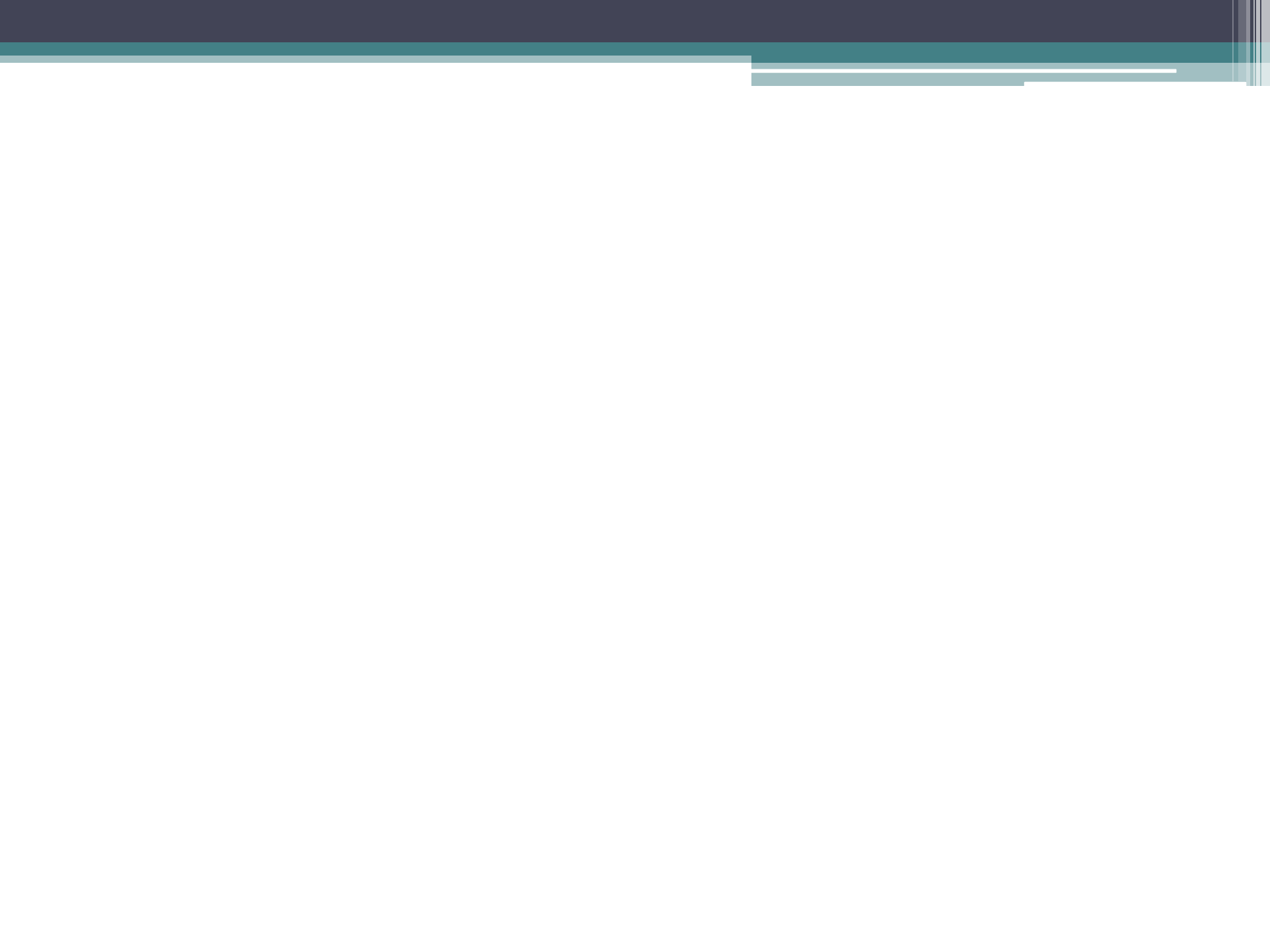


L'HEURE DE LA CHIRURGIE DANS LA RCH

Pr Mohamed Jouini
Service de chirurgie digestive
Hôpital la Rabta
Faculté de médecine de Tunis



TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA RCH

- Objectif: réséquer l'ensemble de la muqueuse colorectale déjà malade ou susceptible de le devenir
- Chirurgie: nécessaire chez 20 à 30% des malades atteints de RCH
- **Anastomose iléo anale:** intervention de référence (guérison/consevation sphinctérienne)

Traitement chirurgical de la RCH

Nouveautés de la dernière décade:

- Les nouvelles thérapeutiques
(Immunosuppresseurs, biothérapies):
 - ont elles changé les indications chirurgicales ?
 - Leur influence sur les résultats de la chirurgie ?
- **La laparoscopie:** Gold standard
(Double expertise)
- La préservation de la Fertilité

MOYENS CHIRURGICAUX

COLECTOMIE SUBTOTALE + DOUBLE STOMIE

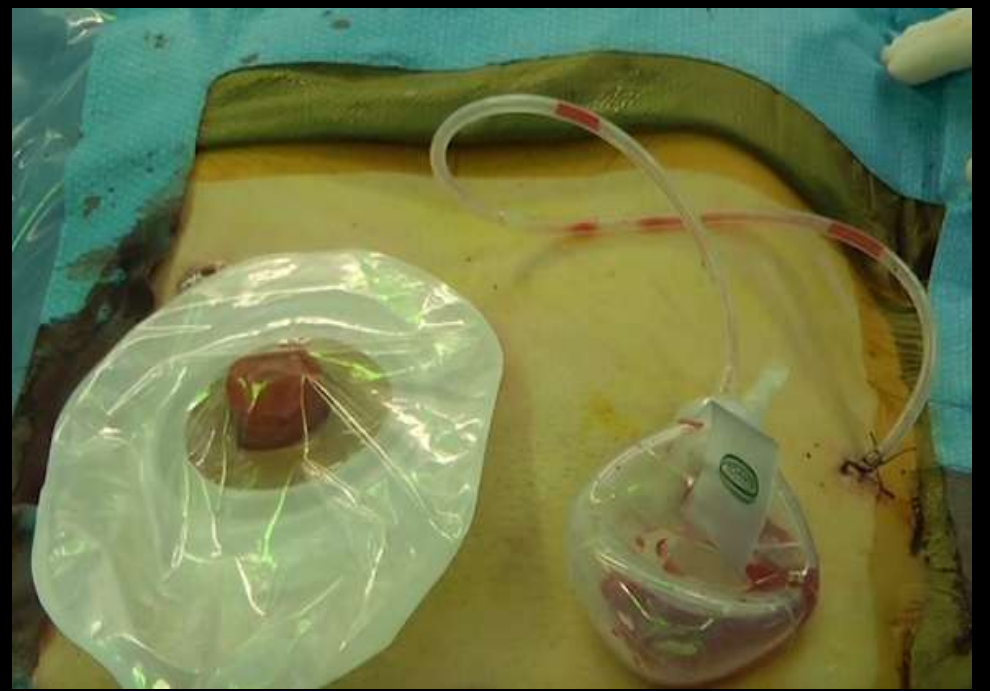
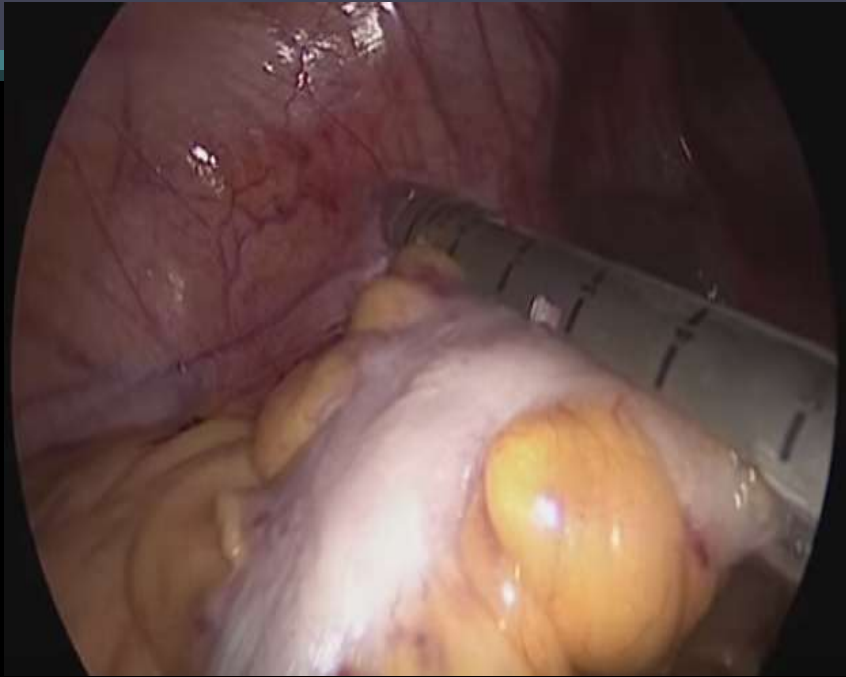
COLOPROCTECTOMIE TOTALE + ANASTOMOSE ILEO ANALE

COLOPROCTECTOMIE TOTALE + ILEOSTOMIE DEFINITIVE

COLECTOMIE TOTALE + ANASTOMOSE ILEO RECTALE

Colectomie subtotale

- Réalisée en urgence dans le cadre d'une CAG
- Intervention de sauvetage, ne coupe pas les ponts (attente du résultat histologique définitif pour le choix du rétablissement)
- ECCO 2012:
 - * en urgence ou semi urgence dans la CAG:
 - compliquée
 - résistante au traitement medical
 - * à Froid si corticothérapie > 20mg de prednisone/j pendant + de 6 semaines
- Mortalité < 1% Morbidité: 20-30%
- Laparoscopie +++



MOYENS CHIRURGICAUX

COLECTOMIE SUBTOTALE + DOUBLE STOMIE

COLOPROCTECTOMIE TOTALE + ANASTOMOSE ILEO ANALE

COLOPROCTECTOMIE TOTALE + ILEOSTOMIE DEFINITIVE

COLECTOMIE TOTALE + ANASTOMOSE ILEO RECTALE



- Intervention de référence:
 - le plus souvent protégée
 - résection de la totalité de la muqueuse potentiellement malade
 - conservation de la fonction sphinctérienne
- guérison de la maladie (résultat fonctionnel bon ou acceptable chez environ 80 % des patients)

▶ Contre- indications:

- Mauvaise fonction sphinctérienne (interrogatoire, TR, manometrie anorectale)
- Cancer du très bas rectum
- Doute avec une maladie de Crohn
- L'âge avancé en soi n'est pas une contre-indication: 70 ans ?

Merchea A. Dis Colon Rectum 2012

Anastomose iléo anale

EN 1 TEMPS

Malades
sélectionnés

1. CPT + AIA non protégée

EN 2 TEMPS

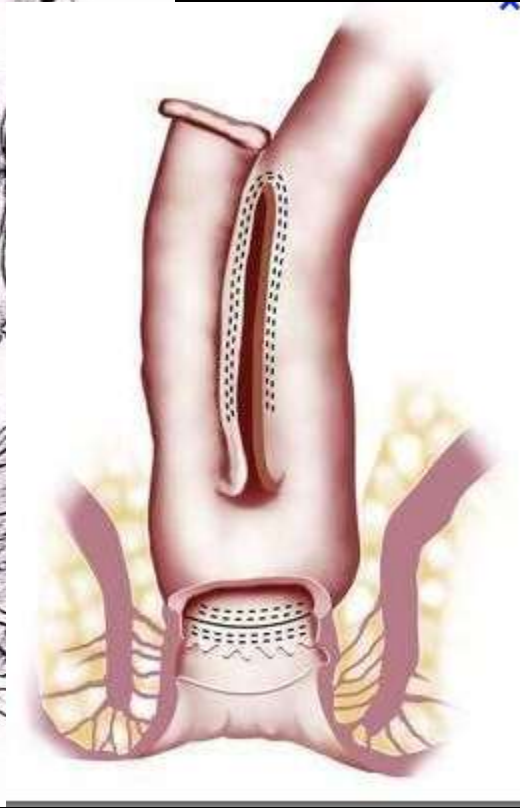
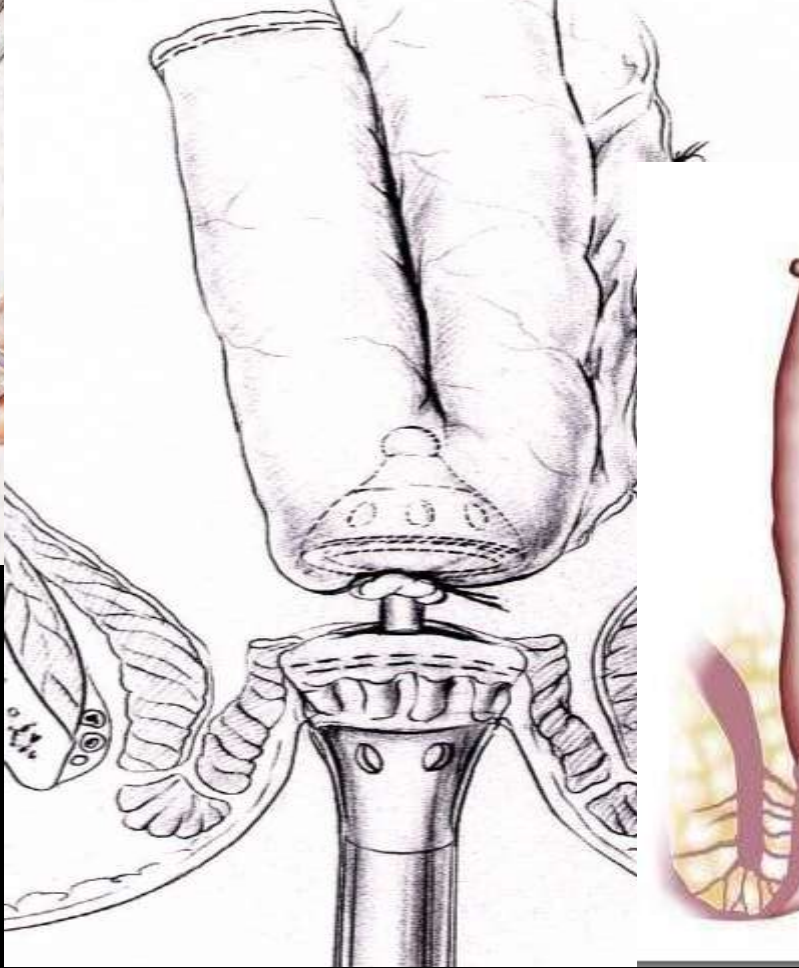
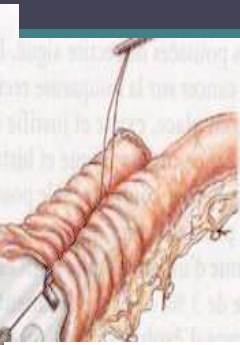
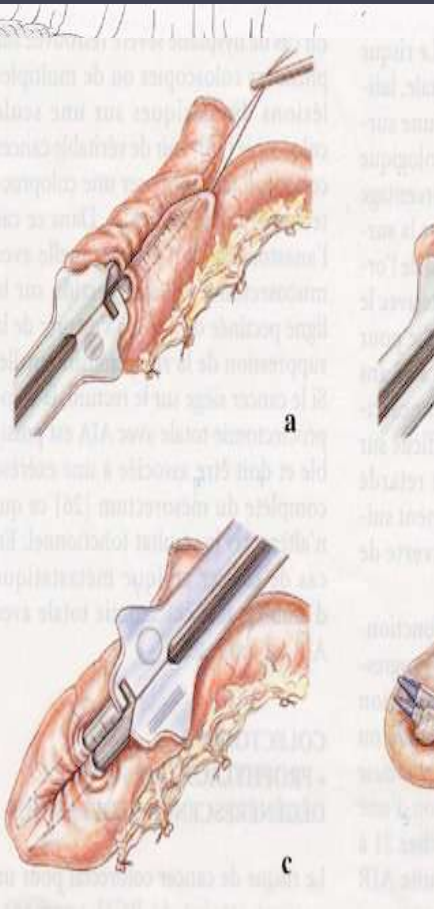
1. R au ttt medical
2. Rechutes précoces et fréquentes
3. Dysplasie, Cancer
4. Microrectie ou sténose colique

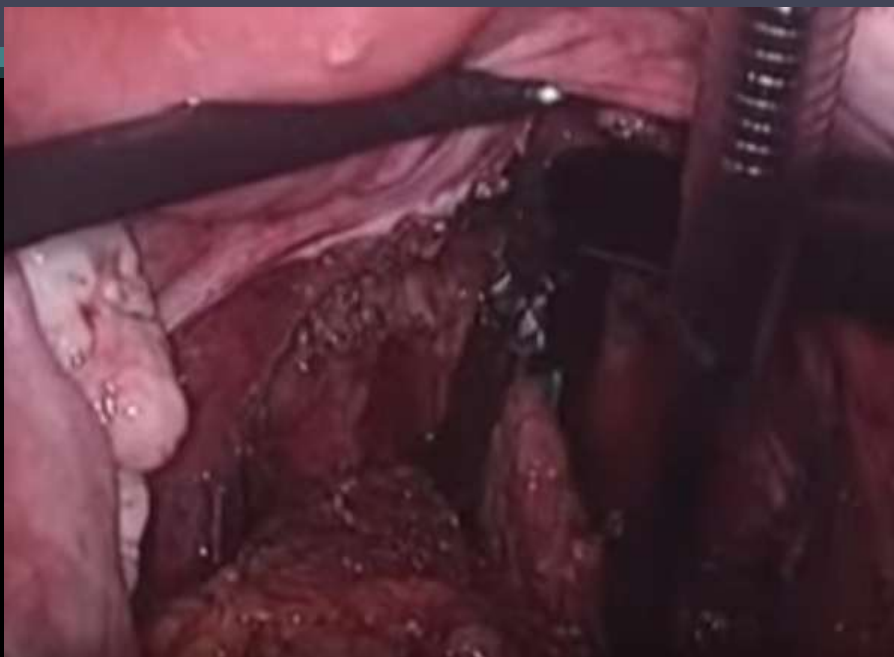
1. CPT + AIA protégée
2. Fermeture de la stomie

EN 3 TEMPS

1. CAG
2. Dénutrition
3. Impregnation cortisonique

1. CST + double stomie
2. Proctectomie + AIA protégée
3. Fermeture de la stomie





AIA mécanique > manuelle:

- Ne laissant en place au max que 2 cm de muqueuse anorectale (entre la ligne pectinée et la partie inférieure du réservoir)
 - J Crohns Colitis 2012
- Au-delà de cette longueur, risque
 - d'inflammation persistante (Cuffite)
 - de troubles de fonctionnement du réservoir
 - de dysplasie voire de très rares cas de cancer
- Meilleure qualité de vie
- Moins de sténoses anastomotiques
- Moins de complications septiques et de pertes du réservoir
- Meilleurs résultats fonctionnels (incontinence, suintements, port de protections)

AIA: Résultats à long terme après AIA

- A 10 ans PO: 95% conservent leur réservoir (Ann surg 2013)
- Résultats fonctionnels satisfaisants: 85% (se détériorent légèrement après 15 ans de suivi – incontinence diurne et nocturne)
- Pochite: 50%
- Sténose chronique: 10%
- Amélioration de la qualité de vie: 80%
- Restrictions sociales, professionnelles ou sexuelles: 15%

- Impuissance + éjaculation retrograde: 2-3%
- Dyspareunie: de 8% en préop à 25%

Fertilité

Après AIA par laparotomie

Tableau II. Infertilité après AIA par laparotomie, résultats de trois métaanalyses

Métaanalyses	Année	Patientes (n)	Étiologie	Tentatives de grossesse (n)	Infertilité (%)	Comparaison
Waljee [29]	2006	481	RCH + PAF	-	48	RR = 3,2 / PG
Cornish [30]	2007	650	RCH + PAF	-	43	-
Rajaratnam [31]	2011	1076	RCH + PAF	457	63	RR = 3,9 / PG

RCH : rectocolite hémorragique ; PAF : polyadénomatose familiale ; RR = risque relatif ; PG : population générale.

Après AIA par laparoscopie

Bartels et al Ann surg 2012

- 27 tentatives de grossesse après AIA sous coelio et 23 après AIA classique
- Fertilité > dans le groupe laparoscopie (70% vs 39% p=0,023)

Beyer Berjot et al Ann surg 2012

- 63 malades opérées sous coelio
- Taux d'infertilité: 27%
- Pas de différence de fertilité post op avec des patientes ayant eu une appendicectomie (p=0,397)

CI relative de l'AIA chez la femme désireuse de grossesse

MOYENS CHIRURGICAUX

COLECTOMIE SUBTOTALE + DOUBLE STOMIE

COLOPROCTECTOMIE TOTALE + ANASTOMOSE ILEO ANALE

COLOPROCTECTOMIE TOTALE + ILEOSTOMIE DEFINITIVE

COLECTOMIE TOTALE + ANASTOMOSE ILEO RECTALE

CPT + iléostomie définitive

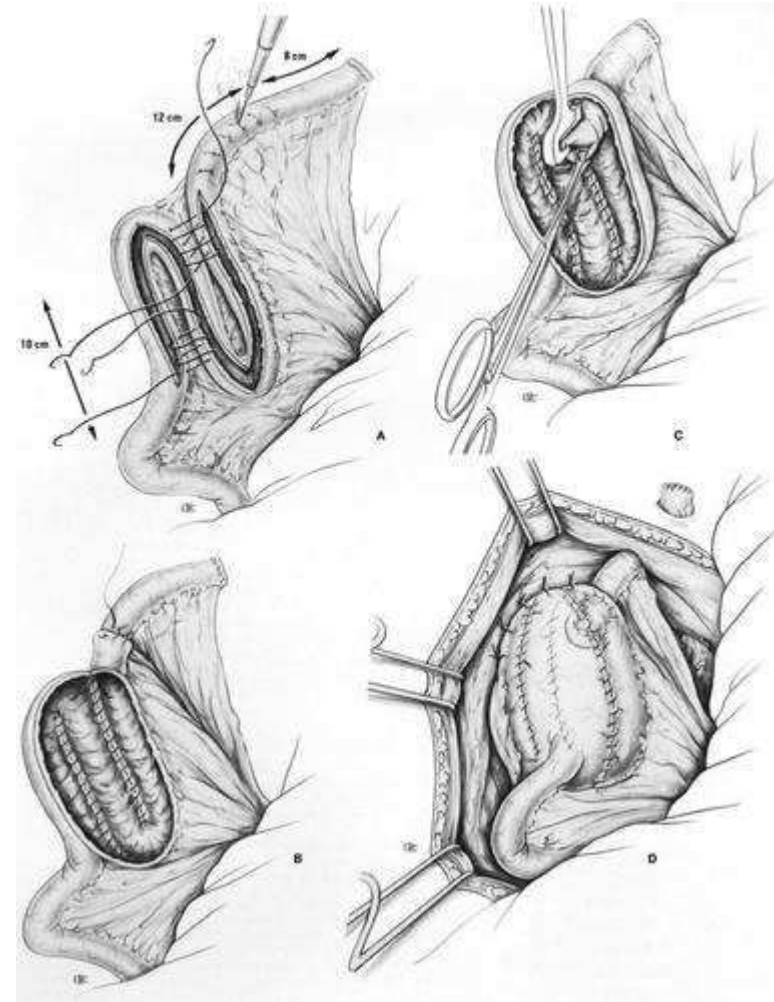
- Rare, 3 indications dans cette maladie:
 - Échec de l'AIA (perte du réservoir par sepsis+++)
 - Cancer du très bas rectum (envahissement tumoral du sphincter)
 - Incontinence + rectum non conservable

- On peut la rendre continente avec un système anti-reflux (poche de Kock/complications post op fréquentes-désinvaginations:42%)

Dig Liver Dis 2011

CPT + iléostomie définitive continente

continente avec un système anti-reflux (poche de kock):



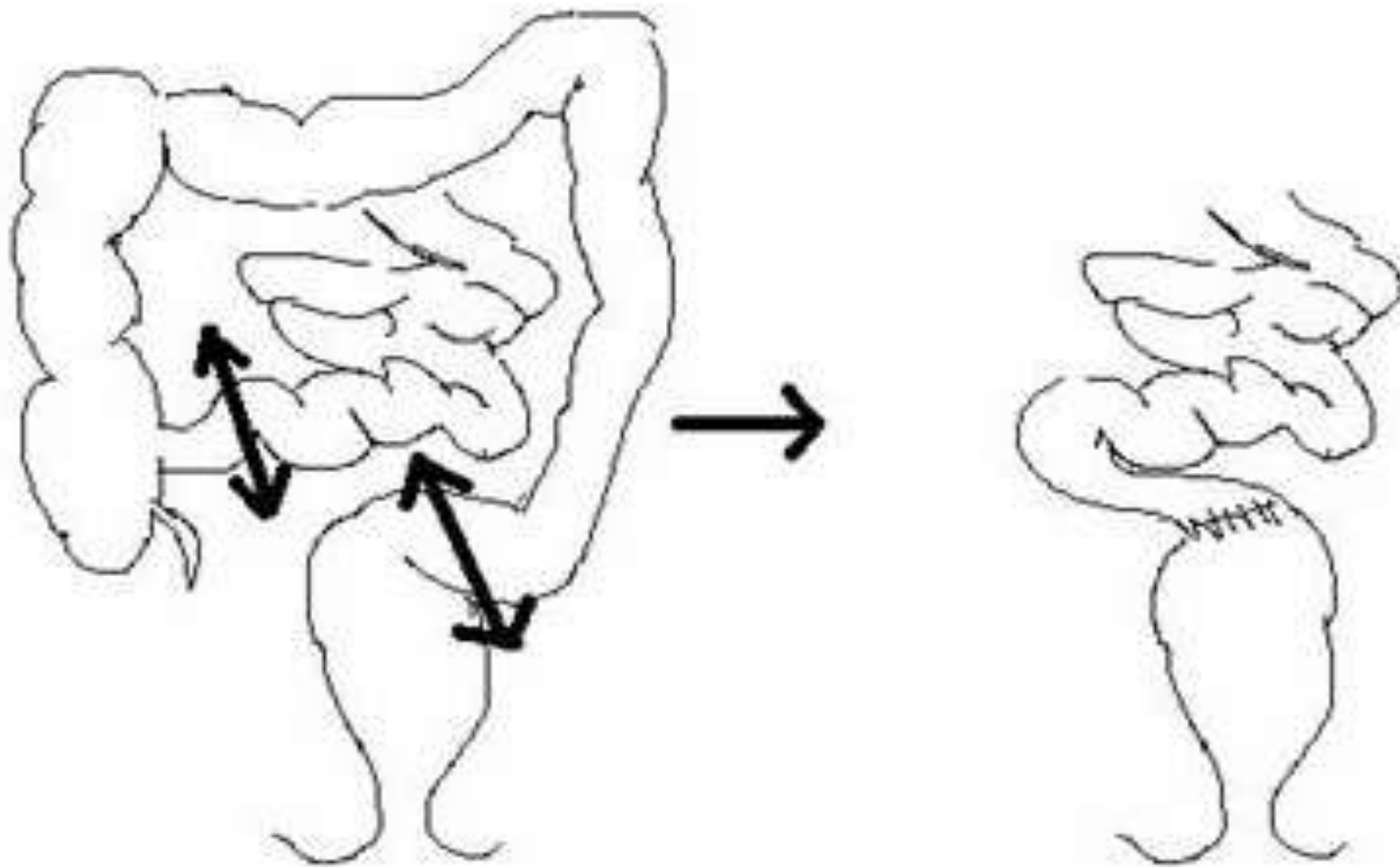
MOYENS CHIRURGICAUX

COLECTOMIE SUBTOTALE + DOUBLE STOMIE

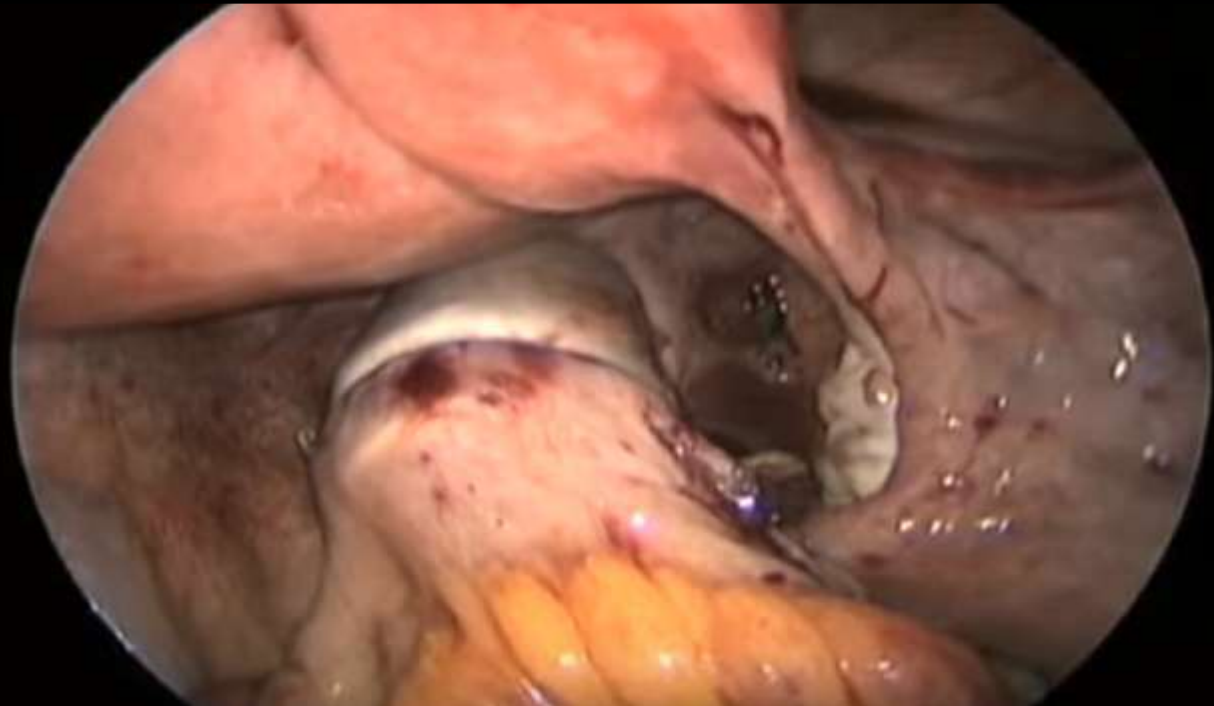
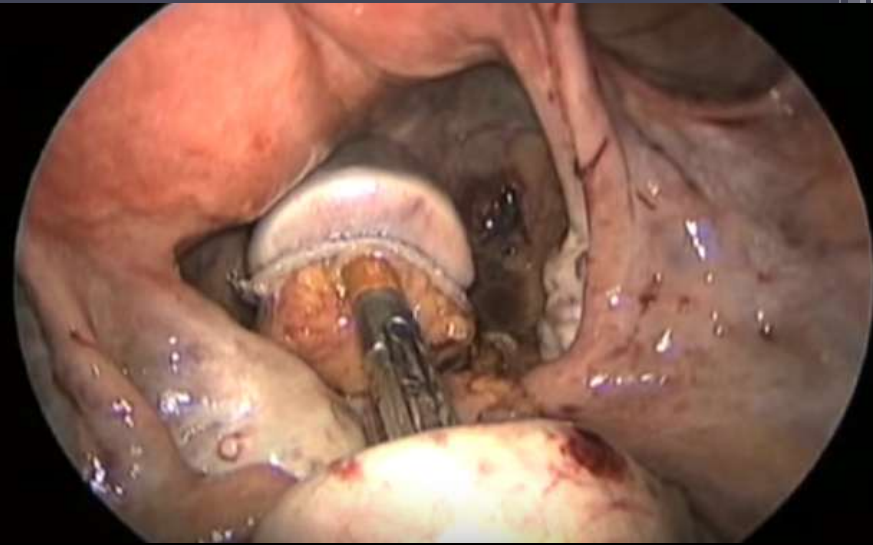
COLOPROCTECTOMIE TOTALE + ANASTOMOSE ILEO ANALE

COLOPROCTECTOMIE TOTALE + ILEOSTOMIE DEFINITIVE

COLECTOMIE TOTALE + ANASTOMOSE ILEO RECTALE



Colectomie totale avec anastomose iléorectale



AIR

- **Conditions:**

- Pas de dysplasie sur le côlon
- Évolution maladie < 10 ans
- Rectum conservable (sans microrectie et peu inflammatoire)
- Patient averti de la nécessité d'une surveillance régulière et du traitement d'éventuelles poussées

RCP Gastroenterol clin Biol. 2004

AIR

► Avantages:

- Intervention moins lourde
- meilleurs résultats fonctionnels que l'AIA:
 - fréquence et consistance des selles
 - souillures diurnes et nocturnes
 - incontinence
- Moins de conséquences sur la fertilité

Br J Surg. 2007

► Inconvénients :

- Poursuite évolutive de la maladie (dégradation du résultat fonctionnel)
- dégénérescence néoplasique (13% à 25 ans)

AIR

- Indications:

- ✓ Rectum conservable
- ✓ Doute sur le diagnostic de maladie de Crohn
- ✓ Fonction sphinctérienne altérée, en particulier chez les patients âgés
- ✓ Femme jeune désireuse de grossesse

Chirurgie et RCH

Quand opérer ?
Qui opérer

Et Quoi faire ?

Indications

Colite aigue Grave compliquée :

- **Mégacôlon toxique:** (dilatation colique > 6 cm non obstructive, segmentaire ou totale + Sd toxique): 5%
 - **Perforation:** 4% (mortalité: 50%)
 - Hémorragie massive: 1,5%
 - Syndrome toxique: 10% (fièvre, déshydratation majeure, AEG)
- **Intervention en urgence:**
- Colectomie subtotala avec double stomie
 - Par laparotomie +++

J Am Coll Surg. 2003

Indications

Colite aiguë Grave (Critères de Truelove & Witts, score de Lichtiger > 10)

R au traitement médical intensif / PEC d'emblée multidisciplinaire

▶ Échec de traitement de 1^{ère} intention (corticothérapie en IV) ou de 2nd ligne (Ciclosporine, anti TNF α)

▶ À tout moment de l'évolution en cas de dégradation clinique

Am J gastroenterol. 2002

▶ **Intervention:**

- Colectomie subtotale avec double stomie
- Laparoscopie
 - Diminution des abcès de paroi
 - Rétablissement possible par laparoscopie (AIA)
 - durée d'hospitalisation + courte
 - reprise du transit précoce

Br J Surg. 2005

Colite aigue Grave non compliquée

Quand proposer la Chirurgie ?

- J3: évaluation de l'efficacité du ttt medical
 - + que 8 selles/j ou
 - association de 3 à 8 selles/j et d'une CRP > 45 mg/l



Hautement prédictive de
recours au ttt chirurgical (85%
des cas)

- Le Timing repose essentiellement sur des avis d'experts (J4-J72)

Colite aigue Grave non compliquée

Quand proposer la Chirurgie ?

- La problématique est d'éviter de proposer **trop précocement** la chirurgie chez un patient qui aurait répondu au ttt médical sans augmenter la morbidité et la mortalité par une intervention réalisée **trop tardivement**
- En effet, Un délai trop long (>14j) entre l'admission pour CAG et la CST **triple** la morbi mortalité post opératoire

De Silva S. Clin Gastroentero
Hepatol 2011



World Journal of
Gastroenterology

Online Submissions: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/office>
wjg@wjgnet.com
doi:10.3748/wjg.v18.i29.3833

World J Gastroenterol 2012 August 7; 18(29): 3833-3838
ISSN 1007-9327 (print) ISSN 2219-2840 (online)
© 2012 Baishideng. All rights reserved.

TOPIC HIGHLIGHT

Giovanni Latella, MD, *Series Editor*

Role of surgery in severe ulcerative colitis in the era of medical rescue therapy

Giovanni Latella, MD, Series Editor

Role of surgery in severe ulcerative colitis in the era of medical rescue therapy

ing medical therapy, but usually not colectomy, early in the admission without delaying colectomy if required. This approach has reduced the colectomy rate in ASC from 30%-70% in the past to 10%-20% nowadays, and the mortality rate from over 70% in the 1930s to about 1%. In general, restorative proctocolectomy

Rates of Colectomy for ulcerative colitis in the era of biologic Therapy

- Base de données nationale: 70.000 cas (2001-2011)
- 10349 AIA (14%)
- Taux annuel de colectomies:
 - 2001-2004: 16-18%
 - 2007: 11%
 - 2008-2011: 17%
- **Conclusion:**
 - Le risque d'avoir une colectomie pendant une hospitalisation pour RCH n'a pas été modifié par l'introduction de l'Infliximab
 - Les malades sont peut être opérés un peu plus tardivement

Chirurgie éleative

- ▶ RCH réfractaire au traitement médical:
- ▶ Sténose colique
- ▶ RCH et Cancer

Chirurgie éleative

▶ RCH réfractaire au traitement médical:

▶ Sténose colique

▶ RCH et Cancer

RCH réfractaire au traitement médical:

- Discuter au cas par cas
- Recommandations américaines:
 - ✓ Si les symptômes sont mal contrôlés après un traitement médical optimisé
 - ✓ Si le traitement médical à long terme expose le patient à un risque élevé de complications liées à ce traitement en particulier en cas de cortico dépendance
 - ✓ Si les effets secondaires du traitement médical sont mal tolérés

Chirurgie éleative

- ▶ RCH réfractaire au traitement médical:
- ▶ Sténose colique
- ▶ RCH et Cancer

Sténose colique

- Fréquence: 5-10% des RCH
- Risque de Cancer: 25-30%
- Indication large de la chirurgie:
 - ✓ Sténose souvent symptomatique
 - ✓ Surveillance endoscopique impossible

Stange EF. J Crohns Colitis 2008

Chirurgie éleative

- ▶ RCH réfractaire au traitement médical:
- ▶ Sténose colique
- ▶ RCH et Cancer

RCH et Cancer

- Risque cumulé de dégénérescence:
 - ✓ 2% à 10 ans, 8% à 20 ans et 18% à 30 ans
 - ✓ Facteurs de risque:
 - Extension de la maladie: RR=15 (Pancolite)
 - Durée d'évolution de la maladie: RR=5,7 à 10 ans
 - CSP: RR=4,8
 - Inflammation histologique: RR=3
 - ATCD F de CCR: RR=2,5

RCH et Cancer

- Inflammation, Dysplasie, Cancer
- Séries récentes: risque de cancer revu à la baisse (Rutter MD. Gut 2004)
 - ✓ 2,5% à 20 ans
 - ✓ 7,6% à 30 ans
 - ✓ 10,8% à 40 ans
- meilleure contrôle de l'inflammation muqueuse (5 ASA, Azathioprine)
- Meilleure surveillance endoscopique

RCH ET CANCER: Indications

- ▶ Dysplasie multifocale
- ▶ Dysplasie de haut grade
- ▶ (non adenoma-like lesions, anciennement appelés DALM): Lésion en relief dysplasique se développant au sein d'une muqueuse dysplasique

Koerdt S. Int J Colorectal Dis 2014

- ▶ cancer

NB: - peut être évitée en cas de dysplasie de bas grade, d'ALM et d'adénomes sous réserve d'une surveillance endoscopique stricte

Colorectal Dis 2014

- RCH étendue au-delà de l'ACG: haut risque de CCR majoré par **la durée d'évolution**, la sévérité de l'inflammation, les ATCD F de CCR et **l'existence d'une CS+++**

RCH / cancer: Quelle intervention?

- ▶ CPT + AIA
 - En 3 temps si nécessaire

- ▶ CPT + iléostomie définitive
 - Cancer du très bas rectum:

CONCLUSIONS

Choix de l'intervention:

▶ L'AIA mécanique par laparoscopie en 2 ou 3 temps en fonction de la situation clinique:

Gold standard

▶ L'AIR: Indication **d'attente** (Femme jeune?)
Ou **de nécessité** (Incontinence sphincterienne)

▶ CPT + Iléostomie définitive: Indications exceptionnelles

CONCLUSIONS

Quand opérer ?

- ▶ Intervention programmée:
 - cancer
 - sténose
 - Formes réfractaires
- ▶ En urgence:
 - CAG compliquée
- ▶ CAG non compliquée résistante au traitement médical:
 - Concertation **Gastro – Chirurgien** pour un Timing optimal
 - Nécessité de travaux prospectifs +++