

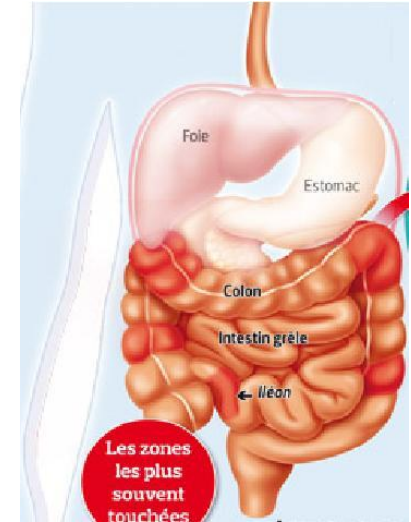
CROHN COLIQUE : COLECTOMIE SEGMENTAIRE VS COLECTOMIE TOTALE

DESC de Nantes ,
Janvier 2012
BLANLEUIL Marie-Laure



Introduction

- **Définition** : maladie inflammatoire transmurale du tube digestif de “ la bouche a l’anus ”, évolution chronique, étiologies multifactorielles.



- **Au moment du diagnostic** :

- 52% lésions colorectales
- 25% de lésions coliques pures (3% colon droit , 27% colon gauche, 40% colique segmentaire et 30% de pancolite)

- **L'atteinte colorectale** :

atteinte inflammatoire ++ < sténose et perforation

- 2 chirurgies classiques
 - La colectomie totale avec anastomose iléorectale
 - La coloproctectomie totale (CPT) avec iléostomie terminale définitive
- 2 alternatives :
 - La CPT avec anastomose iléo-anale
 - Les colectomies segmentaires
- Quand choisir colectomie segmentaire?colectomie totale?

Colectomies segmentaires

- Indications:
 - Résistance au traitement médical
 - Atteinte colique limitée
- Contre-indications :
 - Atteinte diffuse au cours de la maladie
 - Dysplasie colique sévère
 - Cancer colique invasif
- Avantages :
 - Épargne digestive
 - Intérêt fonctionnel
- Dans la plupart études : taux de récurrence clinique après colectomie segmentaire (de 31 à 66%) est comparable à celui des colectomies totales avec AIR (53 à 67%) à 10 ans .

Colectomies segmentaires/colectomies totales

- 31 patients (colectomie segmentaire) et 12 patients (colectomie totale + AIR)

	Colectomies segmentaires	Colectomies totales	
Taux de récurrence (10 ans)	53%	55%	p=0,78
Délai récurrence (années)	2,6	7,2	p=0,046
Résultats fonctionnels(selles/24h)	1,8	4,9	P=0,027

Méta-analyse 2006

- De 1988 à 2002
- 488 patients :
 - 223 colectomie totale avec AIR
 - 265 colectomie segmentaire
- Résultats:
 - Pas de différence des taux de récurrence
 - Survenue plus tardive dans les anastomose iléo-rectales avec durée de 4,4 ans ((I95%: 3,1-5,81), $p < 0,001$)
 - Pas de différence en terme de complications post opératoire
 - Risque de récurrence (si plusieurs segments atteints, lésions anopérinéales, femme)

- Etude prospective de 1995 à 2009
- 108 patients (49 colectomies segmentaires, 59 colectomies totales)
- Résultats : en faveur colectomie segmentaire
 - Réduction du risque de récurrence $p=0,032$
 - Pas de réduction du risque de stomie future au cours maladie $p=0,62$, mais augmentation du risque dès l'apparition de comorbidités.
 - Pas de différence de qualité de vie entre les 2 groupes
 - Le sepsis périanal ou 1 comorbidité élève le risque de récurrence
- **Conclusion: la colectomie segmentaire est bénéfique pour les atteintes isolées chez patients sans autre comorbidités**

Colectomie totale avec anastomose iléo-rectale (AIR)

- Indications: Atteintes coliques étendues, rectum préservé, antécédents de pancolite
 - Colite résistante au traitement médical
 - sténose symptomatique
 - dysplasie sévère / cancer
 - Pas d atteinte anopérinéales
- Avantages: conservation ampoule rectale, charnière rectosigmoïdienne
 - Résultats fonctionnels satisfaisants
 - Préservation innervation génito-urinaire
- Inconvénients :
 - Risque fistule si rectite , dénutrition, corticothérapie au long cours
 - Iléoprotection

Coloproctectomie totale avec iléostomie définitive

- Indications :
 - Localisation colorectal
 - Microrectum et lésions anopérinéales
- Inconvénients:
 - Mutilant (patients jeunes), traumatisme psychologique
 - Solution ultime , après échec AIR
- Avantages :
 - Pour des patients très invalidés (douleurs, incontinences fécales, hospitalisations fréquentes)
 - Risque de récidence le plus faible
- Complications :
 - Sepsis périnéal
 - Sinus périnéal persistant

Anastomose iléo-anale et Crohn?

- Risque de complications septiques anastomotiques.
- Risque de récurrence sur réservoir iléal, poche, grêle court.
- Mais... patients jeunes, intérêt majeur d'une conservation sphinctérienne >> discussion+++
- **Plusieurs études :**
- 67 patients (Crohn rétrospectivement)
 - 25% ablation réservoirs
 - 93% des réservoirs en fonction avait une qualité de vie et un résultat fonctionnel convenables , comparables aux RCH

- 37 patients , suivis 10 ans avec AIA sur crohn
 - Complications similaires aux autres chirurgies (30 % fistules périnéales)
 - 55% réservoir en fonction à 10 ans, 7 selles /jr
 - 45% ablation de réservoir
 - Traitement médicaux permettant d'éviter ablation (pour 6 cas)

Mayo Clinic, Long term results of ileal pouch anal anastomosis in patients with crohn disease. Dis Colon Rectum 1996

- **Cleveland Clinic Ann Surg 2008**
 - 204 patients
 - 71% conservation du réservoir a 10 ans
 - Facteurs de risque d'ablation du réservoir : sepsis pelvien, fistule vaginale
 - Meilleure qualité de vie et résultats fonctionnels(72% continence correcte)
- **Indications :**
 - Rectum non conservable Pas de lésions anopérinéales ,pas d'atteinte grèle
 - AIA comme alternative de l'iléostomie définitive et non à la place de l' AIR
 - Selections patients+++

L'anastomose iléo-anale chez la femme

- Diminution de la fertilité :
 - Risque relatif d'infertilité après AIA :3,91 ((2,06,7,44)) 95% CI)
 - Adhérences du systèmes tubaire

Int J Colorectal Dis. 2011 Nov **Impact of ileal pouch-anal anastomosis on female fertility: meta-analysis and systematic review.**
Rajaratnam . Fearnhead NS.Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK

- Bénéfice de la laparoscopie
- Grossesse :
 - Abscès péri-anal
 - Occlusions
 - Césarienne>voie basse
 - Altérations fonctionnelles

Ravid A et Al Pregnancy,delivery, and pouch function after ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis .Dis Colon Rect 2002
Seligman NS , Berghella V , Pouch function and gastrointestinal complications during pregnancy after ileal pouch-anal anastomosis. J
Matern Fetal Neonatal Med, 2011 mar, Jefferson university



A prendre en compte chez la femme jeune nullipare .

Un cas particulier en urgence : la colite aiguë grave (CAG)

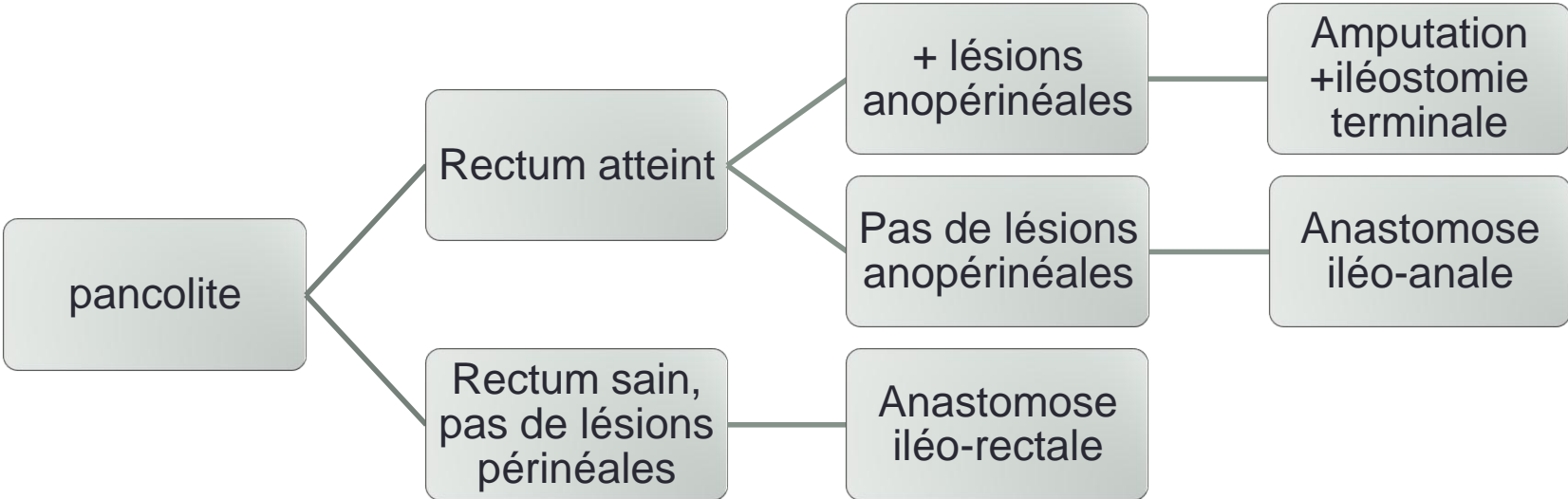
- 5 à 10% des maladie de Crohn colorectales
- Chirurgie dans 25% des CAG
 - Échec du traitement médical
 - Perforation, péritonite
 - Hémorragie massive
- Colectomie subtotala
 - Pas d'anastomose , iléostomie sigmoïdostomie (FID, bas de médiane)
 - Rétablissement 2 à 3 mois plus tard.



Le rétablissement

- 3 facteurs :
 - Anatomopathologie
 - anopérinéales
 - Évaluation rectum restant (maladie active? Microrectum?)
 - Rectosigmoïdoscopie
 - TDM avec opacification rectale

- 3 possibilités :



Conclusion

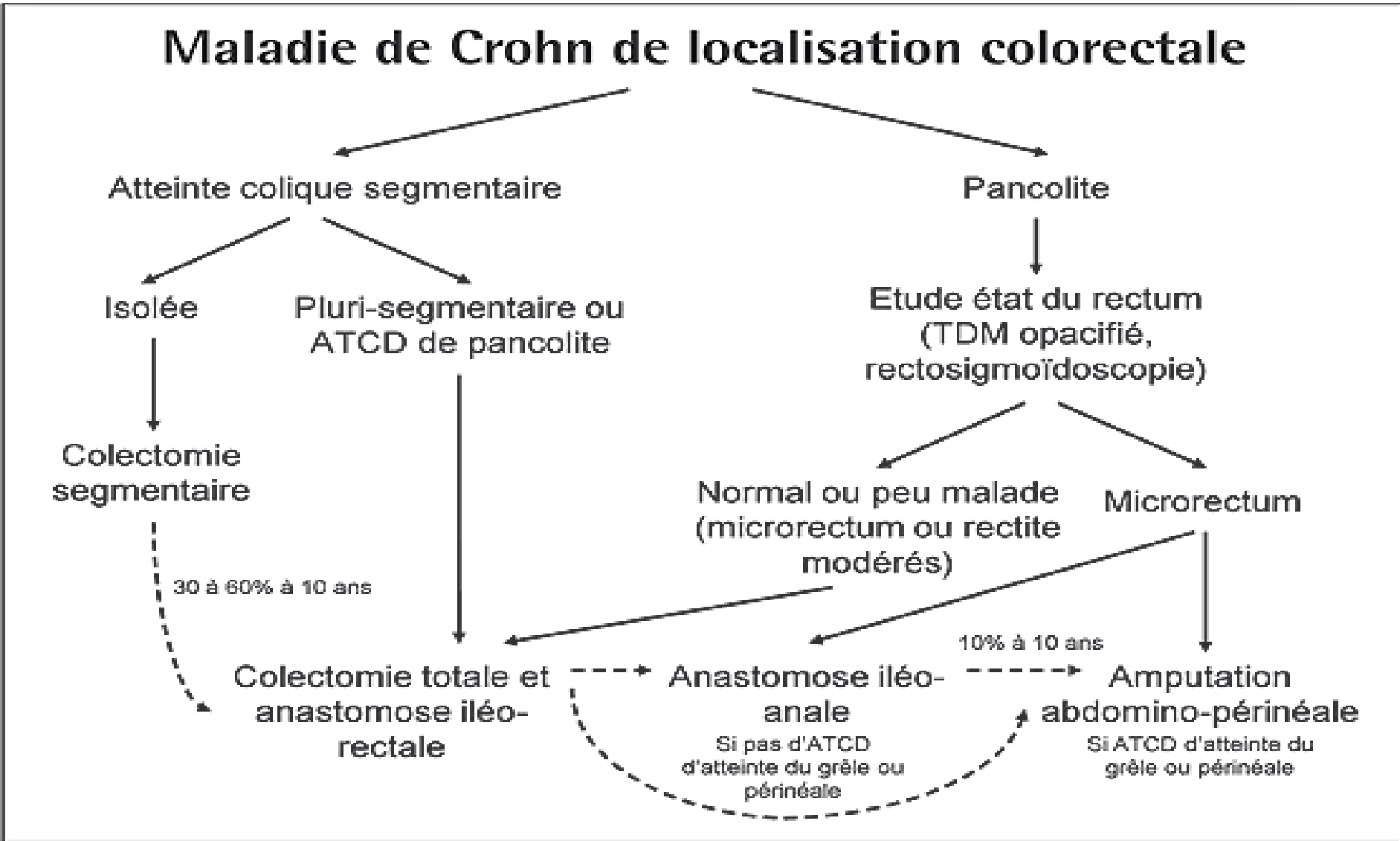


Figure 1. Algorithme du traitement chirurgical dans la maladie de Crohn de localisation colorectale (d'après Champault et al., Le traitement chirurgical des atteintes coliques et rectales de la maladie de Crohn, Gastroenterol Clin Biol 2004;28:882-892)

Conclusion

- La chirurgie reste essentielle dans la prise en charge des formes symptomatiques et /ou compliquées de la MC
- Dans les atteintes colorectales, le but est de différer autant que possible l'iléostomie terminale définitive = épargne digestive et pronostic fonctionnel ++
- Colectomie segmentaire : meilleur résultat fonctionnel, indiquée pour les formes localisées
- Colectomie totale : pancolite, dysplasie, cancer
 - se pose la question du rétablissement : AAP, AIR ou AIA selon l'atteinte rectale et anopérinéale
- Place de la laparoscopie

biblio

- Champault A, Panis Y. Surgical therapy for Crohn's disease of the colon and rectum. *gastroenterology clin Bio* 2004
- Gastroentérologie Clinique et Biologique mars 2003 Prise en charge chirurgicale des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : les consensus et les controverses Surgical management of patients with inflammatory bowel disease: consensus and controverse Yves Panis Service de Chirurgie Digestive, Hôpital Lariboisière, Paris
- *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:882-892 Le traitement chirurgical des atteintes coliques et rectales de la maladie de Crohn. Axèle CHAMPAULT, Stéphane BENOIST, Arnaud ALVÈS, Yves PANIS
- Colorectal Dis. 2006 Feb;8(2):82-90., A comparison of segmental vs subtotal/total colectomy for colonic Crohn's disease: a meta-analysis Tekkis PP, Purkayastha S, Lanitis S, Athanasiou T, heriot AG, Orchard TR, Nicholls RJ Darzi AW. Imperial College London, Department of Surgical Oncology and Technology, UK. p.tekkis@imperial.ac.uk
- **Récidive chirurgicale de la maladie de Crohn iléocolique : y-a-t-il une place pour l'approche laparoscopique ?** *Gastroentérologie Clinique et Biologique, Volume 33, Issue 3, Supplement 1, March 2009, Page A104*, A. Brouquet, B. Blanc, F. Bretagnol, M. Ferron, P. Valleur, Y. Bouhnik, Y. Panis
- J Am Coll Surg. 2003 Sep;197(3):379-85. Subtotal colectomy for severe acute colitis: a 20-year experience of a tertiary care center with an aggressive and early surgical policy. Alves A, Panis Y, Bouhnik Y, Maylin V, Lavergne-slove A, Valleur P. Department of Surgery, Lariboisière
- Ravid A et Al Pregnancy, delivery, and pouch function after ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis. *Dis Colon Rect* 2002
- Seligman NS, Berghella V, Pouch function and gastrointestinal complications during pregnancy after ileal pouch-anal anastomosis. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2011 mar, Jefferson university
- Int J Colorectal Dis. 2011 Nov Impact of ileal pouch-anal anastomosis on female fertility: meta-analysis and systematic review. Rajaratnam, Fearnhead NS. Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK
- Mayo Clinic, Long term results of ileal pouch anal anastomosis in patients with crohn disease. *Dis Colon Rectum* 1996
- A comparison of segmental vs subtotal/total colectomy for colonic Crohn's disease. Tekkis et Al., *Colorectal Dis*, 2006