

# **Colites inflammatoires**

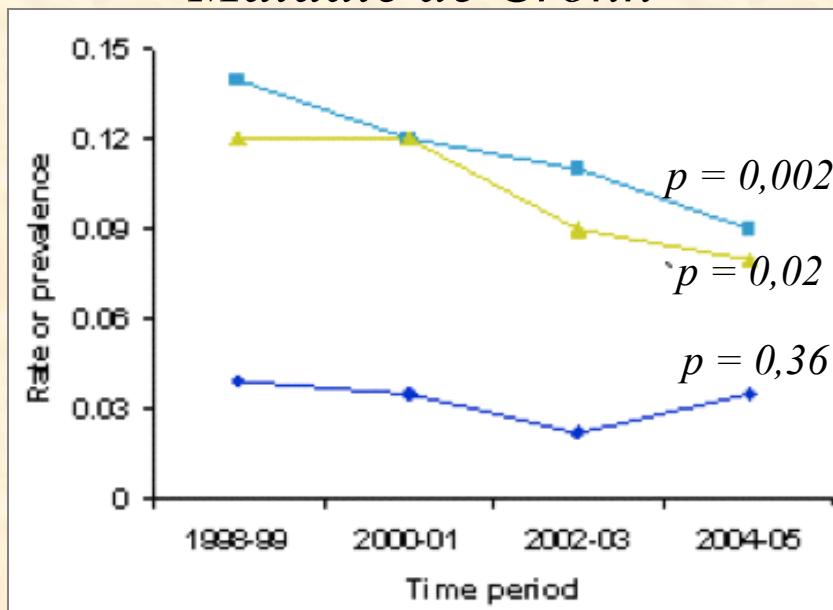
## **Traitement chirurgical**

*M Mathonnet*

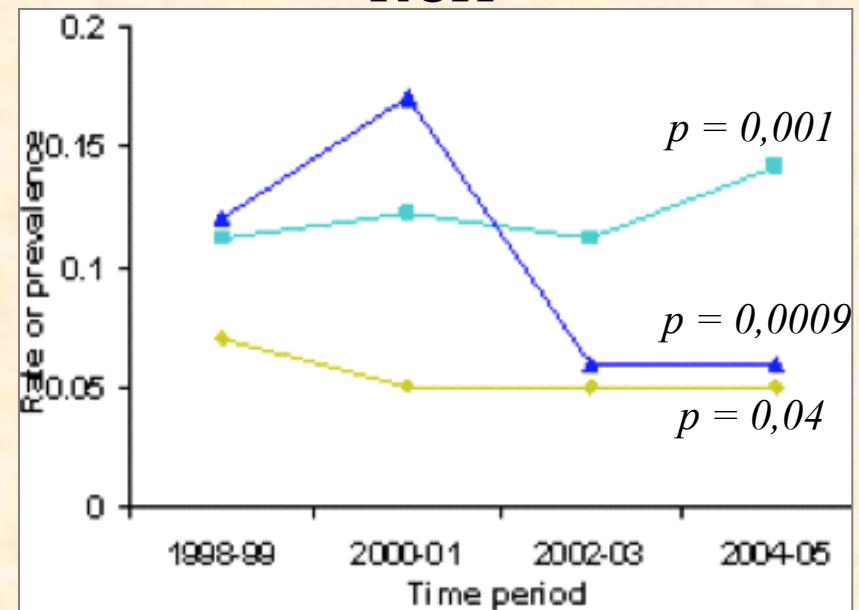
*Limoges*

# MICI : évolution de la prise en charge

*Maladie de Crohn*

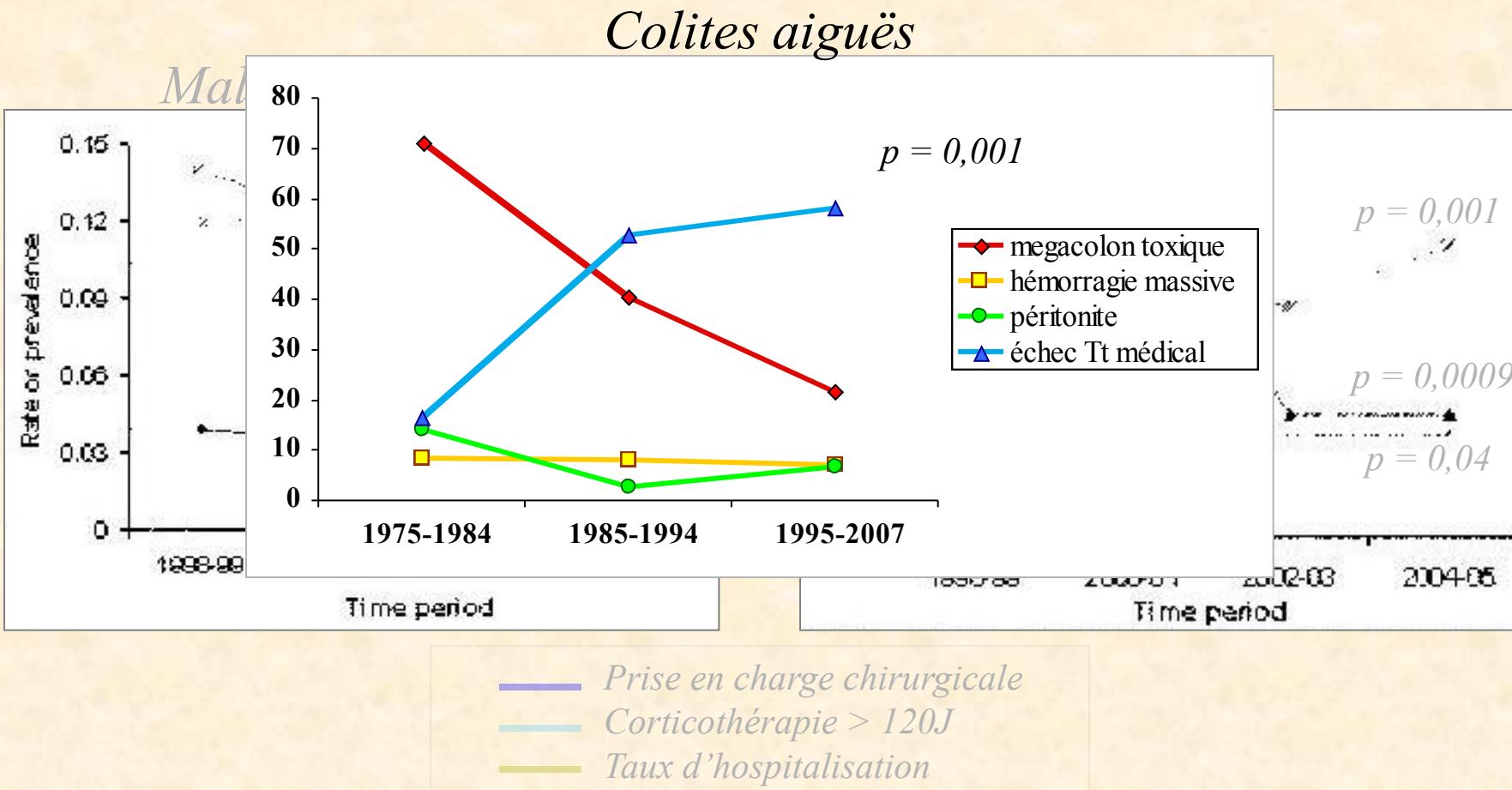


*RCH*



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

# MICI : évolution de la prise en charge



# 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 aigues*

*Perforation  
Échec traitement  
médical*

# Maladie de Crohn : *techniques opératoires*

... *Ce qui est permis* ...



- Résection élective +++
- 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 ...*

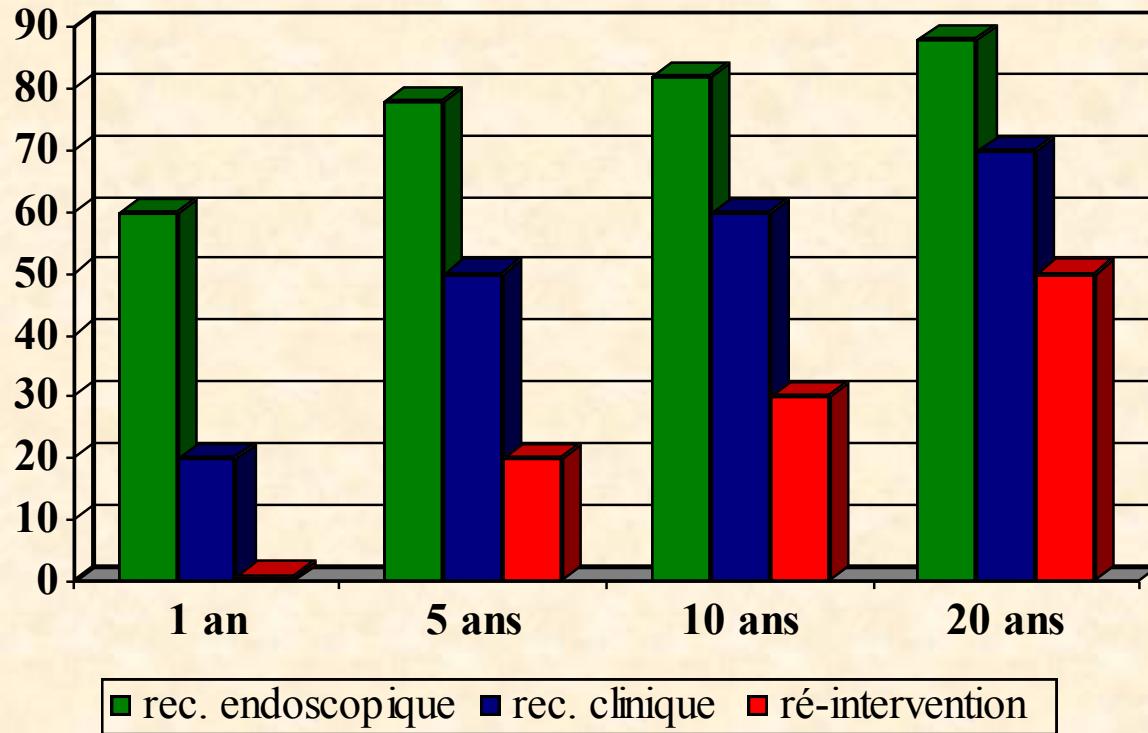


- Résections étendues
- Rétablissement de continuité systématique
- Stricturoplastie colique
- Anastomose iléo-anale sur réservoir ?? (*Kariv & Fazio J Am Coll Surg 2009*)

- *Stomie systématique?*

- *dénutrition (OR:6,23 p=0,0014)*
- *persistance abcès intra-peritoneal (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



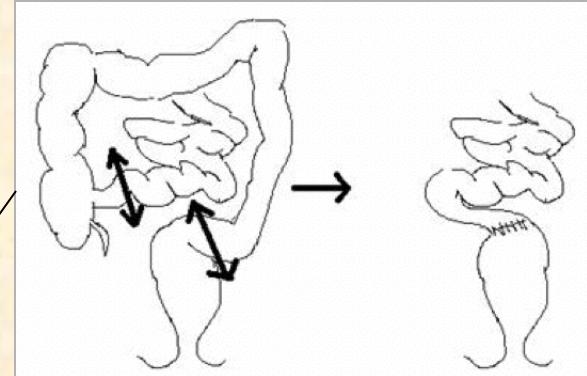
## 4 facteurs indépendants de risque

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

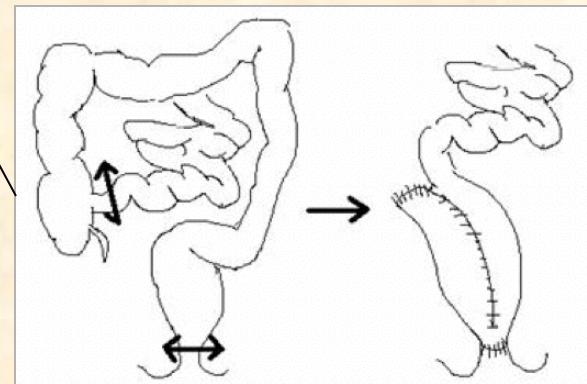
(ECCO Gut 2006, Gisbert 2008)

# 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% (Bouchnik 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
- État du rectum
- Risque de dysplasie ou K
- Tt médicaux utilisables sur rectum

- Durée d'évolution de la RCH
- Age du patient
- Désir de grossesse
- Certitude diagnostic

# RCH : anastomose iléoanale sur réservoir

<u>Complications précoches</u>	<i>morbilité 30-60%</i>
<u>Complications tardives</u>	<i>&gt; 30%</i>
<u>A long terme</u>	
– <i>Dysplasie ou K</i>	<i>&lt; 5% à 10A</i>
– <i>Émergence d'un Crohn</i>	<i>5 - 10%</i>
– <i>Pochite</i>	<i>35 - 59% ... 94% à 10A!</i>
<u>Qualité de vie</u>	<i>améliorée &gt; 80% des cas</i>
– <i>Fréquence des selles</i>	<i>4 - 6/J stable au-delà d'un an</i>
– <i>Troubles de la continence</i>	<i>28%</i>
– <i>Diminution de la fécondité</i>	

# RCH : prise en charge de l'opéré

- **Postopératoire immédiat**

*Déshydratation et déplétion sodée ... balance calorique positive*

- **A distance**

	Perte H <sub>2</sub> 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 Occlusion récidivante	Conservateur Chirurgie élective
Abcès intra-abdominaux	Drainage per cutané <ul style="list-style-type: none"><li>- évacuation complète : Tt médical</li><li>- pas d'amélioration : chirurgie en urgence</li><li>- amélioration partielle : chirurgie élective</li></ul>
Fistule digestive	Entéro-entérique <ul style="list-style-type: none"><li>- asymptomatique : Tt conservateur</li><li>- symptomatique : chirurgie élective</li></ul> Entéro-urologique ou entéro-gynécologique <ul style="list-style-type: none"><li>- chirurgie élective</li></ul> Entéro-cutanée <ul style="list-style-type: none"><li>- PEC nutritionnelle puis chirurgie élective</li></ul>
Perforation en péritoine libre ou hémorragie massive Colite aiguë sévère	Chirurgie en urgence Tt médical 1° intention
Mégacolon toxique	J3-5 pas de réponse thérapeutique : chirurgie Compliqué / 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.

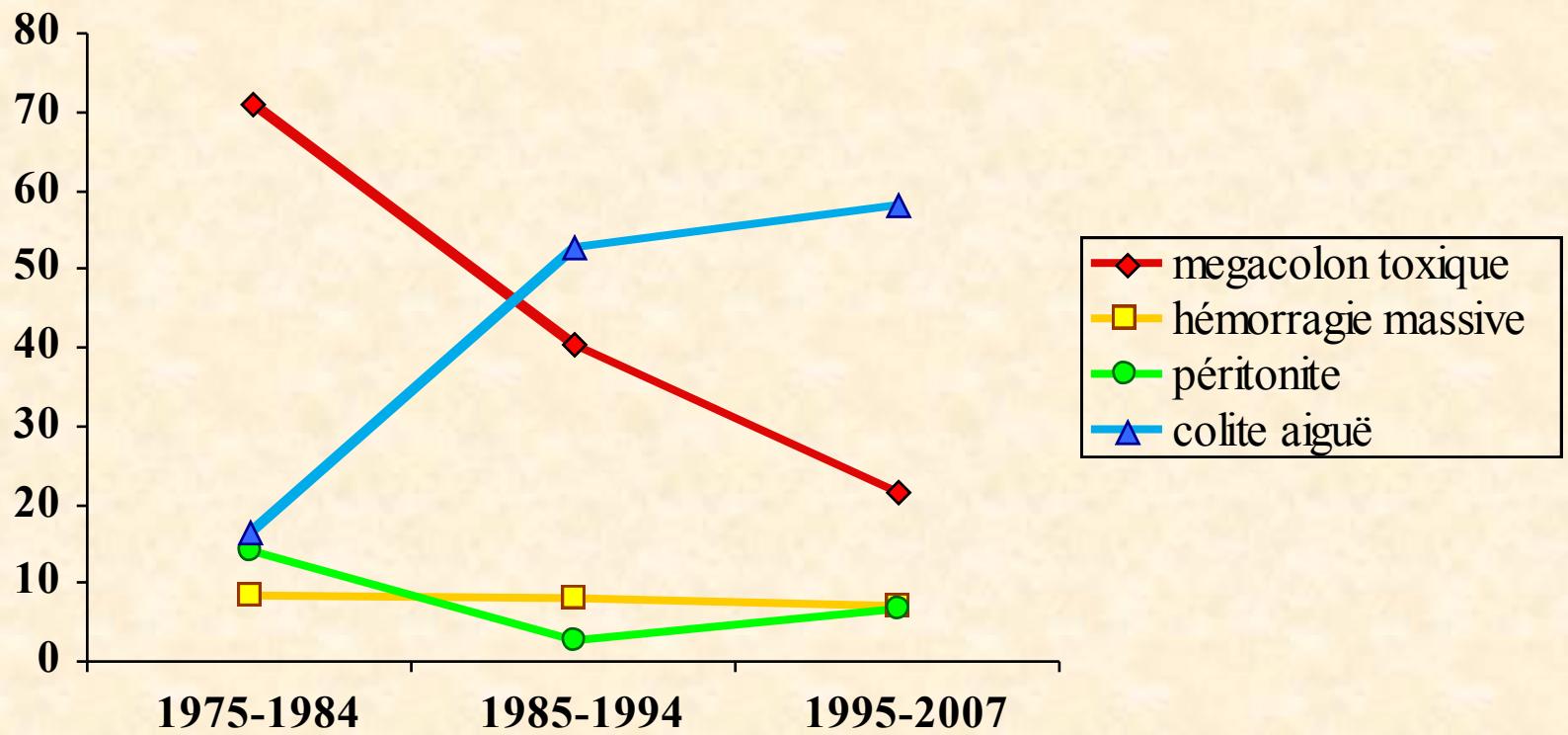
## Traitemen~~t~~ chirurgical : indications

Maladie de Crohn

- Sténose
- Fistule symptomatique

Rectocolite ulcéro-hémorragique (RCH)

- Résistance au Tt médical
- Formes graves/compliquées



# 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%*