

Chirurgie du grêle radique

Dubrez julien, CHU Poitiers

Angers, janvier 2005

Généralités

- Survenue **5 à 15 %**
- Dose dépendante
 - 5% après 45 Gy
 - 50% après 65 Gy
- Type et modalité d'irradiation : localisation, externe, interne,...
- Association
 - Chimiothérapie
 - Chirurgie

Généralités

- 1/3 des malades ayant un grêle radique devront subir une intervention chirurgicale

Traitement médical de l'ERC

- MALABSORPTION : Prise en charge nutritionnelle
 - Correction diététique des malabsorptions
 - NPT + corticothérapie I.V. : efficacité avérée sur malabsorption (vs NEE) et ↓ récurrences (vs absence corticoïde)
 - Oxygénothérapie hyperbare : résultats prometteurs
- DIARRHÉE : Traitement symptomatique des troubles digestifs (loperamide, colestyramine, ATB, corticoïdes locaux)

(Reijasse, Gendre, Cosnes, Gastroenterol Clin Biol: 2002)

Modalités du traitement chirurgical

- Radical :
 - Résections
 - Association résection +
 - Shunt
 - Stricturoplastie (*Dietz, Fazio et al., Dis Colon Rectum, 2001*)
- Conservateur :
 - Shunts grêlo-grêliques
 - Adhésiolyses
 - Stomies
 - Stricturoplasties

Indications opératoires

- Sténoses radicales (80%) uniques (60%) ou multiples
- Fistules
- Hémorragies (urgence ++)
- Perforations
- Malabsorptions

Place du traitement chirurgical (1)

- Décision d'un geste chirurgical d'emblée en cas de Syndrome occlusif chronique secondaire à une entérite radique sévère

En faveur du trt médical	En faveur du trt chirurgical
Irradiation récente < 1an	Irradiation ancienne > 1 an
Courte durée de l'occlusion chronique	Durée ancienne de l'occlusion chronique
Distension intestinale modérée < 50mm	Distension intestinale importante >50mm
Lésions très étendues du grêle	Lésions peu étendues du grêle
ATCD de résection étendue du grêle	Fistule, Abscess, Perforation
Maladie maligne non contrôlée	

(Reijasse, Gendre, Cosnes, Gastroenterol Clin Biol: 2002)

Place du traitement chirurgical (2)

- Survie à 5 ans

- NPT seule 36 à 54 %

- (Silvain et al., Dig Dis Sciences, 1992)*

- (Scolapio et al., Mayo clinic proc, 1999)*

- Chirurgie 51 à 71 %

- (Regimbeau et al., Am J Surg, 2001)*

Traitement chirurgical résultats (1)

- Mortalité **5 %**
 - Urgence 11 % vs 1 %
- Morbidité **30 %** (quel que soit le type de chirurgie ou le degré d'urgence)
 - Fistules **10 %** à 30 %
 - Occlusions
- Taux de réintervention **40 %**
 - > si chirurgie conservatrice 50 % vs 34 %

(Regimbeau et al., résultats de la chirurgie à long terme de l'ERC, Am J Surg, 2001)

Traitement chirurgical résultats (2)

- Taux de récurrence **39 %** (1/2 réopération)

(Dietz, Fazio et al., Dis Colon Rectum, 2001)

- Survie globale sans récurrence à 5 ans **69 %**
 - TRT conservateur **51 %**
 - TRT radical **71 %**

(Regimbeau et al., résultats de la chirurgie à long terme de l'ERC, Am J Surg, 2001)

Traitement chirurgical résultats (3)

- Traitement chirurgical radical augmente la survie par rapport au traitement conservateur
(*Masayuki Shiraishi et al. World J Surg, 1998*)
- Traitement chirurgical radical vs conservateur
 - ↓ mortalité, ↓ risque hémorragique post-op.(30% vs 3% : risque hémorragique X 11)
 - ↑ survie après irradiation (91 vs 52 mois)

Attitude actuelle

- Si symptômes occlusifs
 - NPT+corticoïdes i.v. préop.
 - Chirurgie
 - Radicale 1^{ère} intention (plutôt que conservatrice)
 - Sans tarder (mortalité élevée de la chirurgie d'urgence)
- Absence de symptômes occlusifs
 - TRT médical 1^{ère} intention
 - TRT chirurgical si échec

Place de la transplantation

- Défaillance intestinale (grêle court, insuffisance de fonctionnement)
 - Survie actuelle à 5 ans **78 %**
 - NPT prolongée

(Vantini et al., Digestive and liver Dis, 2004)
- Transplantation survie à 1 an **82 %**

(Masetti et al., Transplantation proceeding, 2004)