

MALADIE DE CROHN : INDICATIONS ET RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

C. Brévard

*Service de chirurgie viscérale et digestive, Brest, Pr
Dehni. Réunion SCVO-DESC Tours 2009.*

Introduction (1)

- Mdc caractérisée par :
 - > Inflammation chronique,
 - > Évolution prolongée et fluctuante,
 - > Absence de cause reconnue et de ttt médical curateur,
 - > Efficacité des ttt uniquement suspensive.

- Topographie lésionnelle :
 - > Iléale pure : 30%,
 - > Iléo-colique : 40%,
 - > Colique et/ou anopérinéale : 30%.

Introduction (2)

- Près de 80% des patients auront recours à la chirurgie au cours de la maladie,
- Risque de récurrence après chir. : 40 à 80%,
 - ➔ Tx de réintervention pour récurrence : 26 à 65% à 10 ans.
- Ainsi, 2 critères essentiels à respecter :
 - > N'opérer que les formes compliquées et résistantes au traitement médical,
 - > Epargne intestinale +++

Principes généraux

- Bilan pré-op des lésions :
 - État nutritionnel,
 - Bilan morphologique : transit du grêle, +/- coloscopie et TDM,
- Préparer le patient à la chirurgie :
 - Sevrage d'une CTT si >20 mg/j,
 - Assistance nutritionnelle (à discuter au cas par cas),
- Laparo = coelio, faisabilité fonction de l'intervention,
- Bilan per-op des lésions : inventaire complet... et exhaustif.

Interventions sur l'intestin grêle

● A FROID :

- > Résections intestinales,
- > Stricuroplasties,

● EN URGENCE :

- > Péritonites par perforation du grêle,
- > Abscès intra-abdominaux (drainages radio +++)
- > Hémorragie intestinale grave.

Résections intestinales

- Indications :
 - > Sténoses, masses inflammatoires, fistules,
 - > Sous réserve qu'elles soient symptomatiques,
 - > Et après échec du ttt médical.
- Fistules : 10 à 30% des indications chirurgicales,
- Grêle = 2/3 des cas, côlon = 1/3 des cas,
- Fistules internes vésico-intestinales : indication formelle (complications septiques, peu d'efficacité du ttt médical).

Résections intestinales

○ Résultats :

- > mortalité quasi-nulle,
- > ppale complication immédiate : fistule anastomotique (fqce=5.7%),
- > À distance, complication = **RECIDIVE**,
 - FdR : sexe F, localisation grêlique, fistule périnéale, âge, tabac.
- > Fréquence de la récidence impose un ttt prophylactique des rechutes,
 - Ttt immunosuppresseur dans les formes à haut risque (2ème résection intestinale, résection étendue >1m).

Stricturoplasties

● Indications :

- > Atteintes diffuses jéjuno-iléales, avec sténoses étagées, courtes et fibreuses,
- > Sténoses,
 - en particulier, sténoses anastomotiques, ATCD de résections intestinales étendues ou multiples : risque de grêle court !
- > Récidives précoces : sténose dans l'année suivant une résection,

● CI :

- Présence d'un sepsis intra-abdominal,
- Suspicion de cancer,
- Grande dénutrition.

Stricturoplasties

○ Résultats :

- > Mortalité quasi nulle,
- > Tx de réintervention pour récurrence = celui observé pour résection (env. 35%),
 - Occlusion : indication de réintervention dans 92% des cas → réalisation d'une nouvelle stricturoplastie dans 1 cas sur 2.
 - Sténoses symptomatiques siégeant en dehors des zones de plastie précédente = nouvelles localisations de la maladie.
- > FdR : jeune âge, durée d'évolution de la maladie, délai écoulé depuis la résection précédente.

Interventions en urgence

- Si complication révélatrice : EPARGNE INTESTINALE ABSOLUE,
- Résection au plus près des lésions + double stomie en “canon de fusil” minimise le risque de sacrifier du grêle victime.
 - *Ribeiro et al, Ann Surg 1991.*

Interventions sur le côlon et sur le rectum

● A FROID :

- > Colectomie segmentaire,
- > Colectomie sub-totale ou totale avec anastomose iléosigmoïdienne ou iléorectale,
- > Coloprotectomie totale avec iléostomie terminale définitive,
- > Protectomie,
- > Stomies de dérivation,

● EN URGENCE :

- > Colectomie subtotala avec iléostomie et sigmoïdostomie.

Interventions sur le côlon et le rectum

- A “froid” :
 - > Indications :
 - Colites réfractaires, lésions sténosantes symptomatiques, sténoses infranchissables,
 - Dysplasie et/ou cancer,
 - > Application de la politique d'épargne intestinale au côlon,
 - Atteintes segmentaires → colectomies segmentaires.

Colectomie segmentaire/ colectomie subtotale avec AIR

- > Tx cumulé de récurrence imposant une résection :
 - 55,3% vs 53,1% à 10 ans,
- > Mais 2ème résection après un délai + court après colectomie segmentaire,
 - 4,2 vs 7,2 ans, $p=0,046$,
- > Fonction ano-rectale meilleure après colectomie segmentaire qu'après colectomie totale,
 - 1,8 selles/j vs 4,9 selles/j,
- > Facteur prédictif du résultats fonctionnel : nbre de segments coliques résequés,

Andersson et al, Dis Colon Rectum

Anastomose iléo-rectale

⊙ Indications :

> Dépend :

- État du rectum (absence de lésions périnéales),
- Résultat fonctionnel attendu,
- Risque de récurrence (lésions ano-périnéales, femme, nombre de segments coliques atteints)

⊙ Résultats :

- > Fonctionnel : 3 à 6 selles molles ou liquides/j,
- > Morbidité : 15 à 32%,
- > Mortalité < 1%,
- > Fistule : 3 à 8%.

Cattan et al, BJR 2002

Anastomose iléo-rectale

○ Résultats (suite):

- > Iléostomie temporaire de protection :
 - Ne supprime pas le risque de fistule mais en diminue les conséquences,
- > À distance, tx de conservation d'un rectum fonctionnel : 60 à 80% à 10 ans,
 - Manifestations extra-intestinales ($p=0,04$),
 - Pas de ttt salicylé ($p=0,01$),
 - facteur de risque prédictif de l'échec de l'AIR et de perte du rectum.

Iléostomie définitive

⊙ Indications :

- > Lésions anopérinéales sévères (incontinence, fistules recto-vaginales),
- > Après échec de l'AIR,
- > Microrectum ++++
 - rarement faite d'emblée,
- *Fichera et al, Dis Colon Rectum, 2005* (étude prospective)
 - Morbidité post-op : 9,3% (CS) vs 6,1%(CST) vs 9% (CPT), NS
 - Récidive + fréquente et plus précoce dans le groupe résection segmentaire,
 - Immunosuppresseurs au long cours,
 - Solution ultime car mutilante,
 - Bien acceptée si patient bien préparé.

Anastomose iléo-anale et Crohn?

- Méta-analyse : *Dis Colon Rectum, Feb 2007*

- Aucun décès rapporté,
- Morbidité équivalente à RCH,
- Dans le sous-groupe des patients où le Crohn est connu avant ou au moment de l'iléo-anale :
 - Taux d'échec de l'AIA : 8% vs 7,1% (NS),
 - Si pas de sélection : 35% vs 5% (p<0,001)

- Donc : OUI, si sélection des patients +++

- Pas d'atteinte du grêle ou ano-périnéale :
 - Ni au moment de l'intervention, ni dans les ATCD,
- Aucune possibilité de conservation rectale (microrectum, rectite),
- AIA comme alternative de l'iléostomie définitive et non à la place de l'AIR.

Interventions en urgence

- Colectomie sub-totale avec iléostomie et sigmoïdostomie :
 - > Indications :
 - Colite aiguë grave, complication septique,
 - Colites subaiguë chez patients dénutris, CTT,
 - > Indication de choix : lésions coliques + lésions rectales et/ou périnéales accessibles à un ttt médical ou chirurgical.

MdC : Quelle est la “meilleure” intervention ?

- *Bernell et al, Dis Colon Rectum 2001 :*

- > Suivi sur 15 ans du pourcentage de patients n'ayant pas de récurrence de la maladie en fonction du type de chirurgie réalisée,
- > Nbre de patients : 394,
- > Résultats :
 - Colectomie segmentaire > AIR > AIA

Proposition d'algorithme (Champault et al, GCB, 2004)

**ATTEINTE COLIQUE
SEGMENTAIRE**

Isolée

Pluri-segmentaire

(ou ATCD de pancolite)

(rectoscopie)

Colectomie

Microrectum

segmentaire

30 à 60%
à 10 ans

AIR

Colectomie totale

20 à 50%
à 20 ans

Normal ou

peu atteint

AAP

Si atteinte périnéale

PANCOLITE

Etat du rectum

45% à
10 ans

AIA

Si pas

Merci de votre attention ...

