

Rectocolite Ulcéro-Hémorragique :
Quand opérer ?
Quelle intervention faire ?

Cécile Caillard
DESC 5-6 juin 03

Quand opérer ? 1/ En urgence

- Colite aiguë grave non compliquée :
 - Critères clinico-biologiques de gravité d'une poussée de RCH :
critères de **Truelove et Witts** :
 - > 6 émissions glairo-sanglantes/24h
 - Tachycardie > 90/min
 - Fièvre > 37,5°
 - Anémie avec Hb < 75% de la normale
 - VS > 30mm à 1ère heure

– Critères **endoscopiques** de gravité :

- Ulcérations profondes mettant à nu la musculuse
- Ulcérations profondes occupant plus du tiers de la superficie d'un des 4 segments coliques
- Décollements muqueux

⇒ Tt médical pdt 5 à 7 jours :
alimentation parentérale
corticothérapie parentérale

Réévaluation :

Si rémission partielle ou absence de rémission

Si aggravation clinico-biologique ou endoscopique

⇒ **Traitement Chirurgical**

diminution de la mortalité de 33 à 0%,
notamment si chirurgie précoce

deDombal, *Br Med J* 1970

ou **traitement médical de seconde ligne**
(Ciclosporine IV)

Bouhnik, *Gastroenterol Clin Biol* 2003

- **Formes compliquées :**
 - **Mégacolon toxique :**
dilatation de 6-7 cm du diamètre colique et fièvre et/ou tachycardie et/ou hyperleucocytose et/ou anémie
 - **Perforation colique :**
pneumopéritoine
souvent sémiologie trompeuse chez patient sous corticothérapie
 - **Hémorragie digestive :**
anémie < 6 g/dl avec inefficacité transfusionnelle
- ⇒ **Traitement chirurgical**

Colite aiguë grave

Formes compliquées

Formes non compliquées

Chirurgie

Tt méd : corticoïdes IV

Majoration
CEG

Absence rémission

Rémission

Coloscopie

Relais per os

Stabilité CEG

Tt méd 2ème ligne

Quand opérer ? 2/ Chirurgie Elective

- Echec du traitement médical dans les formes chroniques actives

notamment si :

- Mauvais suivi du traitement d'entretien
 - Reprises évolutives fréquentes
 - Persistance des symptômes malgré traitement
 - Corticodépendance
 - Effets secondaires des traitements médicaux
 - Manifestations extradiigestives
-
- Retard de croissance

- Colectomie prophylactique de la dégénérescence néoplasique
 - Pancolite évoluant depuis plus de 10 ans
 - Début de la maladie dans l'enfance
 - Cholangite sclérosante associée
 - Existence de lésions endoscopiques suspectes et de dysplasie sur les biopsies

Panis, 1998

Mayberry, *Gut* 2001

1116 patients de 1960 à 1983

Chirurgie chez 420 patients (37.6%)

Indications :

- Echec Tt méd ds colite aiguë 17%
- Dilatation colique 18% Hémorragie 4%
- Perforation 2%
- **Chronicité 40%**
- Prophylaxie du cancer ou dysplasie 6%
- Cancer 3%
- Retard de croissance 1%
- Manifestations extradigestives 1%
- Atteinte périanale 3%
- Choix du patient 2%

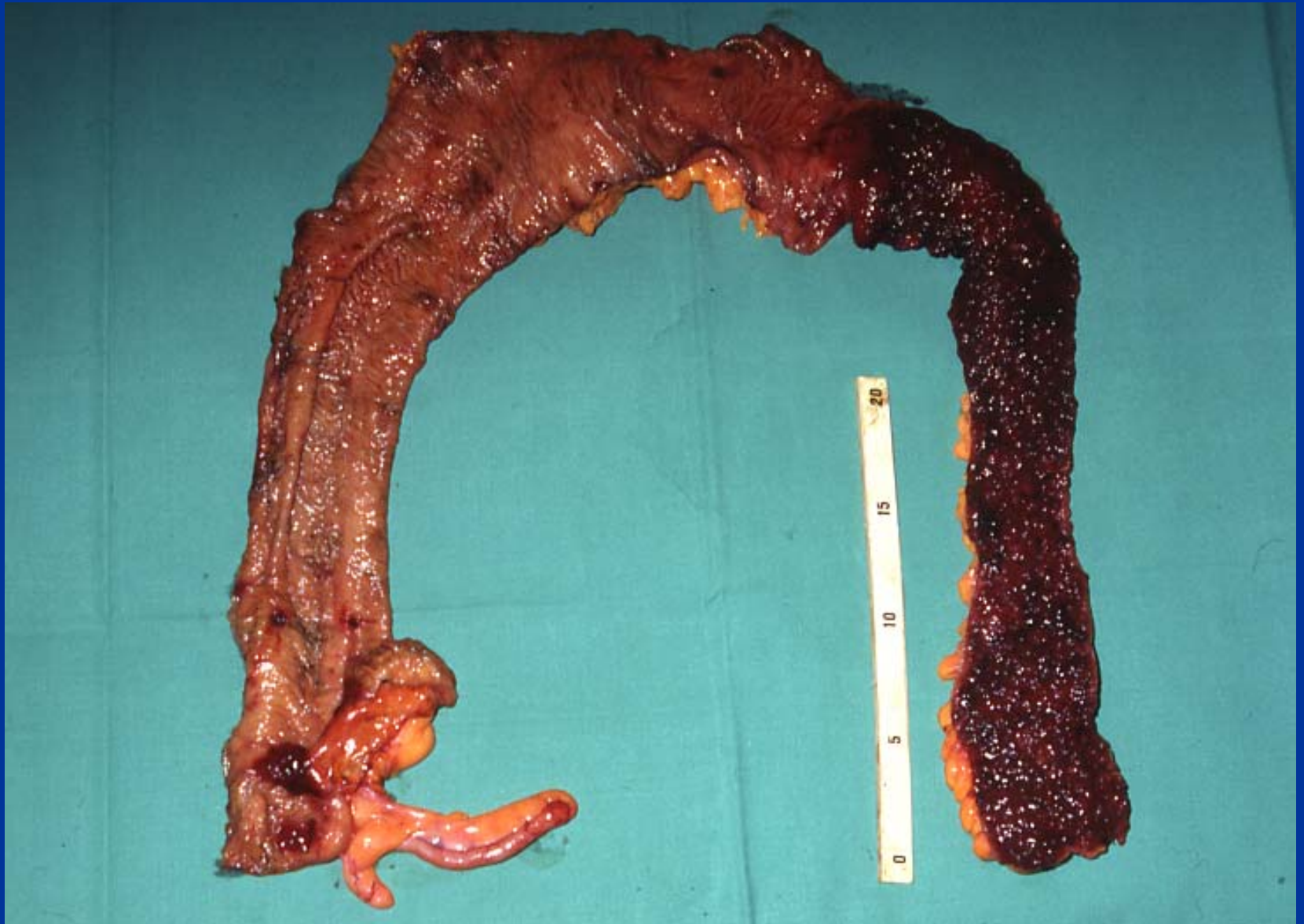
Quelle intervention ? 1/ En urgence

Colectomie subtotale avec iléostomie terminale en FID et sigmoïdostomie en FIG ou au bas de la médiane

Respecter vascularisation iléo-caecale

A distance (entre 2 et 6 mois) :
rétablissement de la continuité en 1 ou 2 temps

Colectomie subtotale pour colite aiguë grave



Quelle intervention ? 2/ Chirurgie Elective

Principe :

enlever l'ensemble de la muqueuse colorectale malade ou susceptible de le devenir

- Coloproctectomie totale et anastomose iléo-anale (IPAA)

avec confection d'un réservoir iléal pelvien en J

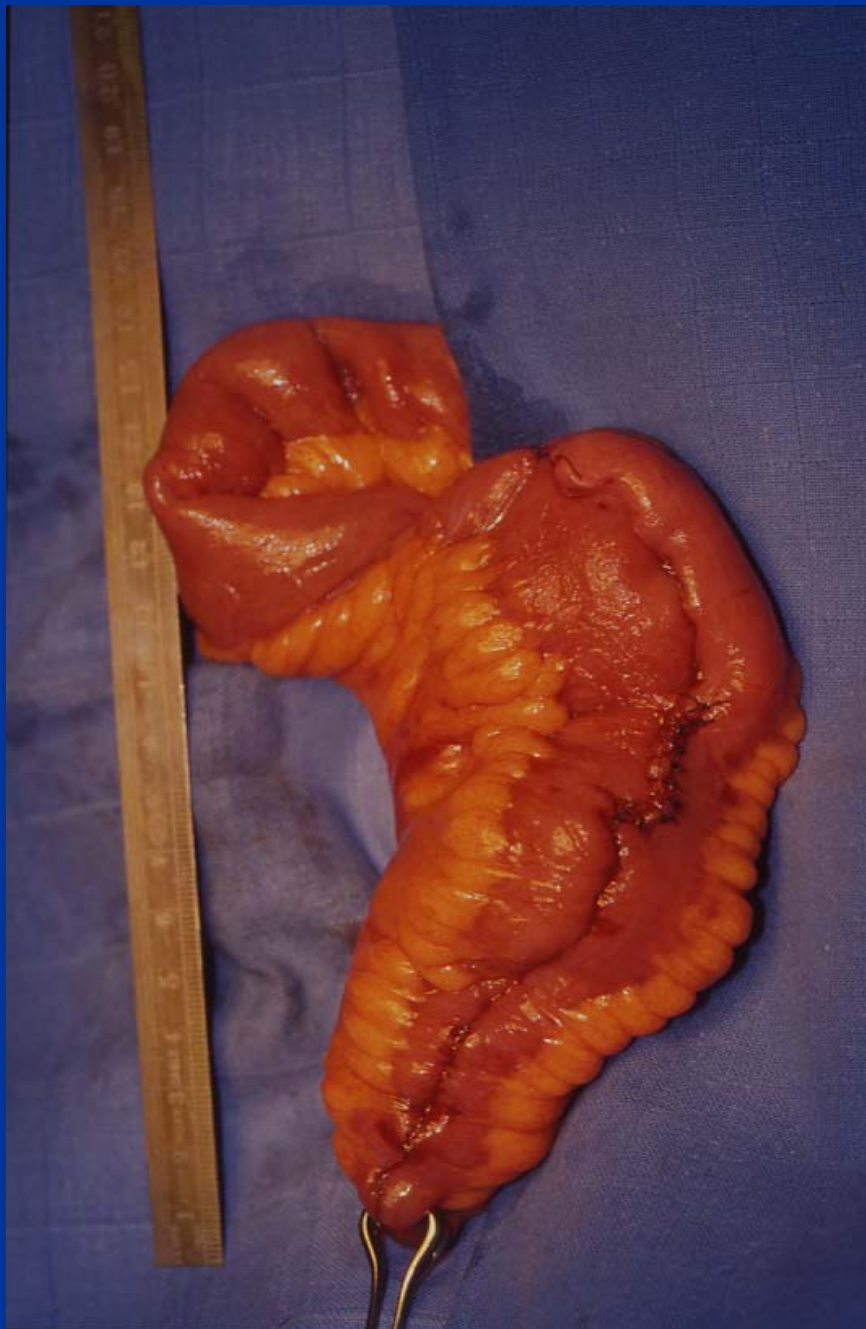
– Coloproctectomie

– Anastomose iléo-anale (AIA)

+/- Iléostomie de protection latérale

Johnston, *Dis Colon Rectum* 1997

Herfarth, *Ann Surg* 2001



Réservoir iléal en J

3 techniques AIA avec réservoir :

- AIA avec anastomose manuelle après mucosectomie, surtout si dysplasie ou cancer synchrone à la RCH

Petras, *Dis Colon Rectum* 1994

- AIA avec anastomose mécanique
- AIA avec anastomose manuelle avec section sur la ligne pectinée après éversion rectale

CI à l'AIA :

- Doute diagnostique avec maladie de Crohn
- Appareil sphinctérien non compétent

RCH et cancer :

- Si cancer du rectum :
proctectomie carcinologique
rétablissement de continuité variable selon le
siège du cancer par rapport au sphincter
- Si cancer du côlon :
colectomie carcinologique et si possible AIA

- **Colectomie totale et Anastomose iléo-rectale**

Intervention plus simple, sans iléostomie

Surveillance endoscopique du rectum à vie

Risque de cancer sur rectum préservé

Parc, 1985

Turnbull, *Ann Surg* 1981

Se discute si :

- Rectum peu atteint, indemne de dysplasie ou cancer et compliant
- Haut risque chirurgical ou patients âgés
- AIA impossible à réaliser
- Doute avec maladie de Crohn

- Comparaison AIA / AIR

- Résultats fonctionnels similaires en terme de selles et impériosités
- AIA : suintements plus importants
- Qualité de vie meilleure avec AIA
- Taux d'échec supérieur avec AIR

Schroeder, *Ann Surg* 1995

Hodge, *Dis Colon Rectum* 1997

Pemberton, *Br J Surg* 1998

⇒ AIA : Traitement de référence

- Coloproctectomie totale et Iléostomie définitive :
 - Pas en première intention, indications de « repli » si :
 - Sphincter anal incompetent
 - Cancer rectal bas situé
 - AIA impossible avec rectum non conservable
 - Indiquée en cas de complication grave, notamment septique après AIA ou en cas de pochite réfractaire
 - Comparaison avec IPAA

Abord Laparoscopique ?

Intérêts théoriques:

- Diminution du traumatisme pariétale
- Diminution des adhérences post-opératoires
- Diminution des douleurs post-opératoires
- Diminution de la durée d'hospitalisation
- Diminution de l'immunosuppression

- **Chirurgie Elective**

Technique faisable et sûre, dans centres experts

Pas d'étude randomisée

Diminution de la durée d'hospitalisation, reprise plus rapide de l'alimentation , bénéfice esthétique

Mc Fadden, *Am Surg* 1995

Fazio, *Dis Colon Rectum* 2000

Milsom, *Dis Colon Rectum* 2002

- **En Urgence**

Colectomie dans les colites aiguës

Interêt pour la chirurgie ultérieure

Seymour, *Surg Endosc* 2002

Panis, *Gastroenterol Clin Biol* 2003

Conclusion

- En urgence :

Indication chirurgicale dans les colites aiguës graves résistantes au traitement médical ou compliquées

⇒ **Colectomie subtotale** avec iléostomie et sigmoïdostomie

- Chirurgie électorale

Indication chirurgicale si échec du traitement médical, évolution ancienne ou retard de croissance

⇒ **Coloproctectomie totale** avec anastomose iléoanale et réservoir en J