

Colites inflammatoires

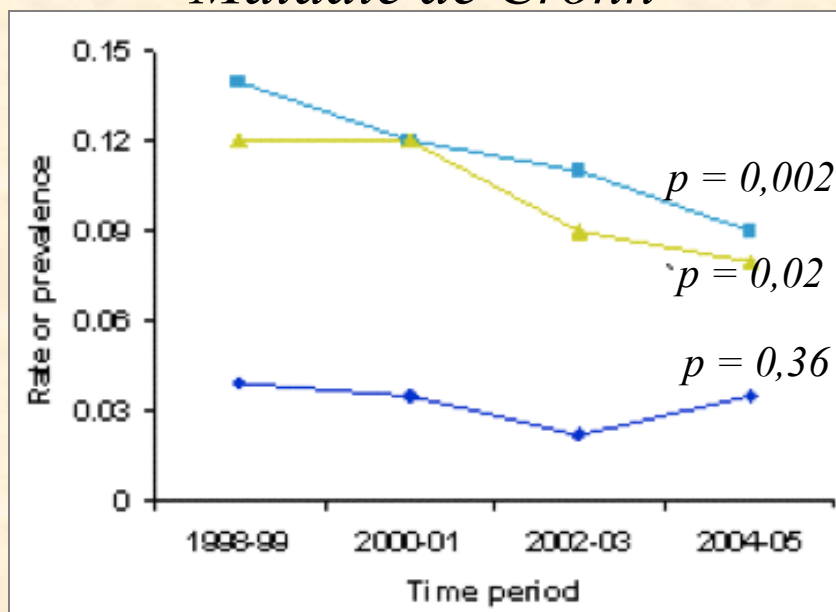
Traitement chirurgical

M Mathonnet

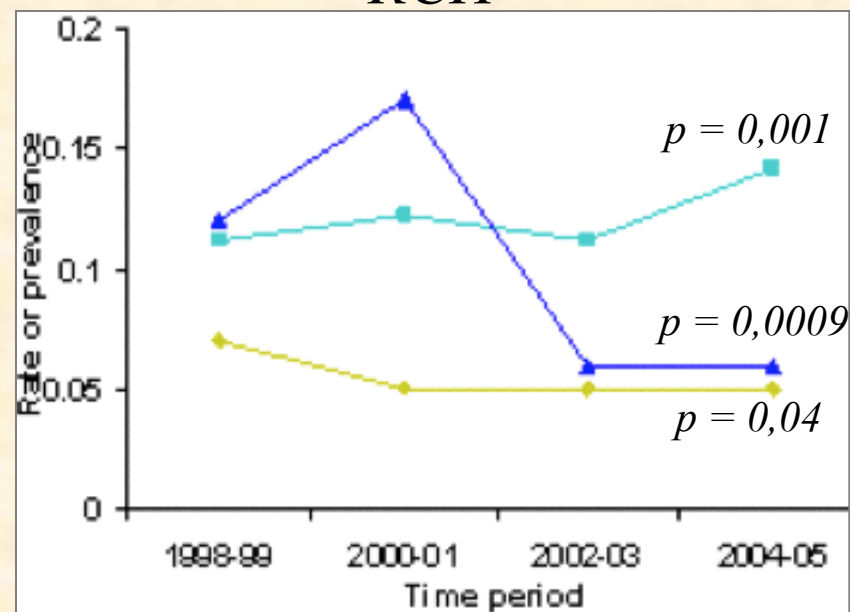
Limoges

MICI : évolution de la prise en charge

Maladie de Crohn



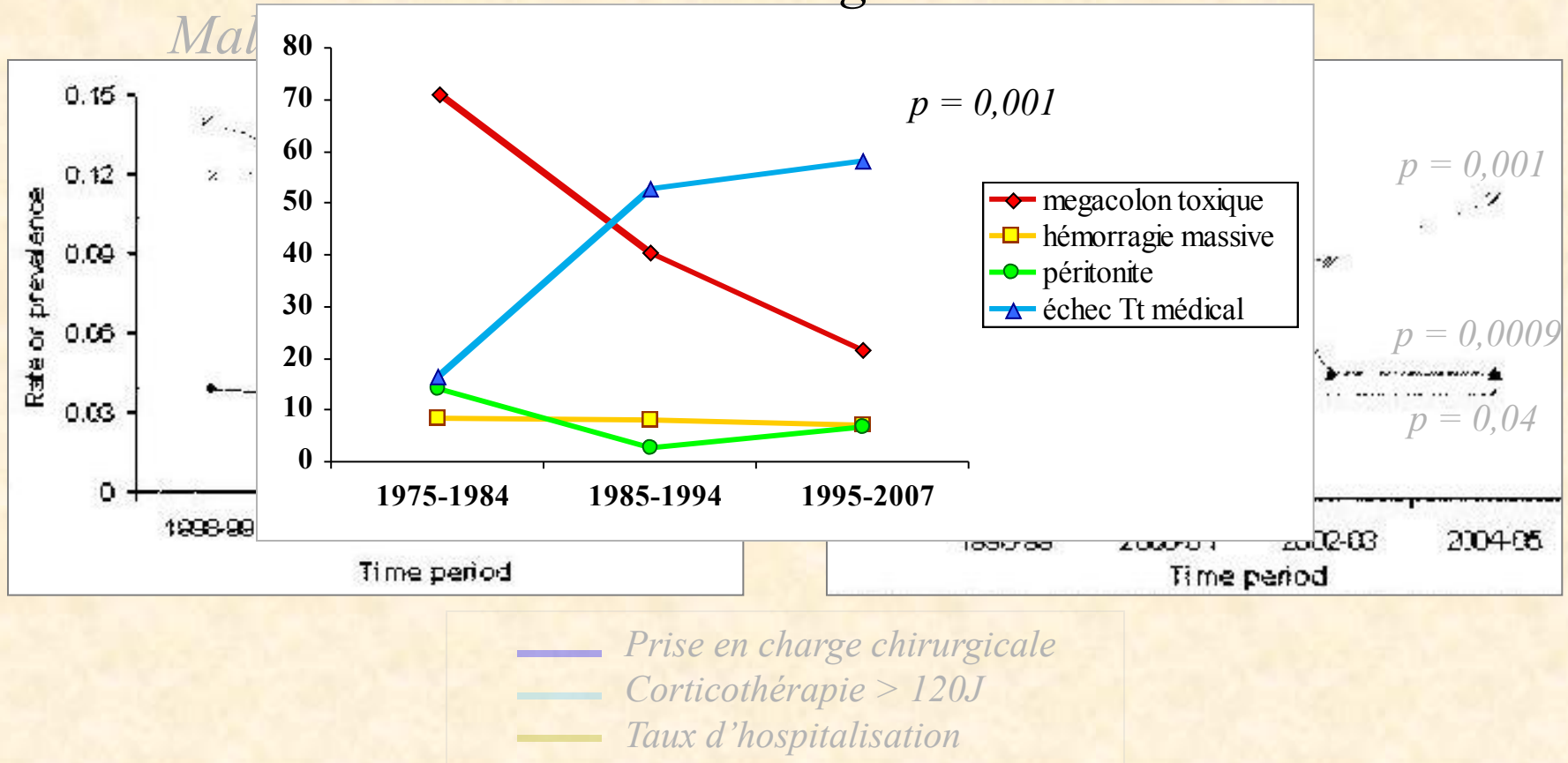
RCH



— Prise en charge chirurgicale
— Corticothérapie > 120J
— Taux d'hospitalisation

MICI : évolution de la prise en charge

Colites aiguës



Teeuwen et als J Gastrointest Surg 2009

Maladie de Crohn : indications opératoires

- **Indications**

- Echec du traitement médical
- Effets secondaires du traitement médical
- Dysplasie sévère ou transformation maligne
- Altération de la qualité de vie
- Chez l'enfant : retard de croissance
- **Maladie de Crohn compliquée**

ECCO Gut 2006, Alos R et Hinojosa J, World J Surg 2008

Maladie de Crohn compliquée : *indications opératoires*

Forme sténosante



+2 occlusions/an

Forme fistulisante



Abcès : échec drainage
Fistule symptomatique
« Victime » non digestif

Complications aiguës



Perforation
Échec traitement
médical

Maladie de Crohn : *techniques opératoires*

... Ce qui est permis ...



- Résection électorive +++
- Limites macroscopiquement saines
- Curages ganglionnaires : inutiles
- Anastomose large, perméable ... et étanche

- *Montage anastomotique ? (Resegotti 2005 Alvez 2006)*
- *Anastomose mécanique ou manuelle ? (Yamamoto 1999, Munoz-Juarez 2001)*
- *Laparoscopie ? (Watanabe 2002, Benoist 2003, Alves 2005, Eshuis 2008)*

Maladie de Crohn : *techniques opératoires*

... Ce qui est à proscrire ...

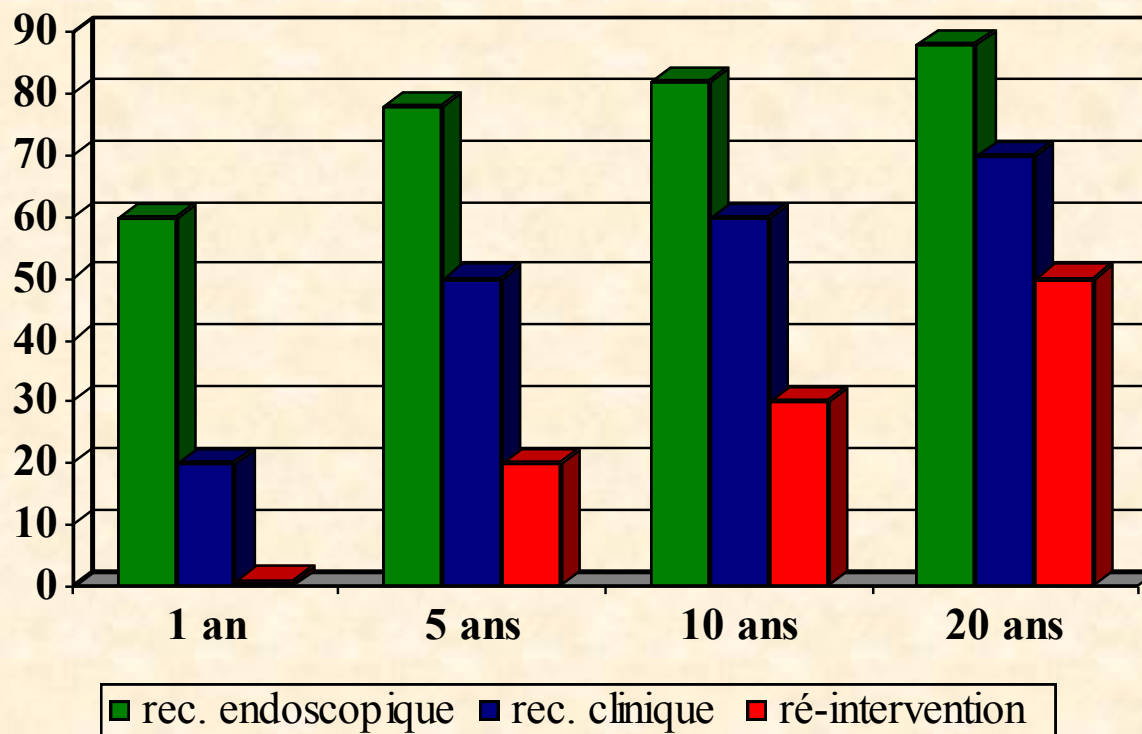


- Résections étendues
- Rétablissement de continuité systématique
- Stricturoplastie colique
- Anastomose iléo-anale sur réservoir ?? (*Kariv & Fazio J Am Coll Surg 2009*)

• *Stomie systématique?*

- *dénutrition (OR:6,23 p=0,0014)*
- *persistance abcès intra-peritonéal (OR:7,47 p=0,0025)*
- *corticothérapie pré-ops ≥ 3 mois (OR:5,95 p=0,02)*
- *Crohn récidivant (OR/récidive:1,38 p=0,0004)*

Maladie de Crohn : *problème des récidives postop*



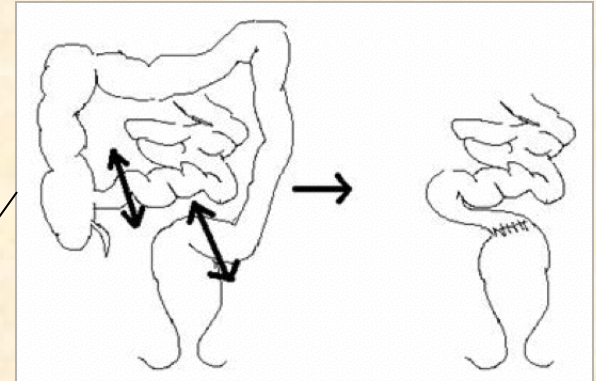
4 facteurs indépendants de risque

- absence de traitement prophylactique
- tabagisme actif
- Crohn colique
- extension des lésions > 100 cm

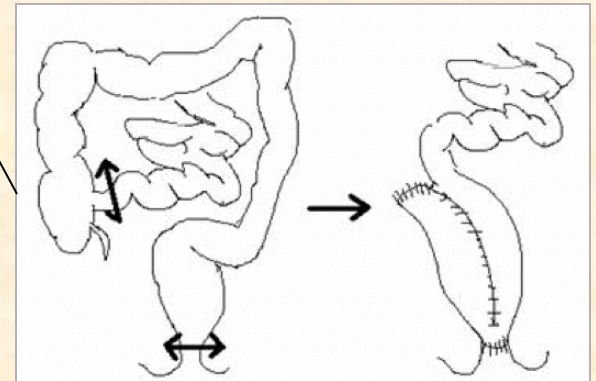
(ECCO Gut 2006, Gisbert 2008)

Rectocolite ulcéro-hémorragique : *indications opératoires*

- RCH chroniques invalidantes
- Transformation maligne



- RCH sévère après échec du traitement médical intensif et de courte durée
- RCH graves aiguës compliquées (< 5%)
(hémorragie, perforation, mégacolon toxique)



Colectomie totale et double stomie

RCH : prise en charge chirurgicale des formes graves

- Réanimation médico-chirurgicale
- Nutrition parentérale
- Prévention des accidents thrombotiques

Corticothérapie 1 mg/kg/j

± Immunomodulateurs

- Colectomie segmentaire
- Hartmann
- Coloprotectomie + AIA protégée
Morbidité 25-58% (Bouhnik 2004)



- Colectomie sub-totale + double stomie
 - ▣ mortalité < 1%
 - ▣ morbidité ~ 30%
 - ▣ rétablissement continuité possible



RCH : prise en charge chirurgicale des formes étendues

Conditions défavorables

- Prednisone > 20 mg depuis plus de 10J
- Perte de poids > 10% depuis début des symptômes
- Albuminémie < 25 g / l

(Mahadevan 2002, Gambiez 2004)

Programme en 2 temps

Conditions favorables

Coloprotectomie + iléo
Colectomie + AIR
Coloprotectomie + AIA

Critères influençant le choix de la technique chirurgicale

(Gambiez 2004)

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| – Continence | – Durée d'évolution de la RCH |
| – État du rectum | – Age du patient |
| – Risque de dysplasie ou K | – Désir de grossesse |
| – Tt médicaux utilisables sur rectum | – Certitude diagnostic |

RCH : anastomose iléoanale sur réservoir

Complications précoces

morbidité 30-60%

Complications tardives

> 30%

A long terme

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| – Dysplasie ou K | <i>< 5% à 10A</i> |
| – Émergence d'un Crohn | <i>5 - 10%</i> |
| – Pochite | <i>35 - 59% ... 94% à 10A!</i> |

Qualité de vie

améliorée > 80% des cas

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| – Fréquence des selles | <i>4 - 6/J stable au-delà d'un an</i> |
| – Troubles de la continence | <i>28%</i> |
| – Diminution de la fécondité | |

RCH : prise en charge de l'opéré

- **Postopératoire immédiat**

Déshydratation et déplétion sodée ... balance calorique positive

- **A distance**

	Perte H ₂ O/NaCl	Régime	Etat nutritionnel
Iléostomie	++	0	N
AIR	+	0	N
AIA	++	± ss résidu	N

Conclusion

Colite inflammatoire = prise en charge multidisciplinaire

- Eviter les errements diagnostiques
- Définir le moment idéal pour la chirurgie
- Assurer une bonne prise en charge préopératoire
- Optimiser les suites opératoires

Maladie de Crohn compliquée : *indications opératoires*

Complications	Traitement
Occlusion intestinale	Conservateur
Occlusion récidivante	Chirurgie élective
Abcès intra-abdominaux	Drainage per cutané <ul style="list-style-type: none"> - évacuation complète : Tt médical - pas d'amélioration : chirurgie en urgence - amélioration partielle : chirurgie élective
Fistule digestive	Entéro-entérique <ul style="list-style-type: none"> - asymptomatique : Tt conservateur - symptomatique : chirurgie élective Entéro-urologique ou entéro-gynécologique <ul style="list-style-type: none"> - chirurgie élective Entéro-cutanée <ul style="list-style-type: none"> - PEC nutritionnelle puis chirurgie élective
Perforation en péritoine libre ou hémorragie massive	Chirurgie en urgence
Colite aiguë sévère	Tt médical 1° intention
	J3-5 pas de réponse thérapeutique : chirurgie
Mégacolon toxique	Complicé / pas réponse thérapeutique : chirurgie en urgence
	Réponse thérapeutique : chirurgie élective

Crohn

- Risque des résections itératives = grêle court

En fonction de la longueur réséquée :

- diarrhée hydroélectrolytique
- diarrhée avec malabsorption que l'on peut pallier par le régime
- situation (grêle court dépassé) imposant une nutrition parentérale.

En fonction type de résection :

- Résection iléo-caecale plus mal tolérée que résection jéjunale en raison de la perte de la valvule de Bauhin.
- Symptômes sont :
 - diarrhée par accélération du transit colique due à l'absorption insuffisante des sels biliaires par l'iléon
 - malabsorption des graisses (TG à chaîne longue) (palliée en partie par la consommation de triglycérides à chaînes moyennes)
 - malabsorption de vitamine B12 à corriger par des injections IM de vitamine B12
 - lithiase biliaire du fait de la réduction du pool des sels biliaires
 - lithiase urinaire oxalique par excès d'acide oxalique formé dans le grêle et arrivant au côlon.

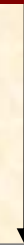
Traitement chirurgical : indications

Maladie de Crohn

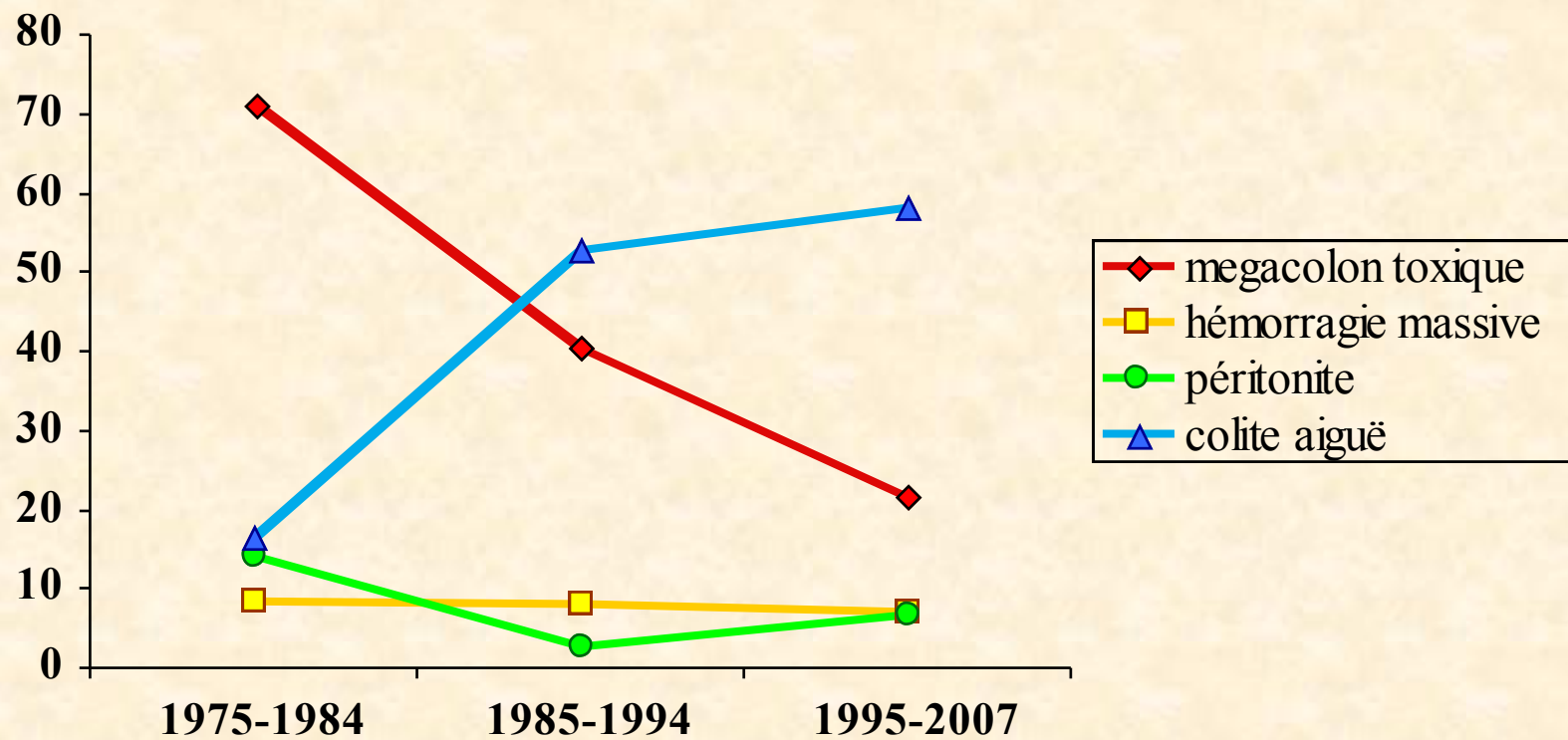


- Sténose
- Fistule symptomatique

Rectocolite ulcéro-
hémorragique (RCH)



Résistance au Tt médical
Formes graves/complicquées



RCH : anastomose iléoanale sur réservoir

1. Complications précoces

- Suppurations pelviennes
- Hémorragie du réservoir
- Nécrose du réservoir

morbidité 30-60%

principal facteur d'échec

chirurgie de rattrapage difficile

2. Complications tardives

- Fistule chronique
- Trouble d'évacuation
- Occlusion

5 - 10% sténose? Crohn?

10 - 20% sténose?

25 - 30%

3. Qualité de vie

- Fréquence des selles
- Troubles de la continence
- Diminution de la fécondité

4 - 6/J stable au-delà d'un an

28%

4. A long terme

- Dysplasie ou K
- Pochite
- Émergence d'un Crohn

< 5% à 10A

35 - 59% ... 94% à 10A!

5 - 10%