brochure est disponible en allemand et en italien, et adaptée en français par les francophones du groupe. Cette brochure n'est pas exhaustive et elle est destinée à être développée plus avant.

Groupe de travail Brochure LARS

Ghislaine Anfossi

Laurence Balet

Catherine Bürgi

Carla Civelli

Claire Genoud

Cristina Guidese

Angelica Moor

Regula Schuhmacher

Cristina Treter

2. PRÉAMBULE

Après résection du rectum et suite au rétablissement de continuité, beaucoup souffrent de problèmes de transit. L'ensemble de ces symptômes est appelé syndrome de résection antérieure basse (LARS: Low Anterior Resection Syndrom ou syndrome LAR). Il comprend une motilité intestinale altérée, une fréquence d'exonération accrue, une diarrhée, une incontinence fécale et anale, et une sensation de défécation incomplète (Juul et al., 2014). Les symptômes diminuent au cours des six premiers mois après rétablissement de continuité (Emmertsen & Laurberg, 2013), mais nombreux sont ceux qui ont une qualité de vie altérée encore 14 ans après (Chen et al., 2015). Les symptômes limitent les personnes touchées dans leur vie quotidienne et ils rapportent avoir passé les premières semaines près des toilettes («Lié aux toilettes» est le titre déterminant de l'étude de Taylor et Bradshaw (2013).
Les personnes atteintes de LARS ont besoin de soins et de conseils de la part de professionnels de la santé non seulement au cours des premières semaines qui suivent une fermeture de stomie, mais aussi longtemps qu'elles sont affectées par leurs symptômes dans leur vie quotidienne. Cette brochure a été créée pour améliorer leur prise en charge. Elle est destinée aux professionnels tels que les stomathérapeutes, les consultants en continence et les médecins. Les recommandations qui y sont formulées doivent être adaptées par les professionnels selon leur expertise.
La brochure n'est pas destinée aux patients. Un dépliant a été élaboré, qui résume les mesures les plus importantes permettant au patient de les lire et de les utiliser comme base de discussion pour la prise en charge, accompagnée par le soignant.

Les recommandations de ce livret combinent littérature et expérience et ne constituent pas une recommandation fondée sur des preuves.

3. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE, LARS ET TECHNIQUES OPÉRATOIRES

L'anatomie du rectum et du canal anal.
Le rectum est la portion terminale du tube digestif. Il mesure environ 15 cm et se situe entre le côlon et l'anus. Il est divisé en 3 parties: haut, moyen et bas rectum. Le canal anal commence à la terminaison de l'ampoule rectale au niveau du plancher pelvien. Il traverse le périnée et se termine par l'anus. Entouré sur toute sa longueur par deux sphincters, interne et externe (l'appareil sphinctérien), responsables de la continence anale (Beaugeri & Sokol, 2014).

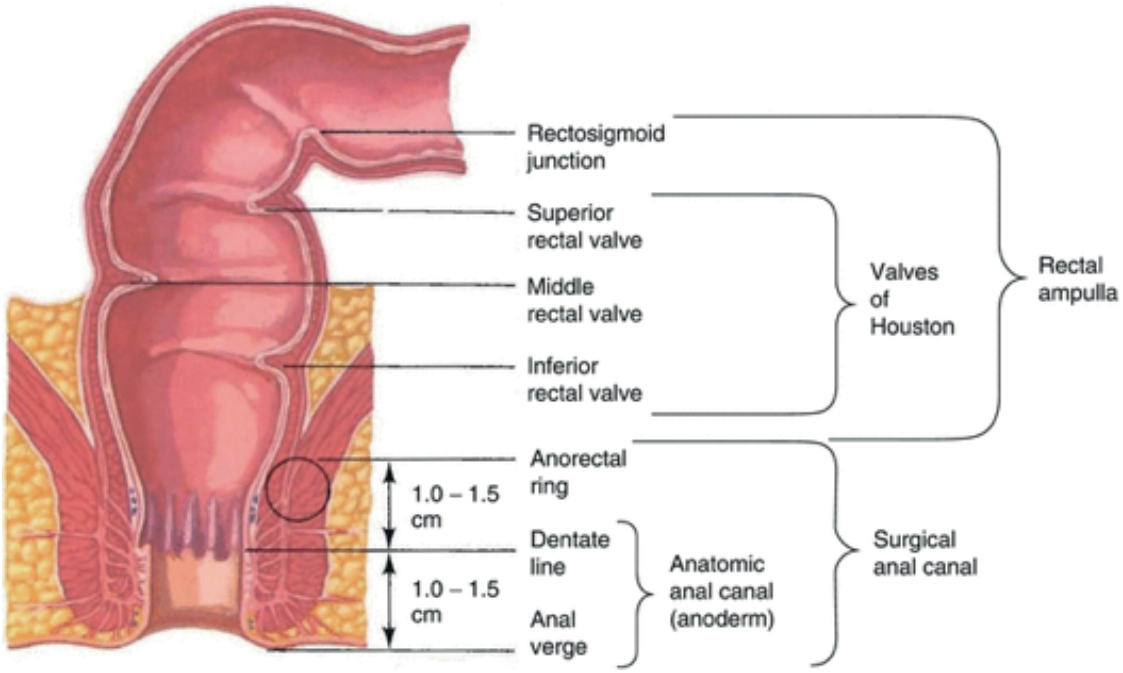


Image 1 Anatomie du rectum et du canal anal

Sa paroi contient de nombreuses fibres nerveuses qui transmettent au cerveau des informations sensitives, jouant un rôle majeur dans la défécation. Dans sa partie basse, se trouve un réseau veineux dense relié aux veines du plexus hémorroïdaire de la région anale.

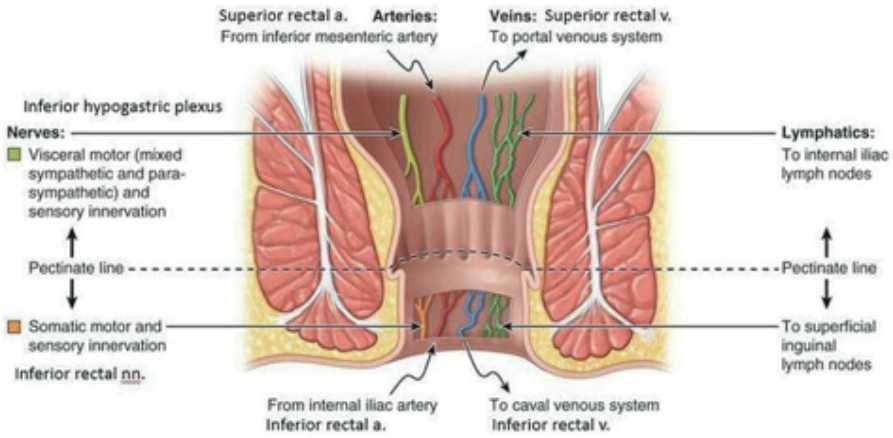


Image 2 les nerfs du canal anal

Le transit
Un cycle complet de la digestion dure en moyenne 24 heures. Le passage dans l'intestin grêle, puis dans le colon et finalement dans le rectum dure chacun 6-7h.
Après un repas, un mouvement de masse du côlon aboutit au remplissage du rectum par les matières venant du sigmoïde (réflexe gastro-colique). La qualité/quantité des selles dépend du régime alimentaire, des capacités d'absorption du grêle et de réabsorption d'eau du côlon (Palit, Lunniss, & Scott, 2012). Il existe une grande variabilité de fréquence du transit dans la population. Dans les pays industrialisés avec une alimentation souvent pauvre en fibres, la fréquence se situe entre 3x par jour et 3x par semaine. Sa quantité varie entre 100-150gr par jour dont 60% d'eau (Degen, Dederding, Bauerfein, & Geglinger, 2008).

La physiologie anorectale de la défécation
Les phénomènes responsables de la continence et de la défécation sont complexes et interdépendants. Le rectum et l'anus jouent des rôles essentiels.
Les récepteurs sensibles à la tension sont responsables de la sensation de remplissage et sont situés dans la sous-muqueuse et la musculeuse rectale. D'autres récepteurs permettent de reconnaître le caractère liquide, solide ou gazeux du contenu rectal et peuvent être altérés lors de la chirurgie.
Il existe aussi des mécano-récepteurs dans les muscles releveurs de l'anus et le pubo-rectal avec des phénomènes musculo-nerveux où interviennent les muscles lisses et striés, l'innervation végétative, l'innervation somatique sensorielle ou motrice.
Le transit est aussi influencé par différents facteurs, tels que : la consistance des selles, la motricité et les phénomènes d'absorption et de sécrétion du colon, les facteurs psychologiques et sociaux.

La classification anatomique chirurgicale des haut, moyen et bas rectum:

- Bas rectum: 0 à 5 cm de la marge anale /2 cm ou moins du bord supérieur de l'appareil sphinctérien
- Moyen rectum: 5 à 10 cm de la marge anale / de 2 à 7 cm du bord supérieur du sphincter
- Haut rectum: 10 à 15 cm de la marge anale / plus de 7 cm du bord supérieur du sphincter
  Jonction recto-sigmoïdienne: >15 cm /> S3

Le mésorectum est le tissu graisseux qui entoure le rectum et qui contient les voies nerveuses locales et les ganglions lymphatiques de cette région (Beaugeri & Sokol, 2014). De ce fait, depuis la fin des années 90, les techniques chirurgicales de résection basse du rectum (LAR) se font en incluant la résection totale ou partielle de cette partie anatomique (TME, PME) car elles réduisent sensiblement les récidives. Ces dernières années, il a été montré que la marge de résection circonférentielle était un concept oncologique plus important que la problématique de la marge distale dans la chirurgie du cancer rectal. Ainsi, le risque de récidive ne dépend pas de la hauteur tumorale mais de l'infiltration ou non du sphincter externe. (5b)

Les symptômes du LAR sont différents pour chacun, en spécificité et/ou en intensité.
Ce sont principalement: l'incontinence pour les gaz et les selles liquides, la fréquence, le fractionnement (clustering) et l'urgence.
Ce dont les personnes souffrent le plus sont l'urgence et le fractionnement, qui se manifestent par le besoin fréquent d'aller à la selle et une mauvaise vidange du rectum (Bryant, Lunniss, Knowles, Thaha, & Chan, 2012; Juul et al., 2014) (7) (8)
Il y aurait 40% de personnes souffrant du syndrome avec une forme sévère et 25% d'une forme mineure. (Emmertsen & Laurberg, 2012)(10) Après la fermeture de la stomie, les symptômes sont maximaux jusqu'à 3 mois, puis diminuent lentement mais régulièrement jusqu'à une année, ensuite il y a peu d'amélioration. (Camillieri-Brennan, Ruta, & Steele, 2002)(6)

Les causes sont multiples:

- La perte de la fonction de réservoir qu'est l'ampoule rectale.
- La résection chirurgicale qui peut amener à des dommages directs au sphincter interne par son élongation pendant la création de l'anastomose.
- La dénervation du colon gauche suite à son importante mobilisation nécessaire à l'opération peut amener à une hypermotilité du néorectum responsable des multiples évacuations et urgences (Ridolfi, Berger, & Ludwig, 2016) (9).
- D'autres études en cours mettent en avant le rôle des récepteurs de la sérotonine dans la motilité du colon après dénervation, d'où l'effet bénéfique de l'Ondansetron (Zofran®) antagonistes des récepteurs 5-HT3 (Ridolfi et al., 2016) (9).

Les types de chirurgie

La hauteur de la tumeur dans le rectum et l'envahissement des structures voisines influencent le type de chirurgie qui sera plus ou moins conséquente

Images 4 à 7. Les chirurgies TME et PME (Total Mesorectum Excision et Partial Mesorectum Excision) sont l'exérèse totale ou partielle du mésorectum en monobloc de la tumeur et du tissu cellulo-graisseux entourant le rectum et limité circonférentiellement par le fascia recti.

RIS (Résection intersphinctérienne) et l'excision d'une partie ou de la totalité du sphincter anal interne. (Cipe, Muslumanoglu, Yardimci, Memmi, & Aysan, 2012)(13)

Les autres facteurs de risque

- La radiothérapie, en fibrosant les tissus, diminue l'élasticité du néo-rectum.
- La création d'une stomie de protection et son délai de fermeture au-delà de 3 mois supposerait une adaptabilité fonctionnelle réduite du néorectum après une plus longue période de dérivation. (Kim & Kim, 2015)
- Les fuites de l'anastomose. (Hughes, Cornish, Morris, & Group, 2017)

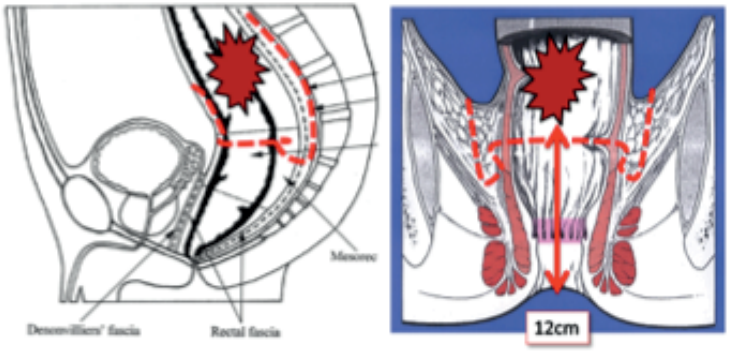


Image 3: La résection partielle du mésorectum (PME)

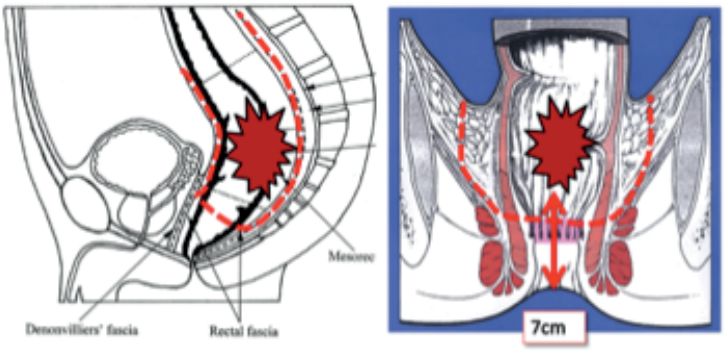


Image 4: La résection totale du mésorectum (TME).

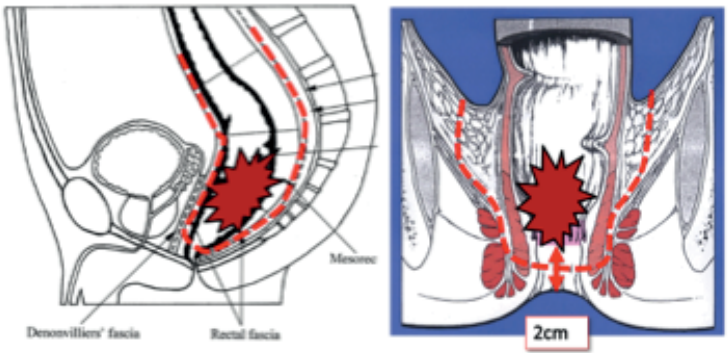


Image 5: La résection antérieure basse (RAB): par TME et résection intersphinctérienne (ISR).

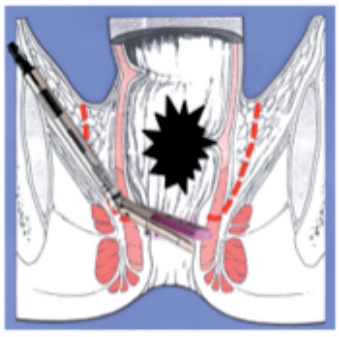
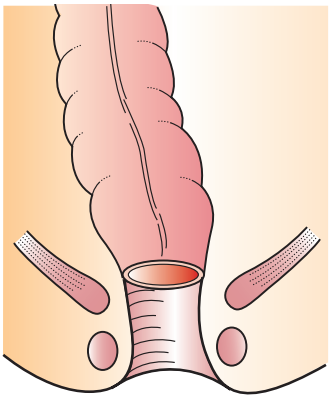


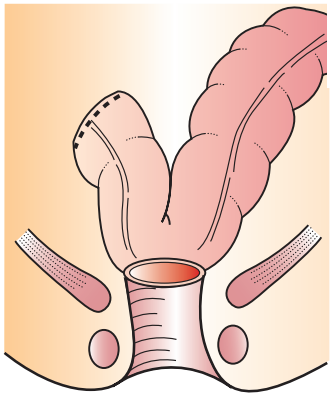
Image 6: La résection antérieure basse (RAB): par TME et résection intersphinctérienne (ISR).

Image 7: Par voie abdominale (TME). Par voie transanale (TaTME)

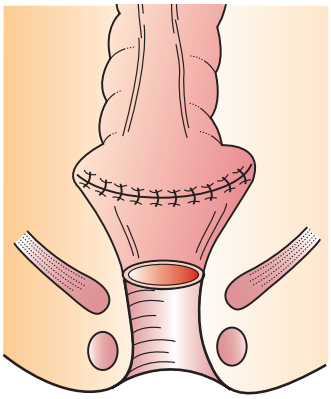
Les types d'anastomoses
Plus celle-ci est basse plus elle entraîne des difficultés. Le principe fonctionnel majeur du réservoir colonique en J (colonic J pouch) serait relié à la motilité propulsive retardée et celle-ci donnerait de meilleurs résultats à 1,5 ans. Puis les différentes techniques s'égaliseraient à l'exclusion de la technique colo-anale termino-terminale (dessin 8a). (Huttner et al., 2015)



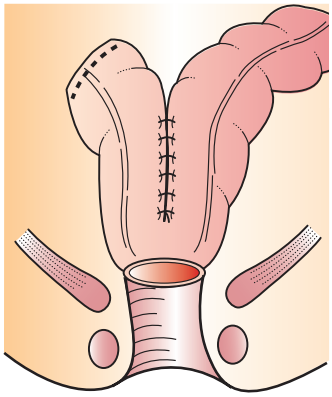
a: termino-terminale



b: coloplastie transverse



c: latéro-terminales



d: réservoir colonique en J

Le diagnostic du LARS
Lorsque des séquelles digestives importantes persistent 3 mois après la fermeture de la stomie temporaire, elles nécessitent une prise en charge spécifique. Dans un premier temps: éliminer une cause organique à la dysfonction digestive par une rectoscopie, un scanner et un lavement radio-opaque afin d'éliminer une sténose anastomotique, une récidive pelvienne précoce, un sepsis pelvien chronique ou encore une ischémie colique distale d'origine radique. (5b)

4. EVALUATION

Il n‘existe actuellement aucun traitement spécifique pour le LARS. Le traitement est généralement centré sur les symptômes et basé sur l‘expérience. Il s’appuie sur les approches thérapeutiques de l‘incontinence fécale non spécifique ou des problèmes de défécation. (Martellucci, 2016). Il existe peu de thérapies fondées sur des preuves, bien que certaines approches thérapeutiques soient l’objet de plus de recherches que d‘autres. Les chapitres suivants expliquent les causes, les symptômes et les traitements possibles en fonction des symptômes.
Pour cette raison, il est important que leur historique (voir ci-dessous) soit collecté en détail. Les mesures prises interagissent généralement et ne peuvent donc pas être considérées ou appliquées isolément.
Les propositions de traitement ne sont pas exhaustives et montrent seulement les nombreuses possibilités. Leur efficacité doit être évaluées par le thérapeute.

Cette évaluation est réalisée en tant que processus et implique, non seulement la collecte systématique des données, mais également leur tri, leur structuration et leur documentation de manière compréhensible (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2013). En plus de l’évaluation infirmière, une anamnèse est nécessaire, ainsi qu’un examen clinique pour obtenir des mesures précises.

Dans les symptômes complexes de la résection antérieure basse, il est généralement insuffisant de fournir le diagnostic infirmier «incontinence fécale» (NANDA cité), et les mesures qui en découlent sont diverses et très individuelles.

Le but de ce chapitre est d’aider le professionnel à comprendre les problèmes/symptômes de manière aussi complète que possible afin que les traitements possibles ou des examens complémentaires puissent être initiés.

Il serait souhaitable qu‘une anamnèse des fonctions défécatoires soit réalisées au moment du diagnostic, c‘est-à-dire avant la chimio et / ou la radiothérapie et avant la résection rectale et la confection de la stomie. Cela peut également être fait avant le rétablissement de continuité.

Les problèmes de transit sont généralement associés à une gêne et à une honte pour les patients. Souvent, ils ne sont pas conscients des problèmes, douleurs, plaies, etc. qui existaient déjà. Il est donc important de poser des questions avec précision mais avec sensibilité. Le professionnel doit être soucieux de créer une atmosphère de confiance afin que les personnes concernées osent parler de leurs problèmes.

Juste après le rétablissement de continuité, les symptômes sont généralement importants. Souvent, une consultation centrée sur les symptômes peut suffire peu de temps après une chirurgie sans antécédents détaillés. Cependant, si les problèmes d‘élimination persistent après trois à six mois, il est important de disposer d‘un historique détaillé. La fiche d‘anamnèse se trouve en annexe.

En plus de l‘historique, l’évaluation de l‘exonération peut fournir des indices sur les causes et les approches de traitement possibles. Il peut être utile de tenir un journal de l’élimination pendant plusieurs jours. Il convient de noter que cela nécessite un degré élevé d‘adhésion des personnes concernées. Celui-ci peut être personnalisé selon les besoins.

En plus de ces deux questionnaires, le questionnaire LARS validé et traduit est joint. Il est simple avec ses cinq questions et donne un premier indice sur la gravité des symptômes présents.

Il existe également de nombreux questionnaires différents pour la collecte des données sur la continence. Cette brochure présente le questionnaire Wexner (score incontinent fécal de Floride de la clinique de Cleveland). Ce score est très court et simple, il ne tient pas compte de la fréquence ou de la consistance des selles, facteurs importants dans les symptômes du LAR, mais permet de faire un point de la continence fécale.

Les questionnaires sur la qualité de vie sont généralement très complets et leur interprétation des résultats obtenus n'est pas aisée. Ces questionnaires sont également validés. La version allemande de la question de la qualité de vie de Rockwood sur l'incontinence fécale a été validée par Ahnis, Holzhausen, Rockwood et Rosemeier (2012). Comme il est très détaillé, son utilisation doit être réfléchie. Nous vous proposons une adaptation française en annexe.

5. TROUBLE DE LA CONTINENCE ET DE LA FRÉQUENCE DES SELLES

La continence anale normale est définie comme la capacité de différer le besoin et ainsi de pouvoir choisir le moment de l'exonération.

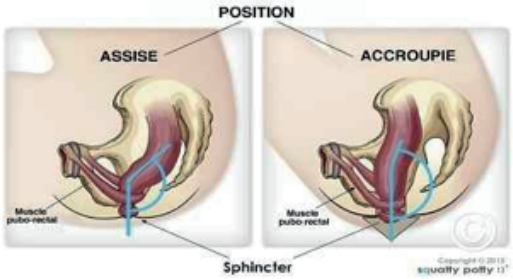
Causes
Avec le syndrome LAR ou LARS cette continence est mise à mal à la suite de la modification chirurgicale du système capacitif recto-sigmoïdien avec la perte du réservoir rectal. Le système résistif sphinctérien peut aussi être modifié à la suite de troubles de l'innervation, conséquence des lésions possibles des nerfs pudendaux et d'un problème irritatif ou inflammatoire, conséquence de la modification fonctionnelle du transit. L'état psychologique et le stress ont aussi un effet sur la vitesse du transit. Le plus souvent, c'est une combinaison de plusieurs éléments traités dans ce chapitre et les suivants qui se révèle être efficace dans le traitement de ce syndrome.

L'objectif de ce chapitre est donc de donner des pistes pour:

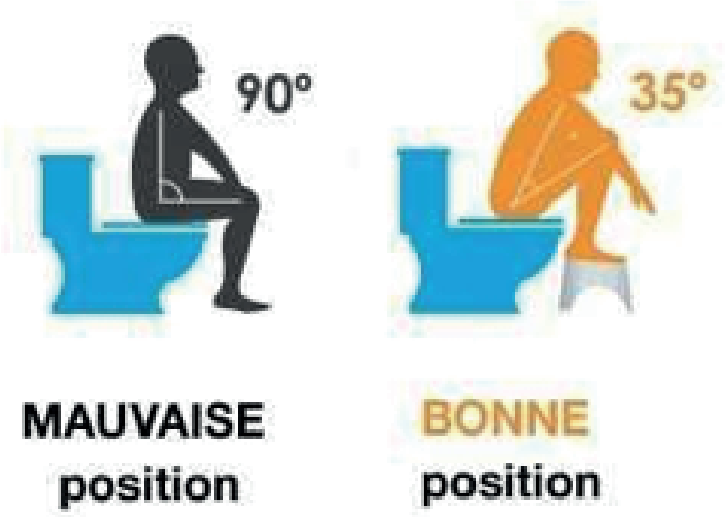
- Améliorer la vidange, obtenir la vacuité du réservoir pour diminuer la fréquence des besoins.
- Diminuer la motilité intestinale et ainsi la fréquence des selles.
- Augmenter la capacité du néo réservoir.
- Améliorer la continence.

Thérapies
Les techniques proposées ci-dessous sont indissociables des moyens détaillés dans cette brochure pour améliorer la consistance des selles

Position
La position de défécation naturelle est la position accroupie. Elle permet de décontracter au maximum le muscle puborectal, d'aligner le colon, de réduire la pression sur le périnée, les veines de l'anus et du rectum et ainsi améliore la vidange du réservoir.
Installation en position détendue, les pieds doivent être à plat sur le rehausseur, les genoux doivent être plus haut que les hanches, l'angle optimum entre les jambes et le buste est de 35° (Mölle et al., 2018).



Avec la position ASSISE,
les **muscles pubo-rectaux** et le **sphincter** sont relachés



La capacité contractile du rectum étant réduite, le client doit prendre le temps pour assurer une vidange optimale sans pousser.

Des techniques existent pour ralentir le transit qui peuvent aider certaines personnes. Il n'y a pas de preuves scientifiques dans les cas de LARS.

- Relaxation et sophrologie agissent sur la gestion du stress.
- Drainage lymphatique et réflexologie agissent plutôt sur l'inflammation.
- Acupression digitale, qui rééquilibre les énergies, et agit sur le stress et les crampes intestinales.

Activités à recommander pour améliorer la perception et la contraction du périnée

- Pilates: a pour objectif le développement des muscles profonds, l'amélioration de la posture et l'équilibrage musculaire.
- Méthode Feldenkrais: prise de conscience du corps pour intégrer des possibilités de changement, apprentissage somatique utilisant des mouvements doux.
- CANTIENICA®-Methode: pour renforcer le plancher pelvien et les muscles profonds.
- Yoga: vise une maitrise des muscles visibles mais aussi des muscles profonds, du fonctionnement respiratoire et du travail sur les viscères.
- Chant: sa pratique est indissociable d'une bonne posture, d'une mobilisation du diaphragme qui entraine une mobilisation périnéale.
- Gymnastique hypopressive : technique de gymnastique basée sur le muscle transverse de l'abdomen, travaillant en synergie avec le diaphragme et le périnée.
- Danse orientale: met en jeu la mobilité du diaphragme, du bassin et des abdominaux profonds.
- Activités sexuelles apportent des bienfaits aussi bien physiques que psychologiques.

Traitements paramédicaux et médicaux

Le but est d'améliorer la capacité de continence, d'améliorer la capacité du nouveau réservoir, d'améliorer la vidange. Ces thérapies ont prouvé leur efficacité dans ce syndrome.
Une anamnèse médicale et physiothérapeutique spécifique est nécessaire : toucher rectal, contrôle de l'anastomose pour évaluer la présence d'une sténose, contrôle d'une possible irritation du canal anal, testing et évaluation de la capacité de contraction volontaire.

a. Physiothérapie périnéale, en ayant à l'esprit que la répétition régulière des exercices est nécessaire pour obtenir une amélioration.
    i. Exercices de renforcement périnéal associés ou non au biofeedback.
    ii. Technique d'augmentation de la capacité du réservoir et d'amélioration de la perception, à l'aide de sonde à ballonnet.

b. Neurostimulation
    i. Neuromodulation sacrée améliore les symptômes en diminuant la motricité antérograde du colon et le fonctionnement du sphincter et en augmentant la pression basale du sphincter.
    ii. Stimulation du nerf tibial diminue la motilité intestinale.
    iii. Stimulation vagale a un effet antiinflammatoire et pourrait ralentir le transit, en cours d'expérimentation.

c. Irrigation transanale à l'eau, améliore la vidange, diminue l'irritation du canal anal, la fréquence des selles et améliore la qualité de vie.
    i. Irrigation anale avec machine et cône ou avec sonde vésicale et seringue.
    ii. Avec système Peristeen®, en principe contre indiqué (anastomose) mais utilisable dans certains cas.

d. Moyens palliatifs

i. Obturateurs anaux seulement avec accord médical (anastomose)
ii. Protections: différentes formes d'absorbants

e. Traitement chirurgical

i. Amélioration des sphincters: sphinctéroplastie, injections intra-sphinctériennes pour augmenter le sphincter, graciloplastie dynamique, sphincter anal artificiel
ii. Irrigation colique antérograde: technique de Malone
iii. Dérivation: iléostomie ou colostomie définitive

f. Suivi psychologique

Sujet tabou: dépister et inciter le patient à parler du problème et à rechercher de l'aide

i. Programmes d'éducation thérapeutique (ETP) afin d'aider les patients à mieux s'impliquer dans leur prise en charge pour une meilleure qualité de vie,
ii. Carnet de suivi personnel: répertoriant ses mesures diététiques, ses traitements, son transit, et des remarques éventuelles permet de déceler des habitudes individuelles et de les adapter.

6. CONSISTANCE DES EFFLUENTS

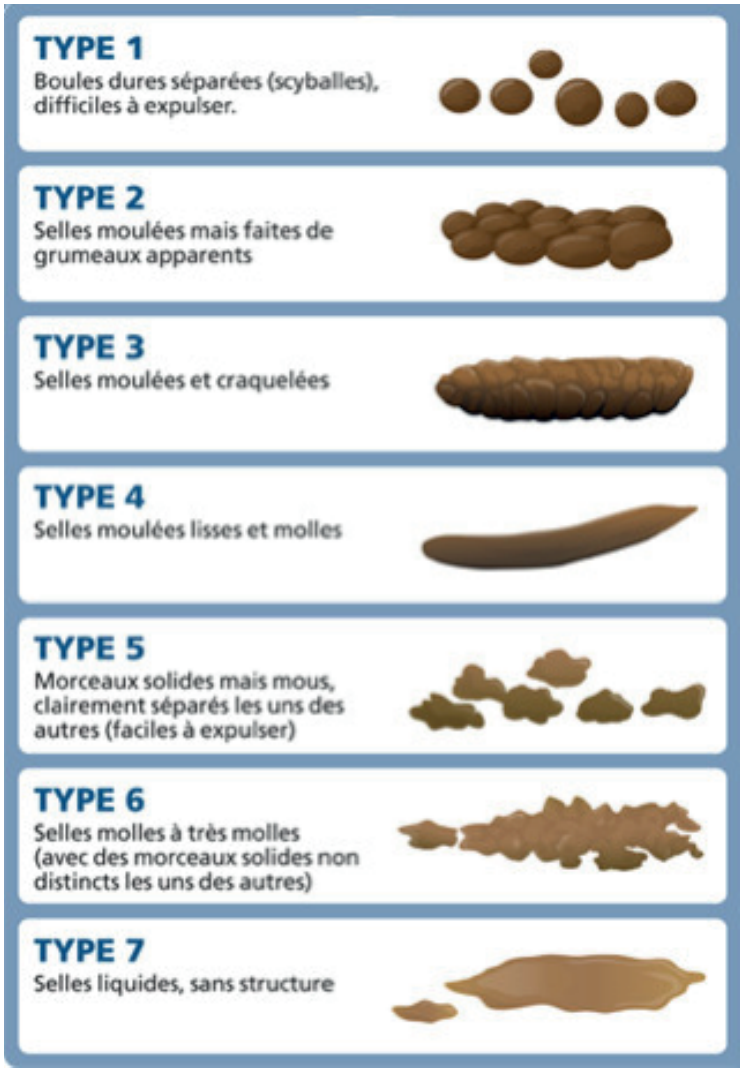
Définition:
Le transit intestinal dépend de la consistance des selles. L'échelle des selles de Bristol décrit la selle idéale comme suit:

- Les selles ont la forme d'une saucisse avec une surface fissurée ou lisse.

La nature des selles a une influence importante sur la régulation et la continence. Les selles liquides sont plus difficiles à retenir que les selles solides. En retirant une partie du réservoir intestinal (rectum) et en raccourcissant l'intestin, l'absorption des liquides diminue. Cela conduit à des changements dans la nature des selles, ce qui augmente les symptômes de LARS.

Causes:
Le changement de consistance des selles peut avoir différentes causes. Dans le contexte des LARS, une attention particulière doit être accordée aux éléments suivants:
Les chimiothérapies et les radiothérapies peuvent affecter les selles ou endommager la muqueuse intestinale. Cela peut conduire à des selles fluides. L'étendue des dommages intestinaux doit être clarifiée avec l'oncologue ou le gastro-entérologue.
La longueur de l'intestin résiduel après résection et élimination de la tumeur est une notion importante, connue par le chirurgien.

Texture des selles- Points importants:
Le transit habituel avant la chirurgie et avant la chimio et / ou la radiothérapie est très individuel et dépend de plusieurs facteurs.
L'échelle de Bristol est une norme utile pour évaluer la qualité des selles:



En outre, il est utile de remplir un calendrier du transit. Pour documenter un parcours significatif, il doit être effectué pendant au moins 5 à 7 jours.
Des désagréments liés à la nourriture sont possibles. Certaines réactions alimentaires peuvent augmenter après la chirurgie, intolérance au lactose, par exemple.
Il est pour cela nécessaire de tenir un journal des prises alimentaires. Il peut mettre en évidence des réactions possibles et en conséquence, éviter momentanément certains aliments.
L'information au patient concernant les conséquences de son alimentation lui permet de mieux l'adapter et de faire face aux conséquences du LARS.

Mesures de soutien
Être attentif aux habitudes alimentaires: manger lentement, bonne mastication, contrôle de l'état des dents.
Fractionner des repas plus petits tout au long de la journée. Mais sauter un repas peut provoquer des selles liquides et des fuites dues au gaz.
Boire suffisamment (1,5 - 2 l / 24h): lentement, à distance ou après les repas, mais pas avant.

Les aliments qui peuvent affecter la consistance des selles:
Constipant:
Pommes de terre cuites, bananes, jus de myrtilles / myrtilles séchées, abricots secs, artichauts, riz blanc, pommes râpées ou cuites, pâtes, guimauves, coings, biscuits salés / bretzels / bâtons de bretzels, beurre de cacahuètes, thé noir, boissons isotoniques, eau de coco, boisson de soja, eau minérales riches en électrolytes

Laxatif:
Café, bière, vin rouge, jus d'orange, jus de pomme, chou, piments, haricots, pois, raisins, abricots, pêches, prunes, plats épicés (piment, curry, ail)

Flatulent:
Boissons gazeuses, bière, chou, laitue, haricots, maïs, concombres, noix, produits laitiers, poireaux, légumes secs, oignons
Ces aliments sont cités à titre d'exemple. Ils ont été traduits à partir de l'article suivant:
Université de Washington Scholl of Medicine St. Luis Département de chirurgie https://colorectalsurgery.wustl.edu/patient-care/low-anterior-resection-syndrome/

Les médicaments qui affectent la consistance des selles
Le traitement vise à rendre les selles molles à fermes. Ainsi, la défécation peut être mieux contrôlée.

Une liste non exhaustive de médicaments, leurs effets et leurs modes d'utilisation est disponible en annexe.

7. IRRITATION CUTANÉE

Définition:
Dermite associée à l'incontinence (DAI) – terme aussi utilisé : dermite irritative, dermite périnéale
La dermatite associée à l'incontinence (DAI) est un type spécifique de dermatite de contact caractérisée par une rougeur et un œdème de la peau périnéale ou périgénitale (Gray et al., 2007). La DAI peut être associée à des vésicules, des érosions ou des infections cutanées secondaires. La dermatite montre que la fonction barrière de la peau est altérée et des complications telles que des infections ou des attaques fongiques peuvent survenir. La DAI est généralement associée à la douleur et à la sensation de brûlure.

Délimitation
La dermatite associée à l'incontinence (DAI) doit être différenciée du grade 1 de l'escarre. Il est également important que les mycoses (infection fongique) soient détectées et traitées correctement. Il faut également exclure les maladies dermatologiques. Celles-ci sont du domaine du traitement par un dermatologue et ne sont pas considérées comme une conséquence directe du LARS.

Diagnostic	DAI	Escarre stade 1	Mycose
Cause	Humidité	Pression/ Force de cisaillement	Complication de l'humidité
Facteurs favorisants	Diarrhée/incontinence	Alitement	Baisse de l'immunité
Localisation	Périnéale et périphérie	Protubérance osseuse	Disséminés
Formation	Lésion superficielle diffuse	Lésion limitée localement	Lésions superficielles diffuses
Bord de plaie	Diffus	Bien délimité	Clairement démarqué
Lit de la plaie	Rouge brillant	Rougeur non inflammatoire	Rougeur non inflammatoire
Etat de la plaie	Peau brillante, rougie	Peau moite à grasse, squameuse ou visqueuse	Atteinte blanchâtre
Traitement local	Voir annexe	Soulagement des pressions et traitements des plaies	Traitement antifongique selon ordre médical

Anamnèse /évaluation
En plus de l‘évaluation complète de l‘incontinence fécale, une inspection minutieuse du siège doit être effectuée. Les points suivants doivent être examinés:

- Lieu de rougeur? (Sacré ou péri anal)

- Moment de l‘apparition de la rougeur

- Étendue des rougeurs? La rougeur est-elle limitée à l’anus?

- Température / inflammation de la peau affectée?

- Rougeur: forte / floue, régulière / irrégulière?

- Surface délimitée ou est-ce qu‘il y a des irritations satellites?

- Apparition de rougeurs: lésion, couche blanchâtre, fissure, abrasion

- Exsudat? Peau sèche, humide, macérée

- Induration des rougeurs, notamment des papules (nodules), des pustules ou des vésicules

- Plaintes: douleur, sensation de brûlure, démangeaisons, échelle de la douleur

Généralités
Le traitement des irritations cutanées nécessite que la peau reste sèche autour de l‘anus. Il est donc important, dans le cas de selles liquides, d’épaissir les selles afin d’améliorer la continence. Voir le chapitre n ° 6 Consistance. Jusqu‘à ce que la continence soit établie, les tampons anaux peuvent être utilisés. Lors de leur utilisation, assurez-vous qu‘ils sont utilisés correctement et que leur taille est adaptée. La possibilité d‘utiliser un tampon anal doit être validée par le chirurgien. La vidange complète de l‘intestin aide à l‘acquisition de la continence. Voir le chapitre 5 sur la continence.

Soins d’hygiène
Afin de réduire la douleur et l‘irritation de l‘anus, la peau doit être lavée avec délicatesse, sans essuyage ni frottement. Le soin d’hygiène au moyen de compresses humides est préférable à celui avec du papier toilette. Lorsque vous utilisez des lingettes humides, assurez-vous qu‘elles sont sans parfums et sans additifs. Une douche avec un jet doux peut avoir un effet apaisant, mais doit être fait sans savon ou avec du savon neutre. Les bains de camomille peuvent assécher encore plus la peau et augmenter la douleur, ils ne sont donc pas recommandés.

Protection de la peau / Soins de la peau
Différents produits peuvent être utilisés pour la prévention et le traitement. Le tableau en annexe les répertorie avec leurs indications, leurs contre-indications, leur mode d‘emploi et les ingrédients les plus importants. Le tableau en annexe n‘est pas exhaustif, mais il est destiné à aider à évaluer l‘adéquation d‘un produit.

8. REMERCIEMENTS

Pour élaborer et rédiger cette brochure, le groupe de travail a reçu l'appui de nombreuses parties. Nous remercions particulièrement les personnes et associations suivantes:

L'Association des stomathérapeutes pour son soutien logistique, financier et psychologique

Eveline Münch Stationasleitung Claraspital Basel pour les dessins

PD Dr med Miriam Thumshirn Gastroenterologie Clarunis Claraspital

Dr. med Marc Olivier Guenin Bauchzentrum Clarunis Claraspital

Dr. Charlotte Schmidt Spitalapotheke Claraspital

Prof. Dr. med. Dimitri Christoforidis Coloproktologie-Viszeralchirugie Ospedale Regionale di Lugano

Prof. Dr. med. Paul-Antoine Lehur Coloproktologe Nantes-Franc, medico aggiunto Ospedale Regionale di Lugano

Dr. Stephan Baumeler, Gastroenterologie, Kantosspital St. Gallen

9. ANNEXE

9.1. Anamnèse

Quelles sont vos principales plaintes actuelles	*Depuis quand ces symptômes existent-ils ? Comment avez-vous évolué depuis l'opération ?*
Fréquence	*Fréquence d'élimination actuelle (les bons jours, les mauvais jours) : Fréquence d'élimination avant la chirurgie*
Consistence	*Consistance des selles (échelle de Bristol, voir le chapitre 5). Changement avec avant la chirurgie : La consistance des selles a-t-elle changé ?* *Avez-vous trouvé des raisons à cette variation ?* *Présences de sang ? De mucus ?*
Incontinence	*Pouvez-vous faire la distinction entre gaz et selles ?* *Avez-vous beaucoup de gaz ?* *Pouvez-vous contrôler les gaz ? (Toujours, parfois, jamais)* *Avez-vous déjà eu une perte de selles incontrôlée ? Oui / Non* *Si oui, à quelle fréquence ? Combien ? Dans quelle activité ? Qu'est-ce qui favorise la défécation incontrôlée ?* *Lors de fuites de selles, quelle est leur consistance (Echelle des selles de Bristol) ?* *Ressentez-vous un besoin avant la perte de selles incontrôlée ? Oui / Non* *Avez-vous le temps d'aller aux toilettes ?* *Pouvez-vous retarder la sortie des selles ? Si oui, combien de temps ?* *À quelle fréquence avez-vous une incontinence par impériosité ? Jamais, rarement, parfois, souvent* *Avez-vous des douleurs abdominales ou des ballonnements ?* *Du mucus après les selles ? Oui / non / parfois* *Des problèmes intestinaux nocturnes ?* *Réveils nocturnes pour incontinence ou besoin d'aller à selles ?*
Sensation de vidange incomplète	*Avez-vous besoin de retourner aux toilettes dans l'heure qui suit la dernière selle ?* *Vous arrive-t-il de refaire une exonération des selles juste après ?* *Combien de temps après les selles pouvez-vous être souillé ? Utilisez-vous des serviettes pour incontinence ? Autres aides ? (Compresses, pants, bandes, tampons anaux) Nom du produit, consommation par jour ?*
Habitudes du transit avant la chirurgie	*Et avant chimiothérapie et / ou radiothérapie (avant le diagnostic)*
Mesures préexistantes	*Un examen proctologique a-t-il été effectué ? Résultat ?* *Médicament actuel concernant le problème intestinal : Vérifiez la prise correcte du médicament.* *Des médicaments pour réguler le transit qui ont été essayés ? Avec quel effet ?* *Autres médicaments ?*
Antécédents médicaux	*Résection intestinale : distance au sphincter ? Insuffisance d'anastomose ? Technologie chirurgicale (technique d'anastomose) Chimio / radiothérapie ? Les effets secondaires ?*
L'incontinence d'urine est-elle présente ?	*Oui / Non* *Faux oui : incontinence par impériosité / incontinence à l'effort / combiné*
Etat nutritionnel général	*Une diminution de la longueur intestinale peut diminuer l'absorption des éléments vitaux* *Consommation alimentaire restreinte, état des dents, muqueuse buccale*
Poids	IMC Perte de poids depuis l'opération ?
Problèmes de peau Anal	*Plaie* *Démangeaisons/ brûlures* *Traitement actuel de la peau*

Généralités	*Le patient est-il suffisamment mobile pour aller aux toilettes ? A-t-il besoin d'aide pour atteindre ou nettoyer les toilettes ?* *Existe-t-il des limitations neurologiques ou cognitives ?*
Social	*La personne / l'entourage touchée par ce problème ?* *Est-ce qu'il / elle a encore des contacts sociaux ?*
Examen clinique **Inspection** **Palpation? (Temps de palpation en consultation avec le chirurgien)**	*A quoi ressemble l'anus ?* *Cicatrices ? Fissures ?* *Le patient peut-il contracter l'anus?*

9.2. LARS-Score

Fonction intestinale QUESTIONNAIRE LARS **Soumettre un questionnaire sans pondération et sans jugement**	
Le but de ce questionnaire est d'évaluer le fonctionnement de votre intestin. Cocher une seule case pour chaque question. Vous pouvez avoir du mal à choisir une réponse car votre état varie d'un jour à l'autre. Dans ce cas, choisissez la réponse qui vous correspond globalement le mieux. Si pour une raison autre votre intestin a été perturbé récemment, n'en tenez pas compte et notez les réponses qui correspondent à votre état habituel.	
Vous arrive-t-il d'avoir un gaz qui s'échappe alors que vous vouliez le retenir ?	
☐ Non, jamais	0
☐ Oui, moins d'une fois par semaine	4
☐ Oui, au moins une fois par semaine	7
Avez-vous des fuites accidentelles de selles liquides ?	
☐ Non, jamais	0
☐ Oui, moins d'une fois par semaine	3
☐ Oui, au moins une fois par semaine	3
Combien de fois par jour allez-vous aux toilettes pour évacuer des selles ?	
☐ Plus de 7 fois par jour	4
☐ 4 à 7 fois par jour	2
☐ 1 à 3 fois par jour	0
☐ Moins d'une fois par jour	5

Avez-vous besoin d'aller aux toilettes, puis d'y retourner moins d'une heure après ?	
☐ Non, jamais	0
☐ Oui, moins d'une fois par semaine	9
☐ Oui, au moins une fois par semaine	11
Avez-vous des besoins urgents qui vous obligent à courir aux toilettes ?	
☐ Non, jamais	0
☐ Oui, moins d'une fois par semaine	11
☐ Oui, au moins une fois par semaine	16
Évaluation: 0-20 points: pas de LARS, 21-29 points : LARS minime, 30-42 : LARS important	

9.3. Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score (Wexner-Score)

Score fonctionnel d'incontinence fécale dit de Jorge & Wexner ou Score de Cleveland (Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 1993;36:77-97).
Soumettre un questionnaire sans pondération et sans jugement

Nature	**Fréquence**				
	0	**> 1mois**	**< 1mois**	**< 1 semaine**	**<= 1 jour**
Selles solides	0	1	2	3	4
Selles liquides	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Garnitures	0	1	2	3	4
Qualité de vie	0	1	2	3	4
Continent 0 points, incontinence maximale 20 points					

9.4. Rockwood-Score (Qualité de vie

Rockwood-Score **Soumettre un questionnaire sans pondération et jugement**						
Les valeurs de score varient de 1 à 4, avec un score de 1 indiquant un faible état fonctionnel de la qualité de vie.						
Question 1 : Décririez-vous généralement votre état de santé comme :						
1	Excellente					
2	Très bien					
3	Bien					
4	Acceptable					
5	Mauvais					
Question 2 : Pour chaque question, veuillez indiquer combien l'élément en question vous accable par la perte accidentelle de selles. (En d'autres termes, si vous vous sentez affecté par la perte accidentelle de selles pour d'autres raisons dans cette situation, s'il vous plaît cochez la case sous "Aucune indication" (AI).						
En raison d'une perte accidentelle de selles :		Surtout	Parfois	Rarement	Pas	AI
A	J'ai peur de sortir.	1	2	3	4	
B	Je ne rends pas visite à des amis	1	2	3	4	
C	Je ne reste pas loin de la maison la nuit	1	2	3	4	
D	Est-il difficile pour moi de sortir, par exemple au cinéma ou à une promenade à l'église	1	2	3	4	
E	Je mange moins avant de sortir	1	2	3	4	
F	J'essaie de rester dehors toujours aussi près que possible près d'une toilette	1	2	3	4	
G	Est-il important pour moi d'organiser mon plan quotidien (les activités de la vie quotidienne) autour de mes habitudes de vidange des selles	1	2	3	4	
H	J'évite de voyager	1	2	3	4	
I	Je m'inquiète de savoir si je serai en mesure d'atteindre les toilettes à temps	1	2	3	4	

K	Je ne peux pas retarder mes selles assez longtemps pour atteindre les toilettes	1	2	3	4	
L	Je perds des selles sans m'en apercevoir moi-même	1	2	3	4	
M	J'essaie d'éviter la perte accidentelle de selles en restant très près d'une toilette, c'est-à-dire la plupart du temps à la maison	1	2	3	4	

Question 3 : Pour chacune des questions ci-dessous, veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'élément en question en raison de la perte accidentelle de selles. (Si, en l'absence de perte accidentelle de selles, vous vous sentez également affaibli pour d'autres raisons dans le point pertinent, s'il vous plaît cochez la case sous "Pas d'indication" (PI)

En raison de la perte involontaire de selles:		Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout	PI
A	J'ai honte.	1	2	3	4	
B	Je ne peux pas faire beaucoup d'activités que j'apprécie	1	2	3	4	
C	Je m'inquiète pour la perte de selles.	1	2	3	4	
D	Je me sens déprimée	1	2	3	4	
E	Je m'inquiète si d'autres personnes peuvent sentir les selles sur moi	1	2	3	4	
F	J'ai l'impression de ne pas être une personne en bonne santé.	1	2	3	4	
G	J'aime moins la vie	1	2	3	4	
H	J'ai moins de rapports sexuels que je le voudrais	1	2	3	4	
I	Je me sens différent des autres personnes	1	2	3	4	

J	Je pense constamment à la possibilité d'une perte involontaire de selles	1	2	3	4	
K	J'ai peur des rapports sexuels	1	2	3	4	
L	Je ne voyage pas en avion ou en train	1	2	3	4	
M	Je ne sors pas dîner en extérieur	1	2	3	4	
N	Dans un endroit étrange, je regarde toujours d'abord l'endroit où se trouvent les toilettes	1	2	3	4	

Question 4 :

Est-ce que durant ce dernier mois, vous avez ressenti un découragement tel que vous vous êtes demandé si tout cela en valait encore la peine ?

1	Oh oui, bien sûr oui, au point que j'étais sur le point d'abandonner
2	Oui, très
3	Oui, tout à fait
4	Oui, parfois, après tout, il m'a fallu
5	Oui, un peu
6	Non, pas du tout

L'évaluation est réalisée dans 4 catégories (meilleur score maximum pour chaque catégorie 5).

Mode de vie : somme des questions (F2a, b, c, d, e, g, h F3b, l, m) divisé par 10

Coping/ Comportement : Somme de questions (F2f, l, j, k, m, F3c, h, j, n) divisé par 9

Dépression/estime de soi : Somme de questions (F1, F3d,f,g,i,k, F4) divisé par 7

Embarras : somme de questions (F2l, F3a, e) divisé par 3

9.5. Calendrier des selles

Nom **Date**		**Calendrier des selles**					
Heure	Apport hydrique Type de boisson	Selles Beaucoup/ peu	Selles impérieuses Oui/non	Selles Qualité	Gaz-Perte	Selles Perte Voir ci-dessous	Aide Médicaments
07.__							
08.__							
09.__							
10.__							
11.__							
12.__							
13.__							
14.__							
15.__							
16.__							
17.__							
18.__							
19.__							
20.__							
21.__							
22.__							
23.__							
24.__							
01.__							
02.__							
03.__							
04.__							
05.__							
06.__							
Perte de selles : 0 : aucune,1 : traces 2 : perte diarrhée ; 3 : perte selles formée							

9.6. Option médicamenteuse

Ingrédients, terme générique	Effet	Application, remarques	Contre-indications, caractéristiques spéciales,
® Imodium (®Lopéramide) Principe actif : Chlorhydrate de lopéramide. Indications/Possibilités d'emploi Traitement symptomatique de la diarrhée aiguë et chronique, quelle qu'en soit l'étiologie, dont diarrhée des voyageurs, diarrhée après iléostomie ou résection iléale, diarrhée après radiothérapie, incontinence fécale.	Imodium/Imodium lingual est un médicament très efficace contre la diarrhée soudaine (aiguë) et prolongée (chronique), quelle qu'en soit la cause. Imodium/Imodium lingual peut également être utilisé, sur prescription médicale, en cas de diarrhée pouvant se produire après une intervention chirurgicale de raccourcissement de l'intestin grêle. Il freine la motilité intestinale par effet direct sur la musculature du tube digestif, ce qui rend les selles plus consistantes et en diminue le nombre. En conséquence, la nourriture reste dans l'intestin plus longtemps et le corps peut absorber plus de liquide, d'électrolytes et de nutriments de celui-ci. La tonicité du sphincter est augmentée, ce qui réduit l'incontinence et réduit le besoin d'aller à selles. L'effet peut se faire ressentir environ deux heures après la prise de comprimés orodispersibles et de capsules. https://compendium.ch	Forme galénique Capsules: 2 mg de chlorhydrate de lopéramide par capsule. Comprimés orodispersibles : 2 mg de chlorhydrate de lopéramide par comprimé orodispersible. Sirop: 0,2 mg de chlorhydrate de lopéramide par ml. Dosage: Diarrhée aiguë Dose initiale 2 capsules/comprimés orodispersibles (4 mg) Dose d'entretien: après chaque selle liquide jusqu'à la dose journalière maximale 1 capsule/comprimé orodispersibles (2 mg) Dose journalière maximale 8 capsules/comprimés orodispersibles (16 mg) Diarrhée chronique Dose d'entretien: Adaptation individuelle de la posologie jusqu'à émission d'une selle moulée 1 à 2 fois par jour 1–6 capsules/comprimés orodispersibles (2–12 mg) Après consultation avec un médecin : Plus de 8 Kps/jour Interrompre le traitement par lopéramide dès que les selles sont à nouveau normales, ou lorsqu'aucune selle n'est émise pendant	Les capsules d'Imodium® contiennent du lactose Le sirop d'Imodium® contient des parabènes (E218,E216) comme agent de conservation Ne pas non plus administrer ce médicament en cas d'insuffisance hépatique sévère. Le lopéramide ne doit pas être administré en thérapie primaire chez les patients suivants : patients souffrant de dysenterie aiguë (caractérisée par des selles muco-sanguinolentes et une fièvre élevée); patients souffrant d'une colite ulcéreuse aiguë; patients souffrant d'une entérocolite bactérienne occasionnée par des organismes invasifs y compris par des salmonelles, des shigelles et des campylobacters; patients atteints d'une colite pseudomembraneuse secondaire à la prise d'antibiotiques à large spectre. De manière générale, lopéramide ne doit pas être utilisé lorsque l'inhibition du péristaltisme est à éviter à cause du risque éventuel de graves complications comme l'iléus, le mégacôlon et le mégacôlon toxique. Il faut interrompre immédiatement la prise de lopéramide lorsqu'une constipation, des ballonnements ou un iléus se développent. Les effets indésirables suivants peuvent se produire lors de la prise d'Imodium®/Imodium® lingual: Fréquent : maux de tête, étourdissements, constipation,

		plus de 12 heures. Les capsules et les comprimés orodispersibles sont disponibles en tant que médicaments en vente libre	Nausées, ballonnements Peu fréquent : douleur abdominal ou supérieure, inconfort dans l'abdomen, sécheresse de la bouche, vomissements, indigestion, éruption cutanée Combinaison Imodium® et Tinctura Opii ont le même mécanisme d'action, de sorte que la combinaison n'est pas nécessairement utile. Dans certains cas, une combinaison peut être essayée, mais la combinaison augmente le risque d'effets secondaires indésirables comme la constipation, nausées, ballonnements et peut conduire à un iléus (ceux : Interaktionsprogramm www.mediq.ch)
Tinctura Opii Stupéfiants, préparation magistrale Est une solution alcoolique de l'opium L'opium est extrait du pavot (Papaver somniferum)	La teinture d'opium dans le tractus gastro-intestinal est principalement reliée aux récepteurs d'opioïde, réduit la motilité intestinale, réduit la sécrétion, ralentit le péristaltisme intestinal, et augmente la tonalité du sphincter (Jehle, 2017)	Forme galénique Gouttes par voie orale Dosage : Commencez par 4x3 gouttes, augmentation lente Dose quotidienne maximale recommandée 4x 20 gouttes	Sur ordre médical strict S'il n'est pas reçu de façon systémique pendant l'apport oral, Les restrictions dans la vie quotidienne ainsi que l'incapacité de conduire sont très dépendantes de la dose Puisque la teinture d'opium contient 10 mg/ml de morphine, il y a un potentiel risque d'abus/dépendance. Pour cette raison, il est également un narcotique (prescription spéciale) et il doit être utilisé plus soigneusement que le loperamide.
Quantalan® Principe actif : Cholestyramine-20	Quantalan® est une poudre qui est insoluble dans l'eau et n'est pas absorbée dans l'intestin. Mélangé dans du liquide (suspension), il peut lier, entre autres, les sels biliaires et être excrété de cette façon via les selles. Dans le traitement de diarrhées secondaires lors de malabsorption des acides biliaires, la dose	Forme galénique: 1 sac contient 4 gr pour orale Dosage: Initial: 3x 1 sachet, puis dosage selon l'effet. La dose quotidienne recommandée est de 1 à 4 sachets Remarque : Le temps d'ingestion entre les repas améliore l'effet Ne prenez jamais ®Quantalan sous forme sèche	Sur ordre médical Quantalan® peut donc réduire l'absorption et l'effet d'autres médicaments (par exemple le loperamide, les hormones thyroïdiennes). Par conséquent, l'arrêt rapide peut conduire à une situation potentiellement mortelle si certains médicaments (tels que la numérisation) ont été ajustés à la dose d'entretien appropriée dans le cadre d'un traitement Quantalan®.

	initiale est de 1 sachet 3 fois par jour. La posologie devra être adaptée aux résultats du traitement. Dans les cas de diarrhée par malabsorption des acides biliaires, le traitement devrait agir dans les trois jours qui suivent le début du traitement. Si ce n'est pas le cas, il faudra opter pour un autre type de traitement. Quantalan doit toujours être délayé, avant l'emploi, dans un liquide ou un aliment semi-liquide ou pâteux : veiller à ce qu'il ne se forme pas de grumeaux. Saupoudrer le contenu du sachet dans env. 1 ½ décilitre de liquide, laisser reposer quelques minutes jusqu'à ce que la poudre soit humide, puis remuer pour obtenir un mélange homogène.	La tolérance est améliorée par un gonflement prolongé dans du liquide (150 ml) Les interactions avec d'autres médicaments et aliments peuvent être minimisées si elles sont prises dans la mesure du possible à des moments différents (au moins 1 heure avant ou au plus tôt 4-6 heures après la dose de Quantalan). Absorption La colestyramine est chimiquement stable dans le tractus gastro-intestinal. Elle ne peut pas être résorbée par la muqueuse si celle-ci est intacte.	Quantalan® est contre-indiqué dans l'occlusion complète de canal biliaire, le dysfonctionnement rénal et l'obstruction intestinale Effets indésirables Rares : malabsorption vitamine K (hémorragies) et A (yeux) Troubles gastro-intestinaux (constipation, diarrhée, ballonnement, nausée, vomissements, sentiment de réplétion, aigreurs anorexie, dyspepsie, stéatorrhée et activation ou aggravation d'ulcères gastriques existants

9.7. Irritation de la peau

Produit	Ingrédients	Indication	Notes d'application
Aldanex/ Proshield	Dimethicon Dimethicon Polyéthynglycol Glycérine Povicon Povicon Steanylalkohol (Steanylalkohol)	Thérapie et prophylaxie sur la dermatite Favorise la gestion naturelle de l'humidité de la peau	Bien nettoyer la peau Appliquer 2-3 mm Lavable avec de l'eau tiède Ne pénètre pas dans la peau Ne colle pas aux habits
Bepanthen *plus Bepanthen onguent et crème	Pas de colorants et ni parfums *Chlorhexidine Dexpanthenol	Utilisation pour les petites blessures superficielles	Application possible plusieurs fois par jour Nécessite un pansement protecteur secondaire à changer régulièrement
Cavilon 3M Crème Lolly Spray Avancé*	Acrylat-Terpolymère-Barrierefilm	DAI (dermite associée à l'incontinence)	Efficace jusqu'à 72 heures doit être lavé régulièrement Respirant *Appliquer au maximum de 2x par semaine Laisser sécher bien
Coloplast Crème de protection Crème Brava Barriers	Extrait d'olive	Irritation importante	Appliquer une fine couche
Coryt Protecteur	Polymères	Peut également être utilisé sur la peau endommagée	La saleté peut être facilement enlevée du film de polymère
Dline	Sans lanoline, parabènes, parfums et silicone Aloe vera, céramide, huile de cétone, glycérine, huile de jojoba, sulfate de magnésium, huile de maïs, huile d'onagre, panthénol, beurre de karité, urée, oxyde de zinc, stéale de zinc et vitamin-A,C et E-complexe	La crème est triphasique (eau/substance solides/substances grasses), facteur de protection élastiques élevés Laisse un film de protection blanchâtre Protège contre la macération S'applique sur lésions humides et irritées, mais aussi sèches et irritées	Peut être facilement enlevé en essuyant la peau avec enlever enveloppement et juste laisser: une compresse humide
Exipial Repair	Sans conservateur, parfum Peu allergène Émulsion pétrole/eau	Peau fortement stressée et irritée	
MoliCare Peau Mousse nettoyante	Créatine	Incontinence/lésion des selles	Facilite le nettoyage sans eau

MoliCare Skin dermoprotectrice Molicare Skin à l'oxyde de zinc	Les deux crèmes contiennent : Créatine, Bisabolol, Acides gras essentiels, acides aminés et huile d'amande Émulsion eau/pétrole pH neutre	DAI	Appliquer finement Forme un film protecteur et transparent Le Bisabolol régénère et nourrit la peau
Crème barrière de Welland	Sans latex sans parfums PH neutre Manuka et zinc	DAI	Appliquer finement Forme un film protecteur transparent

10. BIBLIOGRAPHIE ET ILLUSTRATION

Ahnis, A., Holzhausen, M., Rockwood, T. H., & Rosemeier, H. P. (2012). FLQAI - A Questionnaire on Quality of Life in Fecal Incontinence: German translation and validation of Rockwood et al.'s (2000) Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQLS). Zeitschrift für Gastroenterologie, 50(7), 661-669. doi:10.1055/s-0031-1299318

Beaugeri, L., & Sokol, H. (2014). LES FONDAMENTAUX DE LA PATHOLOGIE DIGESTIVE. CDU-HGE/Editions Elesevier-Masson, Octobre.

Bittorf, B., & Matzel, K. E. (2015). Der LARS-Score zur Evaluation des anterioren Resektionssyndroms. coloproctology, 37(4), 262-265. doi:10.1007/s00053-015-0028-5

Bregendahl, S., Emmertsen, K. J., Lous, J., & Laurberg, S. (2013). Bowel dysfunktion after low anterior resection with and without neoadjuvant therapy for rectal cancer: a population-based cross-sectional study. Colorectal Disease, 15, 1130-1139. doi:10.1111/codi12244

Bryant, C. L. C., Lunniss, P. J., Knowles, C. H., Thaha, M. A., & Chan, C. L. H. (2012). Anterior resection syndrome. The Lancet Oncology, 13(9), 403-408. doi:10.1016/s1470-2045(12)70236-x

Camillieri-Brennan, J., Ruta, D. A., & Steele, R. J. C. (2002). Patient generated Index: New Instrument for Measuring Quality of Life in Patients with Rectal Cancer. Worl Journal of Surgery, 26, 1354 -1359. doi:10.1007/s00268-002-6360-2

Chen, T. Y., Wiltink, L. M., Nout, R. A., Meershoek-Klein Kranenbarg, E., Laurberg, S., Marijnen, C. A., & van de Velde, C. J. (2015). Bowel function 14 years after preoperative short-course radiotherapy and total mesorectal excision for rectal cancer: report of a multicenter randomized trial. Clinical Colorectal Cancer, 14(2), 106-114. doi:10.1016/j.clcc.2014.12.007

Cipe, G., Muslumanoglu, M., Yardimci, E., Memmi, N., & Aysan, E. (2012). Intersphincteric resection and coloanal anastomosis in treatment of distal rectal cancer. International Journal of Surgical Oncology, 2012, 581258. doi:10.1155/2012/581258

Degen, L., Dederding, J.-P., Bauernfeind, P. & Beginger, D. (2008). Fakten und Mythen zur Obstipation State of the Art. Schweiz Med Forum, 8(47), 913 -918.

Doenges, M. e., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2013). Pflegediagnosen und Pflegemassnahmen. Bern: Hans Huber, Hogrefe.

Emmertsen, K. J., & Lauberg, S. (2013). Impact of bowel dysfunction on quality of life after sphincterpreserving resection for rectal cancer. British Journal of Surgery Society Ltd.(100), 1377 - 1387. doi:10.1002/bjs.9223

Emmertsen, K. J., & Laurberg, S. (2012). Development and Validation of a Symptom-Based Scoring System for Bowel Dysfunktion After Low Anterior Resection for Rectal Cancer. Annals of Surgery, 255(5), 922 - 928.

Faller, A., & Schünke, M. (2008). Der Körper des Menschen. Stuttgart: Thieme Verlag.

Gray, M., Bliss, D. Z., B., D. D., Ermer-Seltung, J., Kennedy-Evans, K. L., & Palmer, M. H. (2007). Incontinence-associatec Dermatitis A Consensus. Journal Wound Ostomy Continence Nurses, 34(1), 45-54.

Hughes, D. L., Cornish, J., Morris, C., & Group, L. T. M. (2017). Functional outcome following rectal surgery-predisposing factors for low anterior resection syndrome. International Journal of Colorectal Disease, 32(5), 691-697. doi:10.1007/s00384-017-2765-0

Huttner, F. J., Tenckhoff, S., Jensen, K., Uhlmann, L., Kulu, Y., Buchler, M. W., . . . Ulrich, A. (2015). Meta-analysis of reconstruction techniques after low anterior resection for rectal cancer. British Journal of Surgery, 102(7), 735-745. doi:10.1002/bjs.9782

Jorge, J. M., & Wexner, S. D. (1993). Etiologiy and Management of Fecal Incontinence. Dis Colon Rectum, Janurary 1993, 36, 77–97

Juul, T., Ahlberg, M., Bionde, S., Espin, E., Jimenez, L. M., Matzel, K. E., . . . Christensen, P. (2014). Low Anterior Resection Syndrome and Quality of Life: an International Multicenter Study. Diseases of the Colon and Rectum, 57(585-591).

Kim, C. N., & Kim, C.-N. (2015). Can the timing of ileostomy reversal influence functional outcome? Ann Coloproctol, 31(1), 5-6. doi:10.3393/ac.2015.31.1.5

Martellucci, J. (2016). Low Anterior Resection Syndrome: A Tretment Algorithm. Disease of The Colon & Rectum, 59(1), 79 -82. doi:10.1097/DCR.0000000000000495

McCall, J. L., Cox, M. R., & Wattchow, D. A. (1995). Analysis of local recurrence rates after surgery alone for rectal cancer. International Journal of Colorectal Disease, 10, 126-132.

Mölle, B., Ommer, A., Lange, J., & Girona, J. (2018). Chirurgische Proktologie. Berlin: Springer.

Powell, M. (2008). NICE guidelines for faecal incontinence: key priorities. Gastrointestinal Nursing, 6, 12 - 20.

Ridolfi, T. J., Berger, N., & Ludwig, K. A. (2016). Low Anterior Resection Syndrome: Current Management and Future Directions. Clinics in Colon and Rectal Surgery, 29(3), 239-245. doi:10.1055/s-0036-1584500

Rullier, E. (2006). Chirurgie du cancer du bas rectum: vers une conservation du sphincter. Association française de formation médicale continue en hépato-gastro-enterologie.

Schünke, M., Voll, M., & Wesker, K. (2012). Prometheus Lernatlas der Anatomie. Suttgart und New York: Georg Thieme Verlag.

Taylor, C., & Bradshaw, E. (2013). Tied to the toilet: lived experiences of altered bowel function (anterior resection syndrome) after temporary stoma reversal. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 40(4), 415-421. doi:10.1097/WON.0b013e318296b5a4

Winkler, R., Otto, P., & Schiedeck, T. (2011). Proktologie Ein Leitfaden für die Praxis. Suttgart: Thieme Washington University School of medicine St. Louis, Section of Colon and Rectal Surgery. Patient Care. Low anterior resection syndrom, https://colorectalsurgery.wustl.edu/patient-care/low-anterior-resection-syndrome, abgerufen am 22.10.2019

Illustrations

Image 1 Anatomie du rectum et du canal anal 6
Image 2 Les nerfs du canal anal 6
Image 3 Le mésorectum.....9
Image 4 La résection partielle du mésorectum (PME) 9
Image 5 La résection totale du mésorectum selon TME. 9
Image 6 La résection antérieure basse (RAB) : par TME et résection intersphinctérienne (ISR).....9
Image 7 Par voie abdominale (TME). Par voie transanale (TaTME).....9
Image 8 Les 2 Anastomoses Colo-Anales (CAA).....10