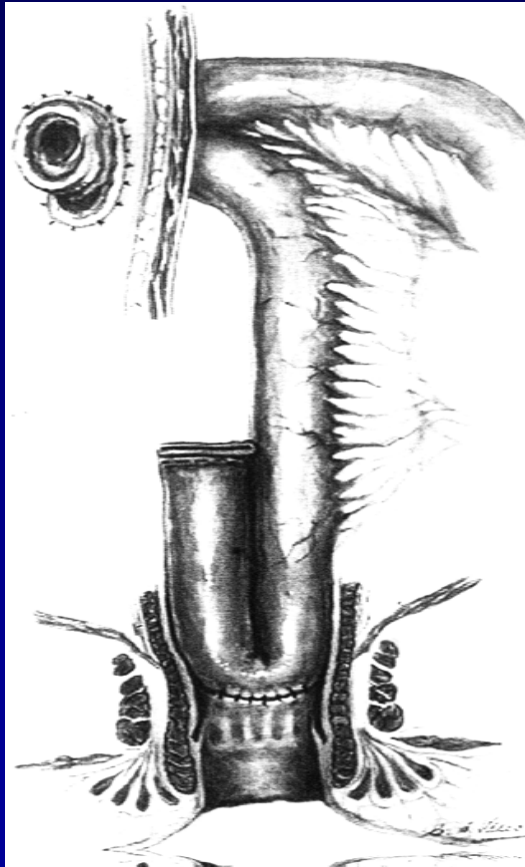

*Technique et Résultats de
l'anastomose iléo-anale*

*Christophe Penna
Service de Chirurgie Digestive
Hôpital Ambroise Paré - Boulogne*

Tours 6/6/2003

Anastomose iléo-anale



1948 : Ravitch
AIA directe

1955 : Valiente et Bacon
AIA trans rectale

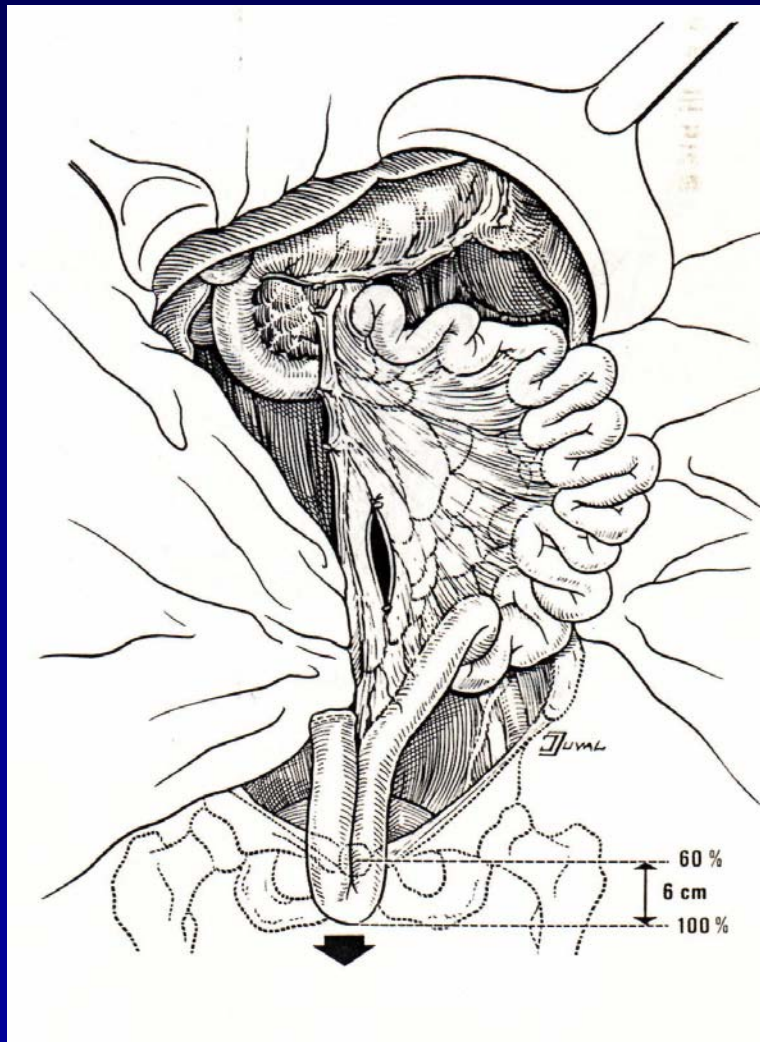
1978 : Parks et Nicholls
AIA + réservoir iléal (S)

1980 - 2000 : > 2000 articles

Anastomose Iléo-Anale

- **Technique**
 - Type de réservoir : J, S, W, H
 - Mucosectomie
 - Iléostomie de protection
 - Coelioscopie
- **Indications**
 - Colite aiguë grave
 - Formes distales de RCH
 - Colite indéterminée et maladie de Crohn
- **Résultats**
 - Complications : sténoses, fistules, pochite
 - Fonction intestinale et qualité de vie
- **Conclusions**

Technique AIA : l'allongement du mésentère

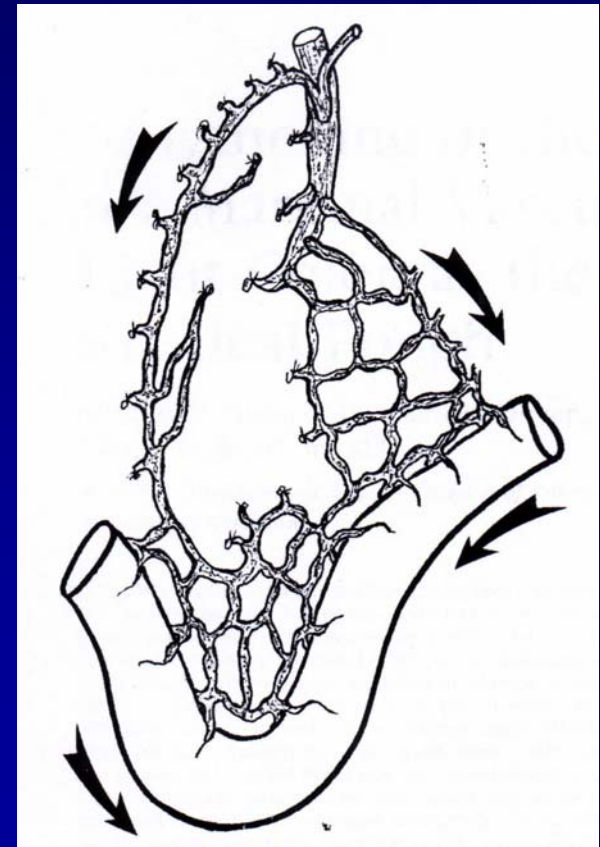
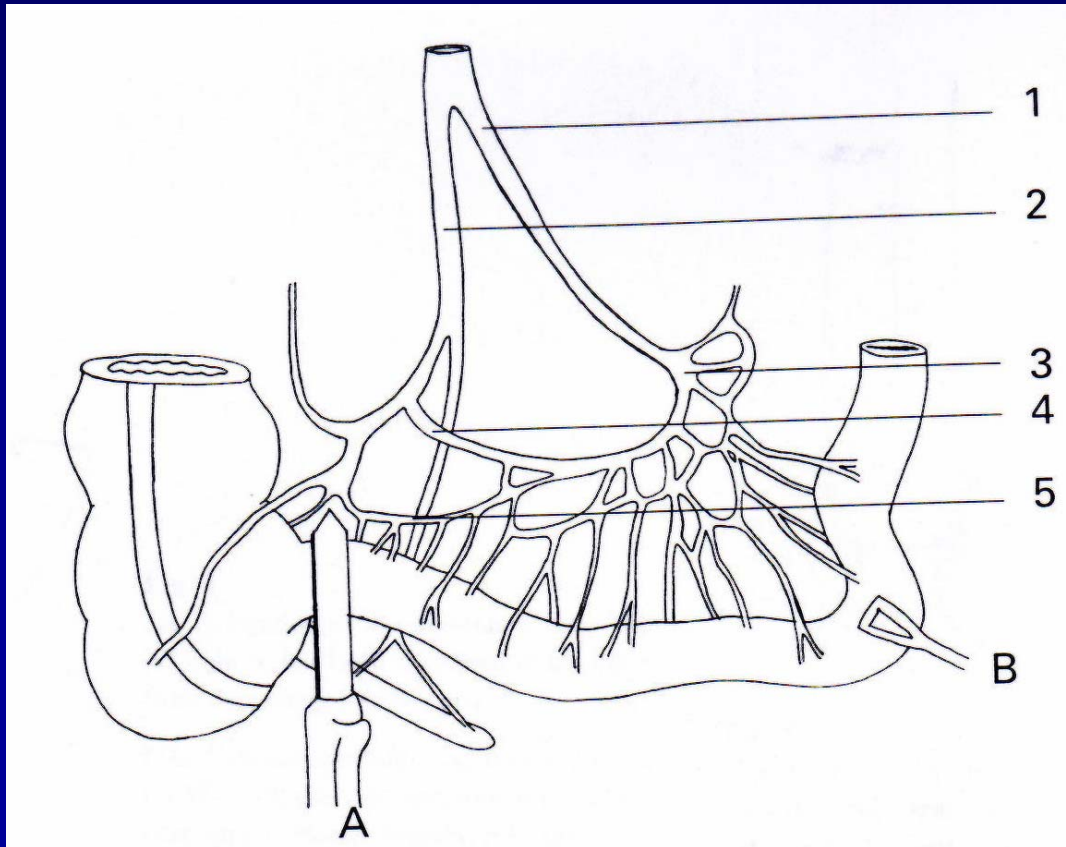


But : 3 cm sous la symphyse

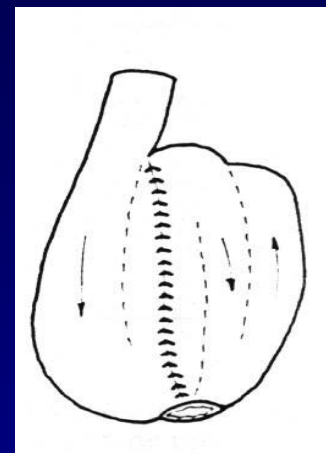
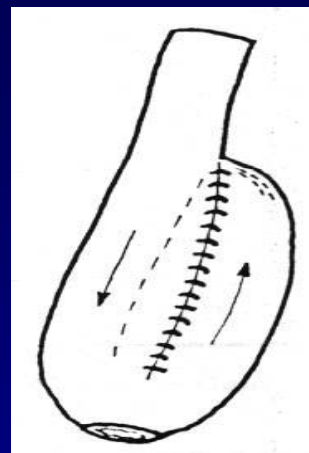
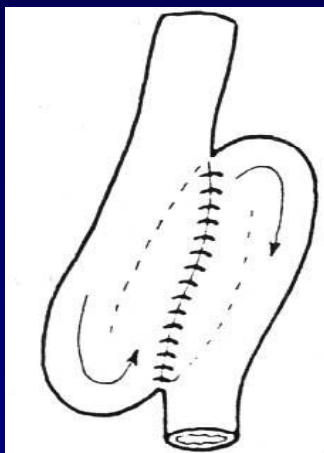
- Décollement de la racine du mésentère Manœuvre de Kocher
- Section des tissus situés à droite de la VMS
- Sections vasculaires : a. iléo-caecale ou terminaison AMS
- Fenêtres mésentériques

Technique AIA : l'allongement du mésentère

Les sections vasculaires

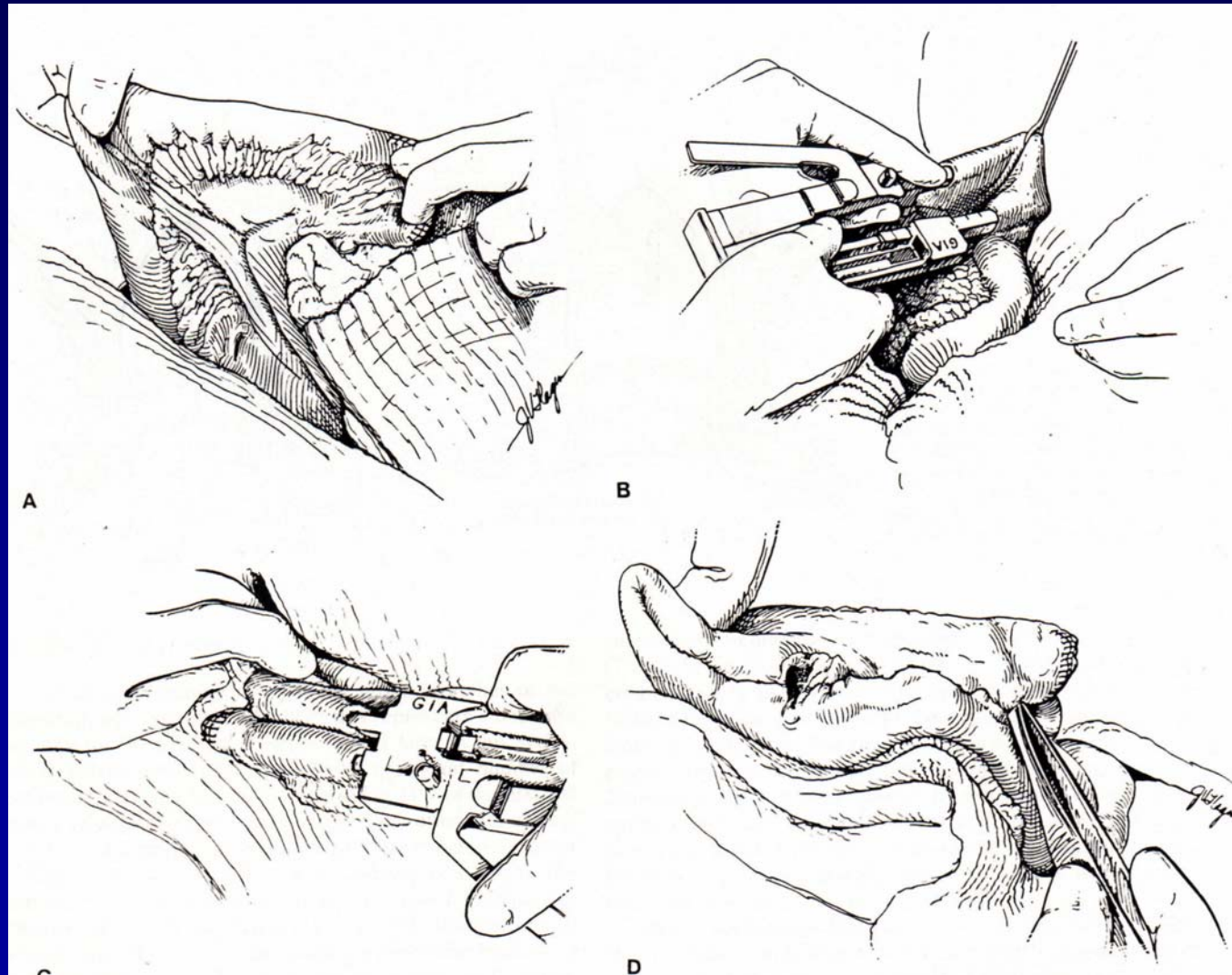


AIA : type de réservoir ?



	S	J	W
VMT (ml)	225	197	322
fréquence /24h	3,6	5,5	3,3
continence normale	76%	79%	92%
évacuation	54%	0	0

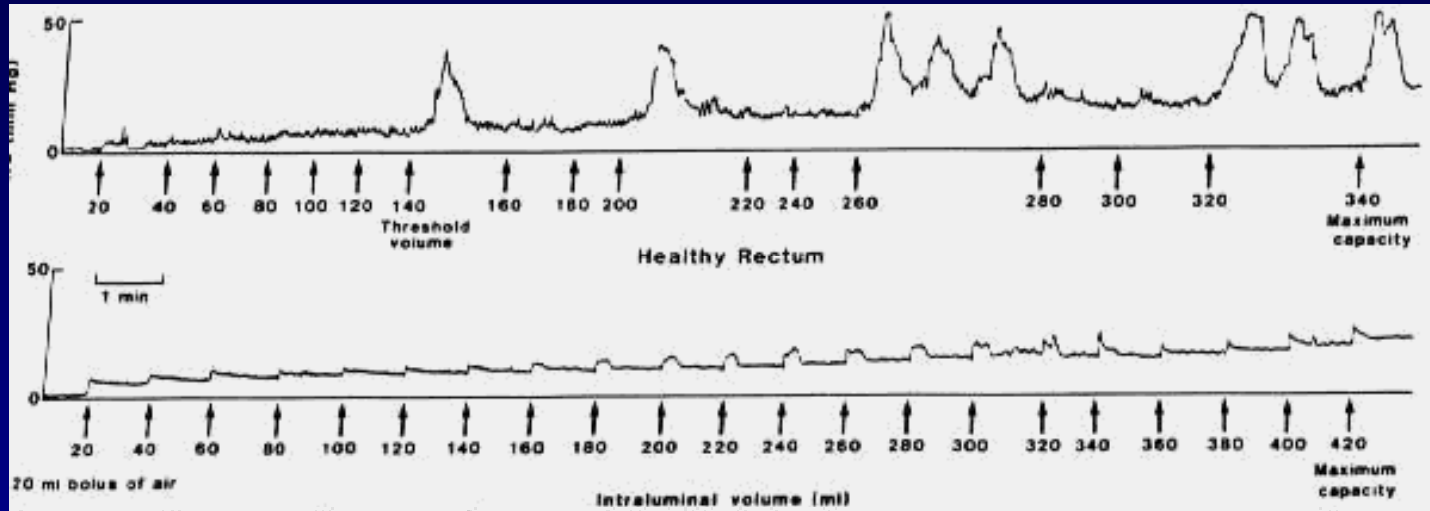
Anastomose iléo-anale : réservoir en J



AIA : Physiologie du réservoir iléal

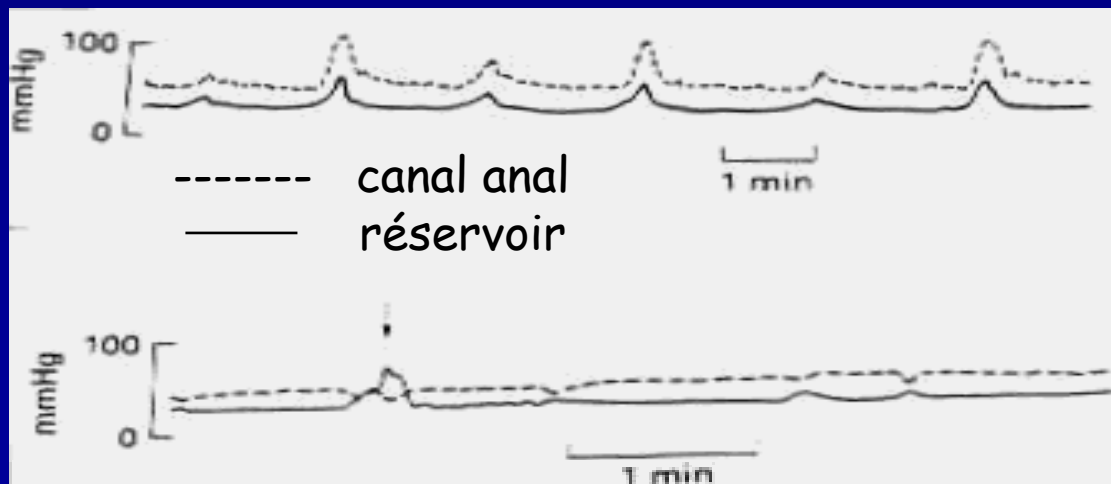
- Volume Maxima Tolérable
- % d'évacuation volontaire
- Distensibilité
- Pression de contraction volontaire (SE)
- Pression anale de repos (SI):
 - diminution de 15%, fuites nocturnes ?

Réponse motrice à la distension



Réservoir iléal

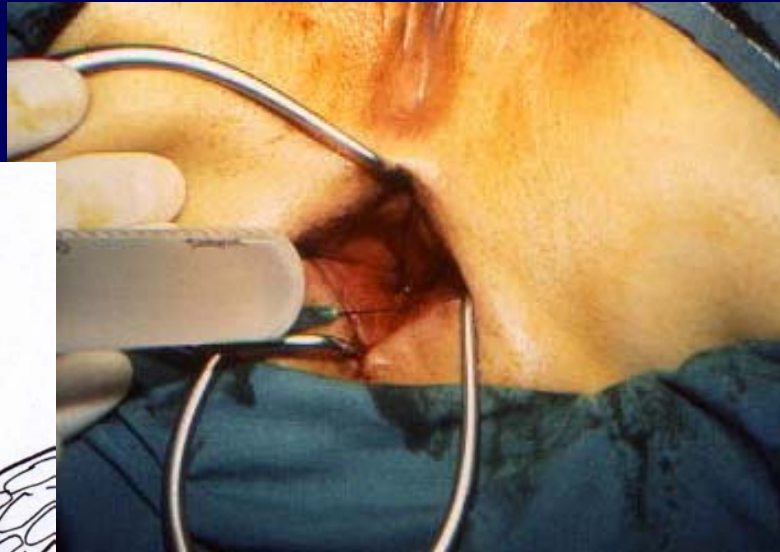
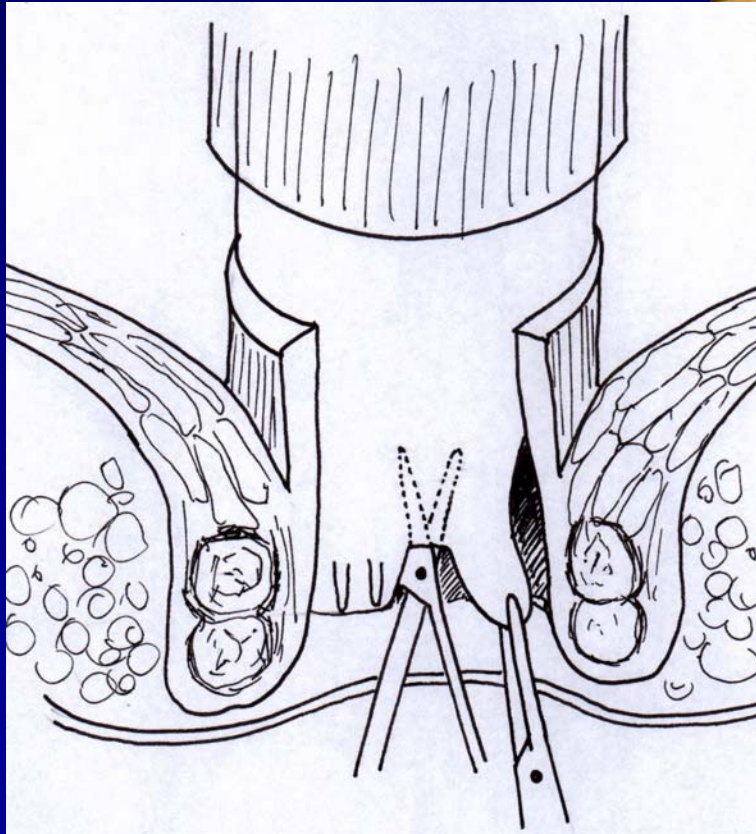
Rectum normal



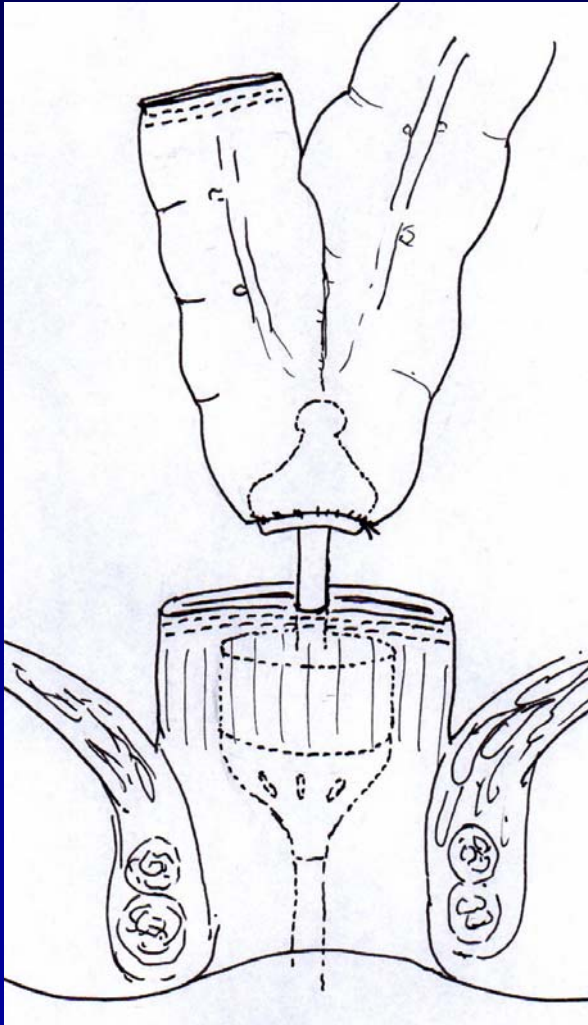
AIA, continent

AIA, incontinent

AIA : mucosectomie périnéale



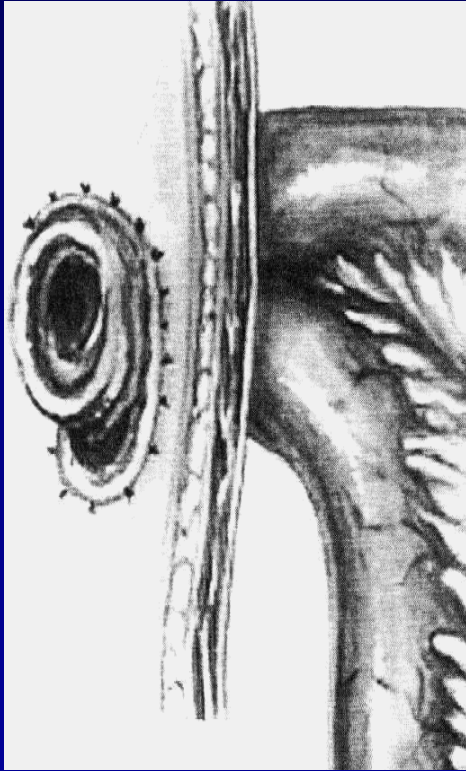
AIA sans mucosectomie ?



- simplicité
 - abaissement
 - anastomose mécanique
 - durée raccourcie
- moindre traumatisme du SI
- pas de différence clinique
- muqueuse rectale restante :
 - « cuffite »
 - MEI
 - dysplasie?

(Luukkonen Arch Surg 93, Reilly Ann Surg 97)

AIA : iléostomie de protection?

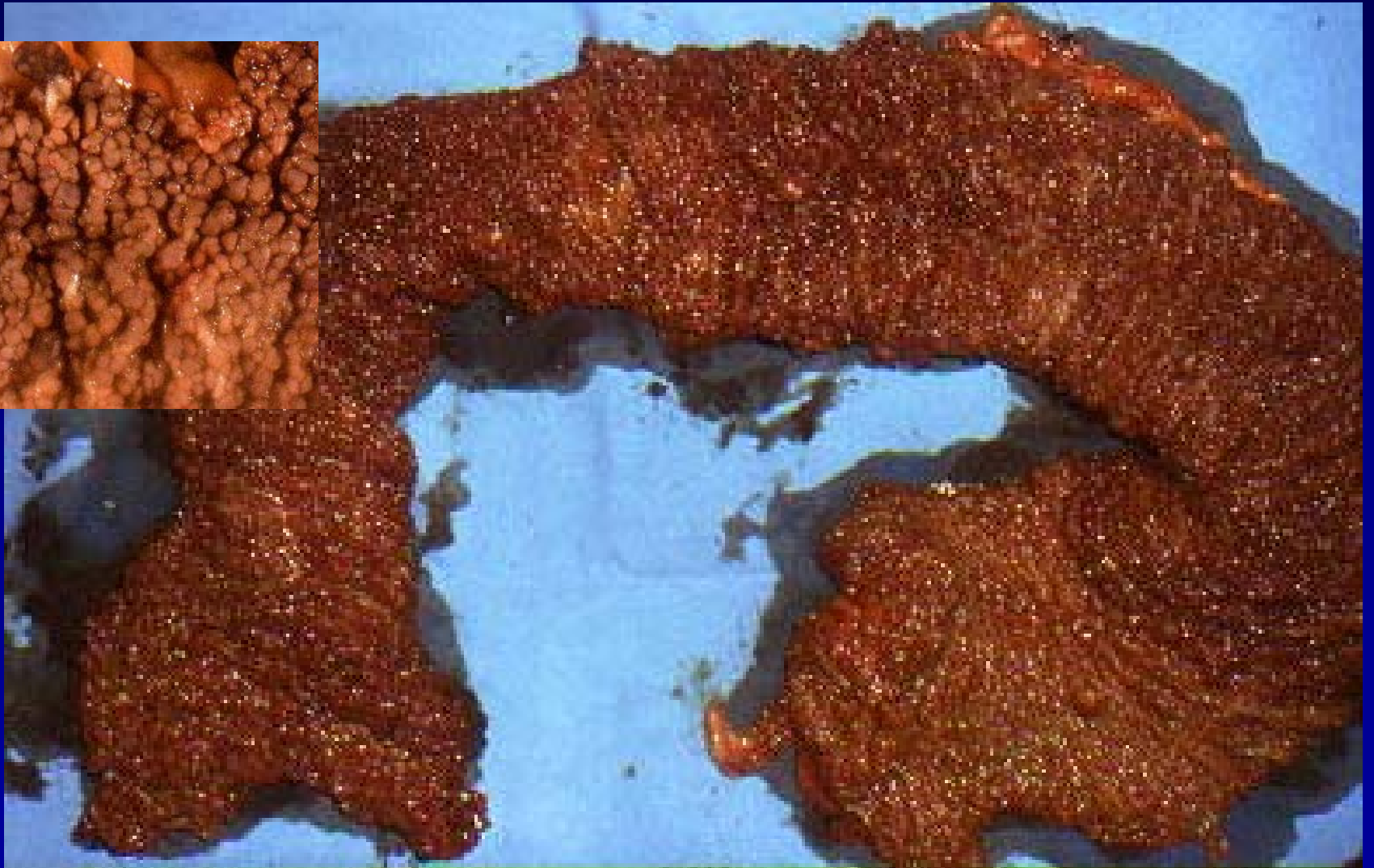


- Iléostomie latérale
 - diminuer les conséquences des fistules
 - complications : OIA, deshydratation..., fermeture
 - 6 études comparatives
 - pas de différence pour les complications septiques
 - réduction hospitalisation
 - pas de différence fonctionnelle
 - Meilleurs cas
 - PAF
 - 2ème temps (après CST)
 - pas ou peu de corticoïdes, bon état nutritionnel
 - pas de problème technique per-opératoire
- (Jarvinen BJS 91, Tjandra DCR 93, Grobler BJS 92)

AIA : Coelioscopie?

- **Schmidt (1994) : comparaison historique**
 - 35 coloproctectomies : 20 par cœlio, 15 par laparo
 - Morbidité plus élevée après cœlio qu 'après laparo
- **Reissman (1996) : 22 coloproctectomies cœlio**
 - Conversion : 5%, morbidité : 27 %, durée hospi. : 8J
- **Marcello (2000) : comparaison historique**
 - 40 coloproctectomies : 20 par cœlio et 20 par laparo
 - Morbidité comparable
 - Durée hospitalisation plus courte après cœlio

AIA pour PAF



AIA : Colite aiguë grave



- **Colectomie sub totale, iléostomie sigmoïdostomie**
 - mortalité et morbidité faible
 - traitement facile du rectum restant
 - histologie de la pièce et du rectum restant
 - choix du type et du délai de rétablissement
 - meilleure fonction intestinale à court terme des AIA
(Carter Dis Colon Rectum 1991, Penna Dis Colon Rectum 1993)
- **AIA d 'emblée ?**
(Ziv Dis Colon Rectum 1995)

AIA : Formes distales de RCH

30% des RCH, traitement médical

Parfois qualité de vie altérée

- Proctite rebelle ou récidivante : rectorragies, diarrhées,
- Microrectum : impériosités, incontinence

27 AIA pour rectosigmoïdite / 263 AIA pour RCH pan colique

- Dysplasie sévère dans 2 cas
- mortalité =0, morbidité 20%
- fréquence des selles : 4,7 vs 8,2, impériosités : 1 vs 26/27
- amélioration significative de la qualité de vie

(Penna Gut 1999)

AIA et maladie de Crohn

- 80% fistules, abcès, sténoses ou incontinence
(Sagar DCR 96, Hyman DCR 91, Deutsch DCR 91...)
- Sagar et al, DCR 2001 (Mayo Clinic) à 10 ans (n=37)
 - Taux d'exérèse réservoir ou iléostomie : 45 %
 - 55% patients avec réservoir : bon résultat
- Mylonakis et al, DCR 2001 (Birmingham) à 10 ans (n=23)
 - Taux d'exérèse du réservoir ou iléostomie : 51%



AIA et maladie de Cronh

- **31 patients sélectionnés :**
 - MC colique exclusive
 - aucun antécédent de lésion ano-périnéale ou jéjuno-iléale
 - rectum non conservable
- **Résultats :**
 - 20% de complications
 - 5 ans : 19/21 pts avec un réservoir en fonction
 - 10 ans : 20 patients
 - complications liées à la maladie : 35%
 - taux d'exérèse du réservoir : 10%

AIA et maladie de Crohn

- **Granulomes épithélioïdes : 1/4 des pts**
 - lésions ano-périnéales : 100% à 5 ans (Sénejour GCB 95)
- **Autres critères :**
 - abcès cryptiques, fibrose sous-muqueuse, intervalles de muqueuse saine
 - faible reproductibilité inter observateur (Théodossi Gut 94)
- **Colite « indéterminée » :**
 - absence de critères formels (grêle, périnée, granulomes, fissures et ulcérations)
 - signes histologiques inhabituels pour une RCH
 - colectomie subtotale ?
 - AIR ou AIA (80% de bons résultats) (Mc Intyre DCR 95)

Complications des AIA pour RCH

Précoces :

- OIA 7,5 %
- sepsis pelvien 4,6 %
- abcès de paroi 3,9 %
- fistule 3,2 %

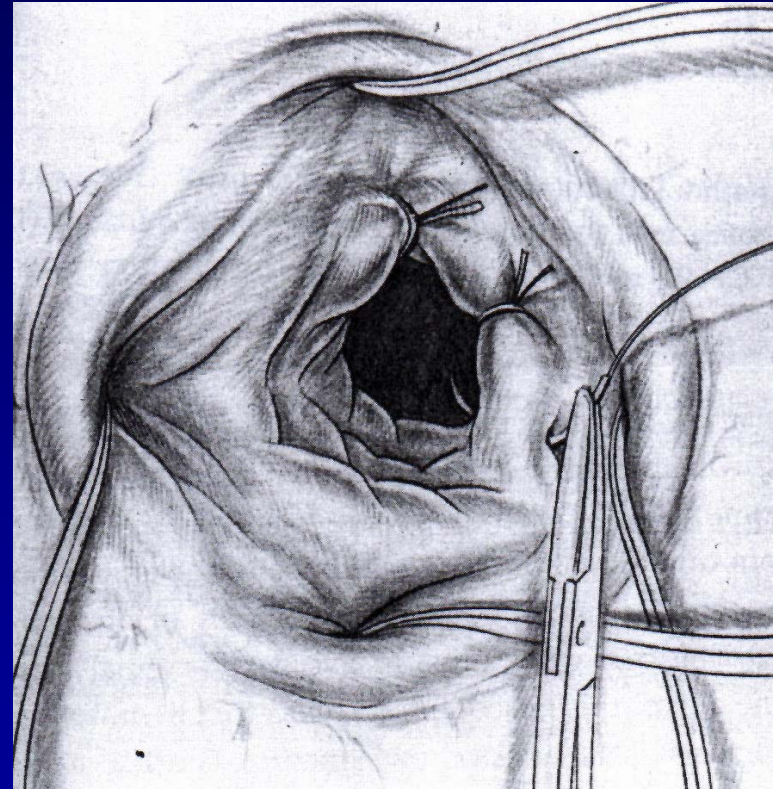
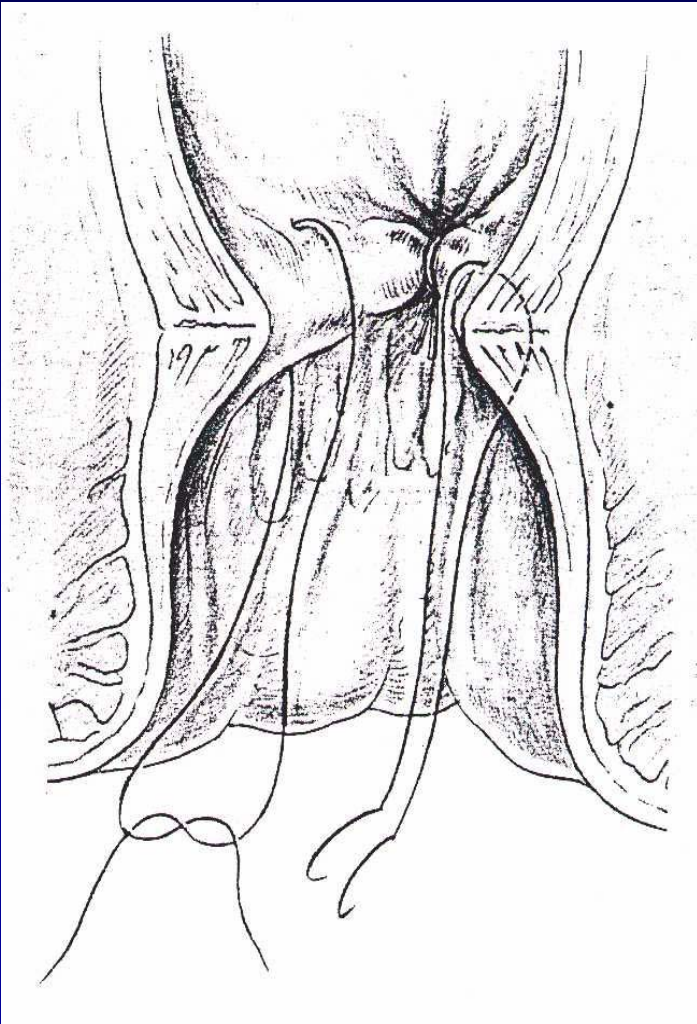
Tardives

- OIA 18 %
- sténoses 12 %
- fistule 8 %
- pochite 22 %

1005 AIA, Fazio et coll Ann Surg 1995, 2 : 120-7

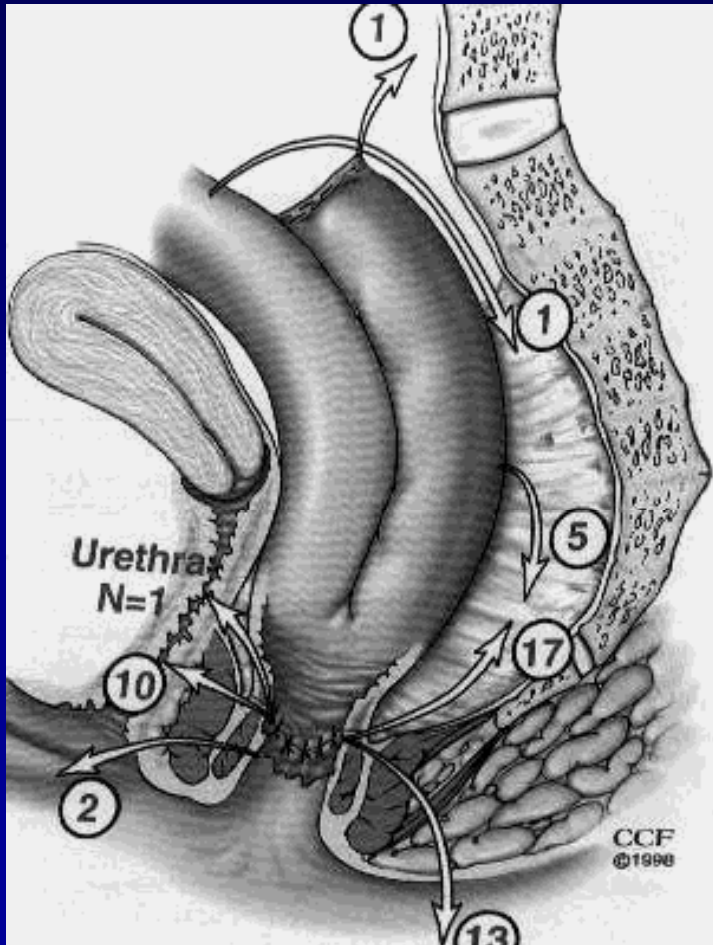
1310 AIA, Meagher et coll Br J Surg 1998, 85 : 800-3

Sténose anastomotique



Benoist Dis Colon Rectum 1998;41:953

Fistules après AIA



Bilan pré-thérapeutique : objectifs

Origine de la fistule

anastomose, réservoir, anse iléale

Trajet fistuleux

direct, contourné, poche intermédiaire

Retentissement

collection pelvienne, sepsis

Cause

post-chirurgicale, traumatique, Crohn

Fistules après AIA

Bilan pré-thérapeutique

- **Examen sous anesthésie générale**
 - bilan anatomique, mise à plat d'une collection, drainage
- **Opacification du réservoir**
 - origine, trajet, poche intermédiaire, aspect du réservoir
- **Endoscopie et biopsies**
 - maladie de Crohn, « pochite », « cuffite »
- **TDM, IRM**
 - collection pelvienne

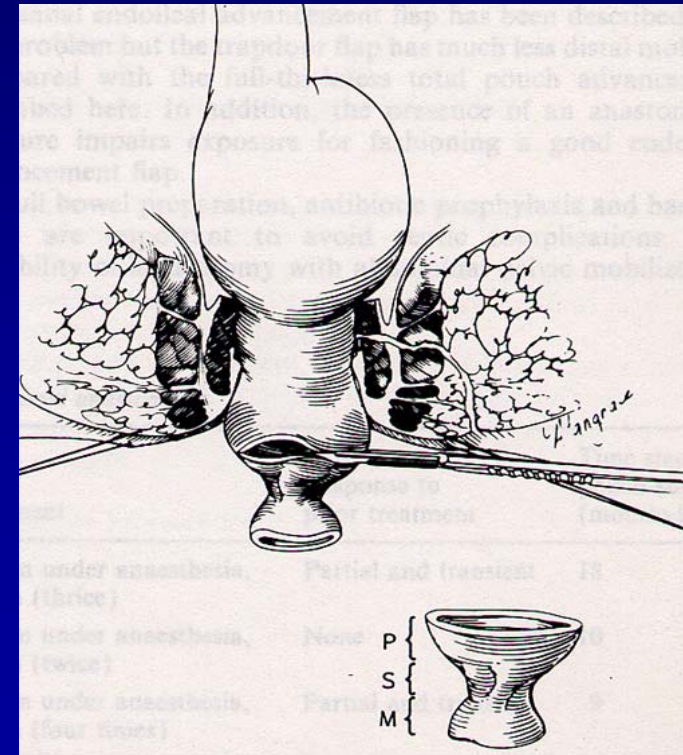
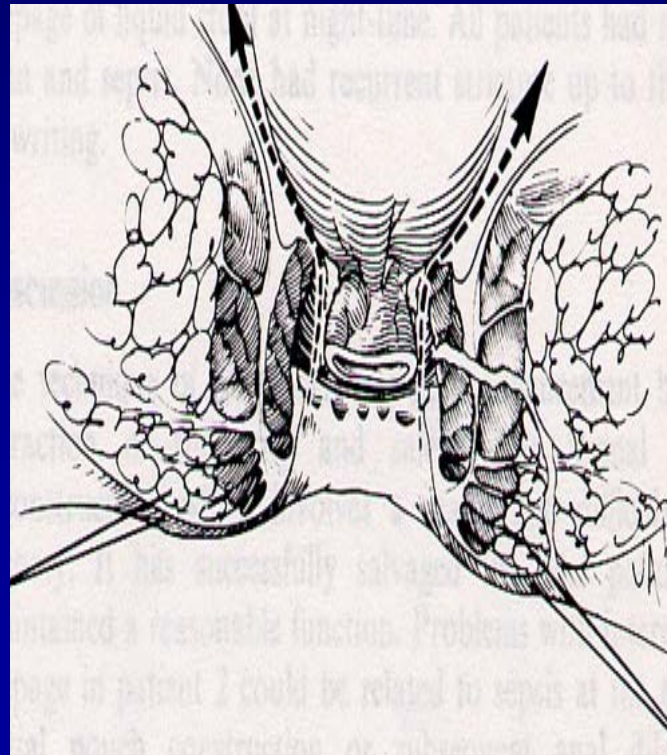
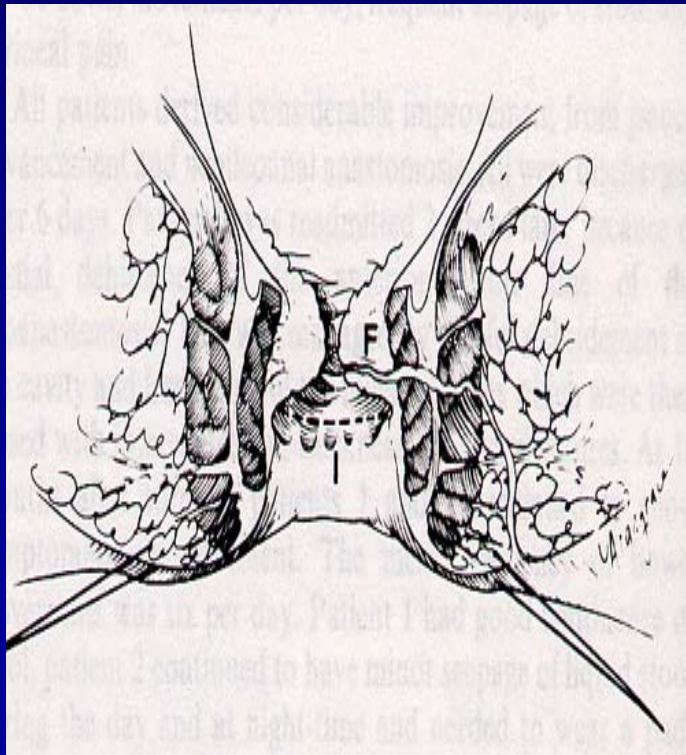
Fistules après AIA

Moyens thérapeutique	taux de succès
drainage en seton	0 %
iléostomie de dérivation, soins locaux	0 %
fermeture directe : endovaginale, endorectale	0 -10 %
réparation (voie abdominale) +/- interposition	0 - 50 %
réfection de l'AIA par voie périnéale	50 - 100 %
réfection complète par voie combinée	75 - 100 %

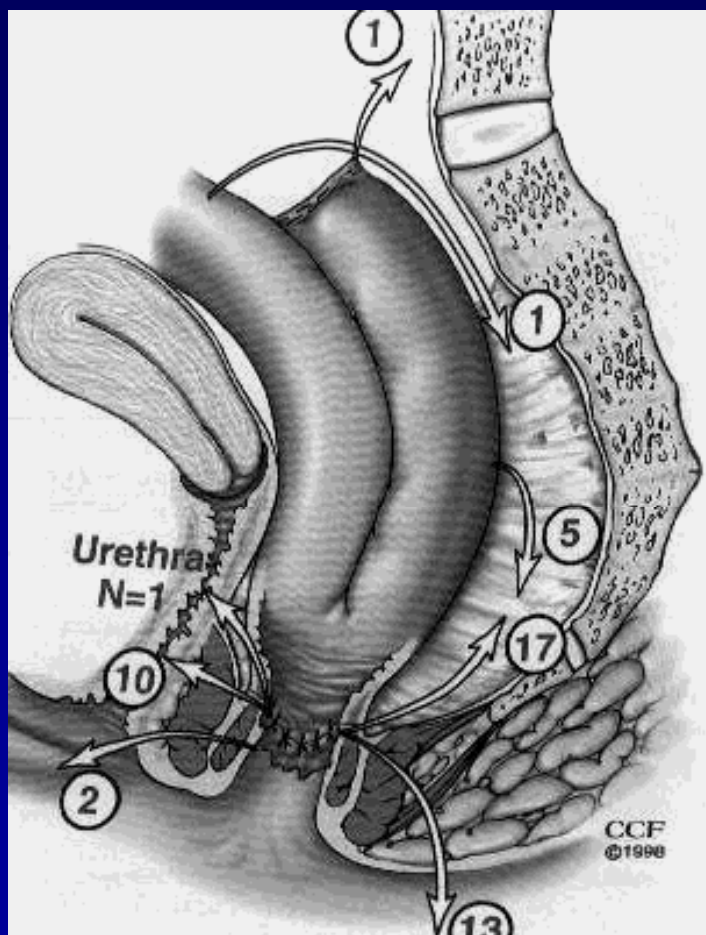
(Wexner DCR 89, Fazio BJS 92, Keighley BJS 93, Groom BJS 93, Penna BJS 96)

Fistules basse après AIA

- drainage en seton prolongé
- réfection de l'anastomose par voie basse



Fistules haute après AIA



- drainage prolongé + iléostomie
- réparation du réservoir +/- retournement
- néo-réservoir + AIA

Fistules après AIA

Résultats

Taux de succès > 75% (en dehors de la MC)

Fonction intestinale correcte > 75%

Wexner Dis Colon Rectum 89, Keighley Br J Surg 93,
Groom Br J Surg 93, Paye Br J Surg 96, Fazio Ann Surg 98.

Pochite : syndrome clinique

- Diarrhée liquide, sang dans les selles
- Douleurs hypogastriques, Fièvre , Malaise
- Manifestations extra-intestinales
- Maladie causale RCH 31% vs PAF 6% (Lohmuller Ann Surg 1990)
- Extension de la RCH (Madden Gut 1990)
- Manifestations extra-coliques 53 % vs 25% (Lohmuller Ann Surg 1990)
- Cholangite sclérosante 63% vs 32% (Penna Gut 1996)

Pochite : endoscopie

- Oedème, aspect granuleux
- Perte de la trame vasculaire
- Erythème, friabilité, sang au contact
- Exsudat muqueux ou purulent
- Fausses membranes
- Ulcérations

- Intervalles de muqueuse saine
- Atteinte de l'iléon sus-jacent

Tytgat Int J Colorect Dis 1989, 4 : 210. De Silva Gut 1991, 32 : 61

Pochite : Histologie

- Inflammation chronique
 - Infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire
 - Atrophie villositaire
- Inflammation aigue
 - Infiltrat à polynucléaires, abcès cryptiques
 - Ulcérations

Shefferd J Clin Pathol 1987, 40 : 601-7

Pochite : Histologie

Seti Carraro Gut 1994, 35 : 1721-1727

60 patients, suivi 19-173 mois, inflammation aiguë et chronique

A (45%) chronique mineure

B (42%) chronique modérée, aiguë épisodique

C (13%) chronique et aiguë sévère, pochite chronique

Veress Gastroenterology 1995, 109 : 1090-1097

87 patients, suivi 3-14 ans, atrophie villositaire - pochite

A (51%) muqueuse normale, pochite : 11%

B (40%) atrophie villositaire modérée, pochite 14%

C (9%) AV +++ , pochite 100%, dysplasie minime 30%

(70% Gullberg Gastroenterol 97)

Pochite : diagnostic différentiel

- Obstruction
(sténose anastomotique, défaut d'évacuation)
- Ischémie
- Gastro-entérite
- Complication septique, fistule anastomotique
- Maladie de Crohn
- Rectite sus anale

Iléo-pochite : étiologies

- **Stase** : O'Connell Am J Surg 1987
- **Flore bactérienne** : Nasmyth Gastroenterol 1989
- **Acides gras volatiles** : Silva N Engl J Med 1990
- **Acides biliaires** : Sandborn Dig Dis Sci 1995
- **Ischémie** : Levin Dis Colon Rectum 1992
- **Récidive de la RCH**
 - Association pochite, RCH, MEI, CSP
 - Association < tabac (Merett gastroenterol 1993)
 - Aspect histologique (De Silva Gut 1991)
 - HLA DR dans les villosités, macrophages RFD9+
 - pANCA + (100%) (Sandborn Am J Gastro 1995)

Pochite : conduite à tenir

- Syndrome clinique - 1er épisode
 - examen clinique, TR, coprocultures
 - endoscopie + biopsies
 - Flagyl (3gr/24h pt 5 jours) ou ciflox
- Récidive à distance
 - traitement d'emblée
- Iléo-pochite chronique
 - enquête étiologique ++
 - cures alternées d'antibiotiques,
 - 5 ASA, corticoïdes, allopurinol, butyrate, bismuth, macrobiotiques

AIA pour RCH : Fonction intestinale

	3 mois (156 pts)	1 an (118 pts)
Nb selles / 24 h	5,6 +/- 2	4,5 +/- 2
Nuit	1,5 +/- 0,6	0,9 +/- 0,4
Continence nle jour	87%	87%
Nuit	67%	77%
Régime/ralentisseurs	10% / 47%	4% / 31%

Daudé Gastroenterol Clin Biol 1994, 18 : 462-8

AIA : Fonction intestinale

	AIA (n=103)	tt médical (n=95)
Nb selles/24h	5	2
impériosités	12 %	73 %
ralentisseurs	51%	3 %
stéroïdes	8 %	47 %
score d'anxiété	5 + 1	7 + 3

Sagar, Dis Colon Rectum 1993, 36 : 584-92

AIA : Qualité de vie

15 études

6 utilisant des scores validés : SF 36, IBDQ, RFIPC

qualité de vie après AIA : bonne

scores généraux = population générale / cholécystectomie

(Provenzale Gastroenterol 97, Köhler Gastroenterol 91, Köhler W J Surg 92)

lié : résultat fonctionnel (Fujita Dis Colon Rectum 92)

profil psychologique du patient (Drossman Dig Dis Sci 89)

handicap pré-opératoire (Awad Br J Surg 93)

AIA

Intervention « de choix » dans le traitement de la RCH et de la PAF

- techniquement difficile : centres de référence ?
- morbidité : 20-30%
- bon résultat fonctionnel dans près de 90% des cas
- complications et échecs tardifs

Conclusion



AIA vs AIR ?

