



Prise en charge chirurgicale de la rectocolite hémorragique

David ORRY

Chirurgie digestive A, Pr de Calan

CHU Tours

23 juin 2006

Objectifs

Ablation de la muqueuse colorectale malade

- Traitement des formes compliquées
 - Microcolie
 - Colite grave
 - Forme résistante au traitement médical, forme chronique invalidante
 - ⇒ Guérison de la maladie

 - Prévention ou traitement du cancer
-

Indications

- En urgence : *colectomie subtotale pour Colite Aiguë Grave*
 - compliquée (perforation, hémorragie)
 - Résistante au traitement médical
 - Chirurgie élektive « A froid » :
 - Proctectomie après colectomie subtotale
 - Colectomie totale avec anastomose iléo-rectale
 - Coloproctectomie totale

→ Prévention / Traitement du cancer et des complications
-

Chirurgie en urgence :
la colectomie subtotale pour
Colite Aiguë grave

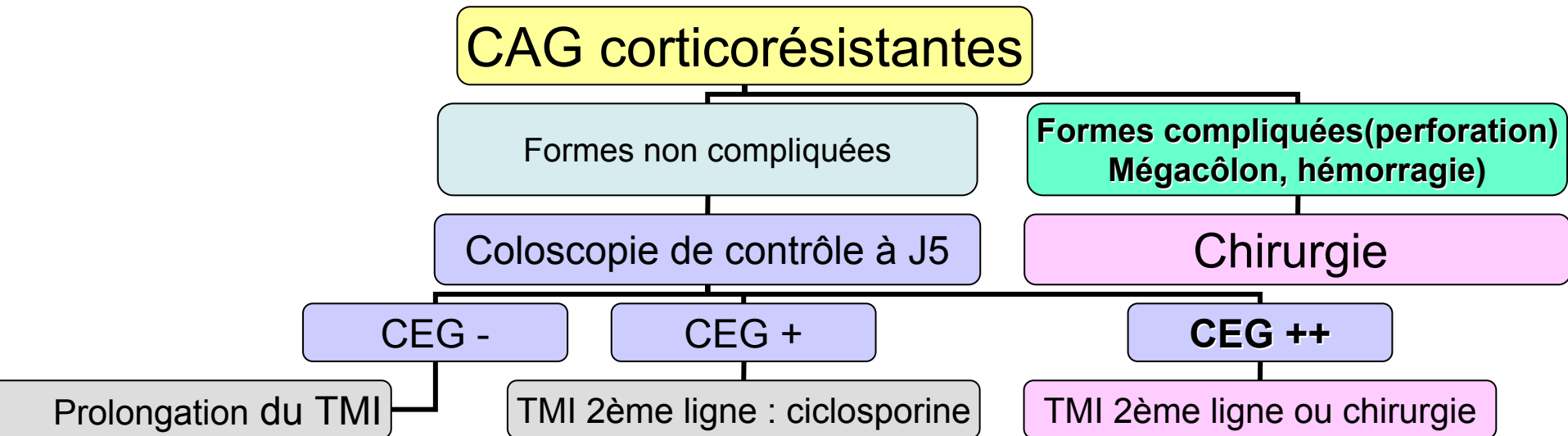
Colectomie subtotale : indications

- ❑ Hémorragie *nécessitant transfusions massives et répétées*
- ❑ Péritonite par perforation
- ❑ Mégacôlon toxique
- ❑ Résistance au traitement médical :
 - 3 à 5 jours après début corticothérapie

→ ***En 2ème ligne, en alternative à la Ciclosporine***

- ❑ Pas d'effets indésirables de la ciclosporine
- ❑ 30 à 60 % de récurrences et de colectomie à moyen terme avec la ciclosporine
- ❑ Prévention et guérison et du cancer avec coloproctectomie totale
- ❑ Mais
 - ciclosporine très efficace
 - Rémission possible avec association à azathioprine/6-MP
 - Évite les inconvénients de la chirurgie et ses risques fonctionnels

Algorithme de traitement des CAG



D'après Bouhnik et al. CAG au cours des MICI

En urgence

- Jamais d'anastomose sur le colon
 - Pas de colectomie segmentaire (risque majeur de poussée grave sur colon restant)
 - Pas de Hartmann (risque de sepsis pelvien post opératoire et de désunion)
 - Pas de coloproctectomie totale avec AIA :
 - Morbidité ++,
 - pas de diagnostic anatomopathologique différentiel entre crohn et RCH (stratégies thérapeutiques différentes)
- *Colectomie subtotale avec iléostomie et sigmoïdostomie*

- *Alves, et al J Am Coll Surg 2003;197:379-85*
- *RPC traitement de la RCH grave (avril 2004)*

Colectomie subtotale : techniques

- Voie d'abord :
 - laparotomie médiane large
 - laparoscopie si forme non compliquée
 - Exploration
 - Colectomie de droite à gauche ; ligatures au contact de l'intestin
 - Ablation du grand épiploon, *discutée pour certains*
 - Respect de la vascularisation iléocæcale *nécessaire à l'abaissement de l'iléon terminal et à la confection d'un réservoir pelvien*
 - La libération du méso sigmoïde et le niveau de la section dépendent de *l'état du colon et des modalités d'abouchement cutanées*.
 - Iléostomie et sigmoïdostomie à droite, *colon fermé pour certains devant le risque de réintégration (fazio) ; parfois colon extériorisé en bas de la médiane*
 - Toilette péritonéale +/- drainage
-

Colectomie subtotale : résultats

- Morbidité : *de 25 à 40 %*
 - Principale complication : OIA sur bride
 - Autres : prolapsus stomial, hématome et abcès de paroi, complications médicales
 - Mortalité : *inférieure à 10% (Alves 2003)*
 - Hospitalisation de 5 à 15 j

 - AIA ou AIR, 2 à 3 mois plus tard
-

Chirurgie éleative

- Coloproctectomie totale avec anastomose Iléo-anale (AIA)
 - Colectomie totale avec anastomose Iléo-rectale (AIR)
 - Coloproctectomie totale avec iléostomie définitive
-

Indications

Prendre en compte :

- ❑ âge,
 - ❑ durée évolution,
 - ❑ traitements médicaux utilisables,
 - ❑ désir de grossesse,
 - ❑ certitude diagnostique,
 - ❑ risque de cancer
-

Anastomose iléo-anale

- Intervention de référence : *guérison de la maladie et conservation sphinctérienne*
 - Plus complexe, en 2 ou 3 temps
 - Morbidité et séquelles fonctionnelles plus importantes
 - Entraînerait une diminution de la fertilité la femme
 - Indications : (*80 à 90 % des RCH Opérées*)
 - Rectum malade **avec sphincter normal**
 - Haut risque de cancer : *dysplasie, lésions étendues (supérieures angle G), durée évolution > 10 ans, cholangite sclérosante*
- *Leijonmarck DCR 1990*

Anastomose Iléo-rectale

- ❑ *Plus facile, en 1 ou 2 temps*
 - ❑ *Morbidité plus faible et meilleur résultat fonctionnel (si rectum sain)*
 - Conditions :
 - ❑ *Rectum conservable prouvé par endoscopie et rectographie de profil (pas de microrectum)*
 - ❑ Pas de dysplasie
 - ❑ Maladie évoluant depuis moins de 10 ans
 - 3 indications : *(10 à 20 % des opérations)*
 - ❑ Doute diagnostique avec Crohn
 - ❑ Sujet âgé avec mauvaise fonction sphinctérienne
 - ❑ Femme désireuse d'une grossesse
-

Iléostomie définitive

- Indications rares :

- Incontinence
- Échec de l'iléo anale
- Cancer du bas rectum
- Malade très âgé ?

- Pas de CI formelle à AIA mais évaluation préopératoire de la continence très soigneuse (TR, Manométrie)

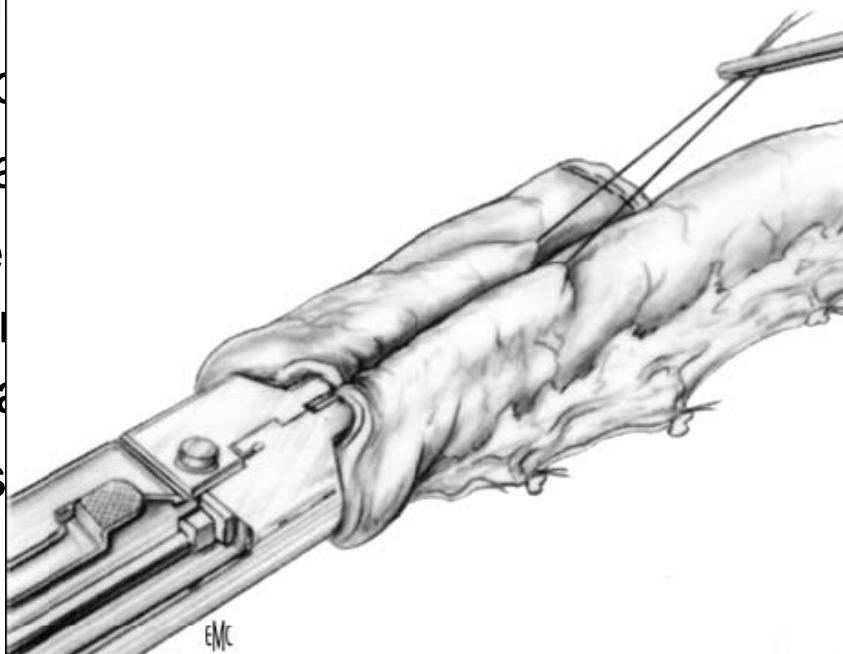
Marteau et al GCB 2004;28:955-960

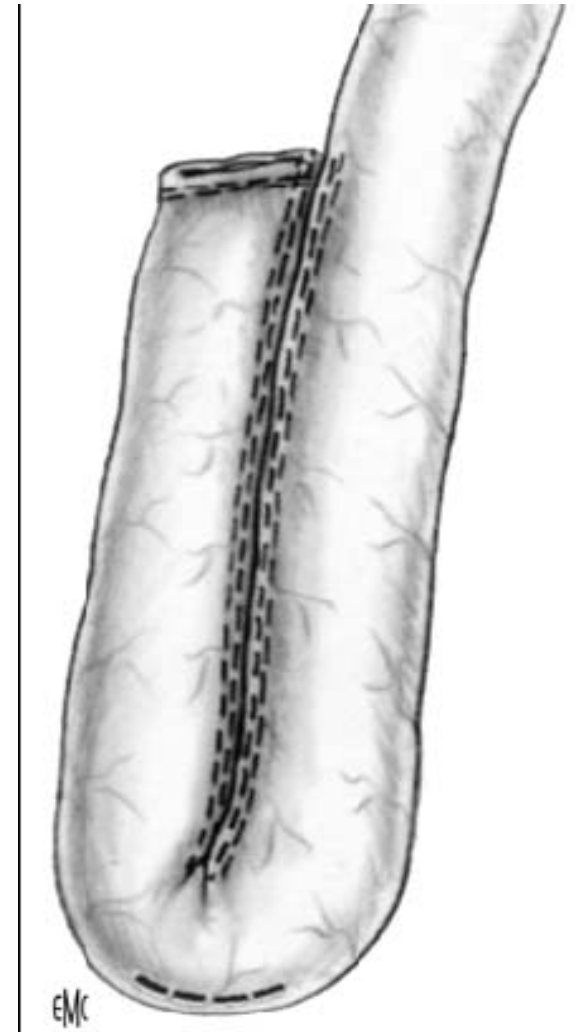
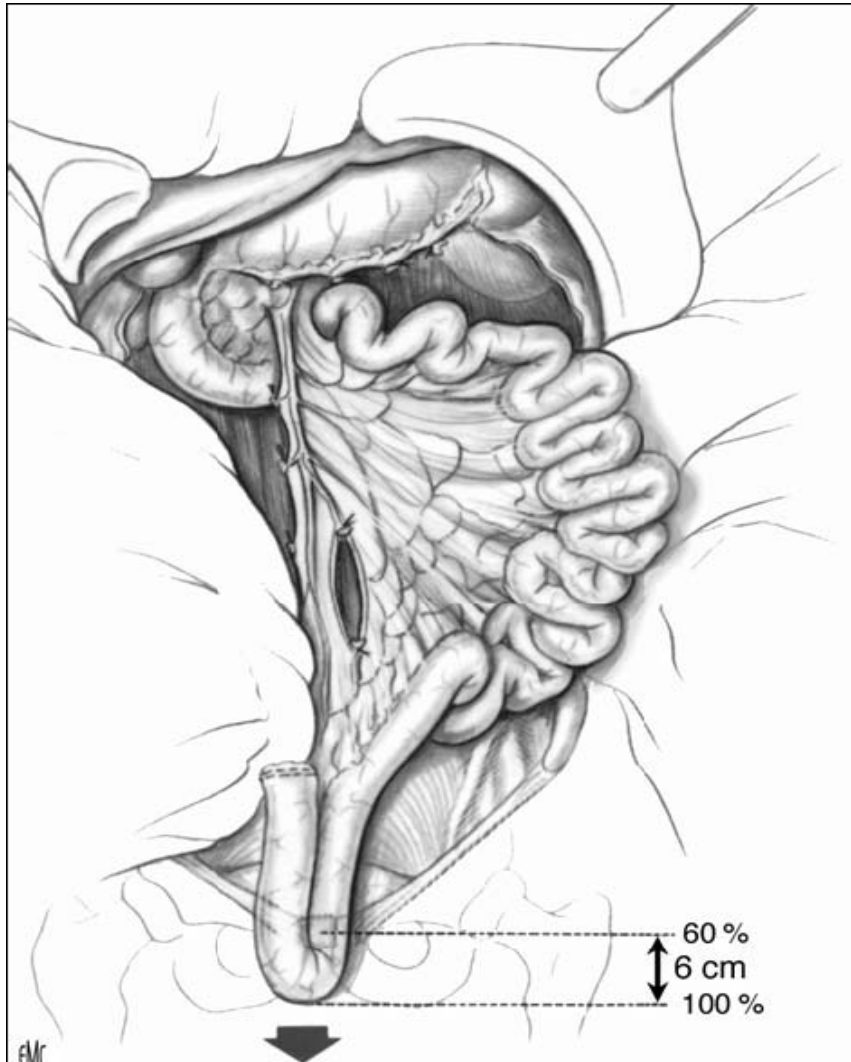
Delaney et al DCR 2002; 45:890-894

- Guérit la maladie...

CPT et confection réservoir

- Vérifier la bonne descente du futur réservoir 2 cm sous le bord inférieur du pubis (élasticité réceptérique aigres)
- Décollement du ... e du mésentère
- Confection méca ... r en J de 18 cm
- Dissection du re ... tant de ne pas
- ... léser les nerfs p ... la fonction
- Exérèse du més
- TR pour vérifier

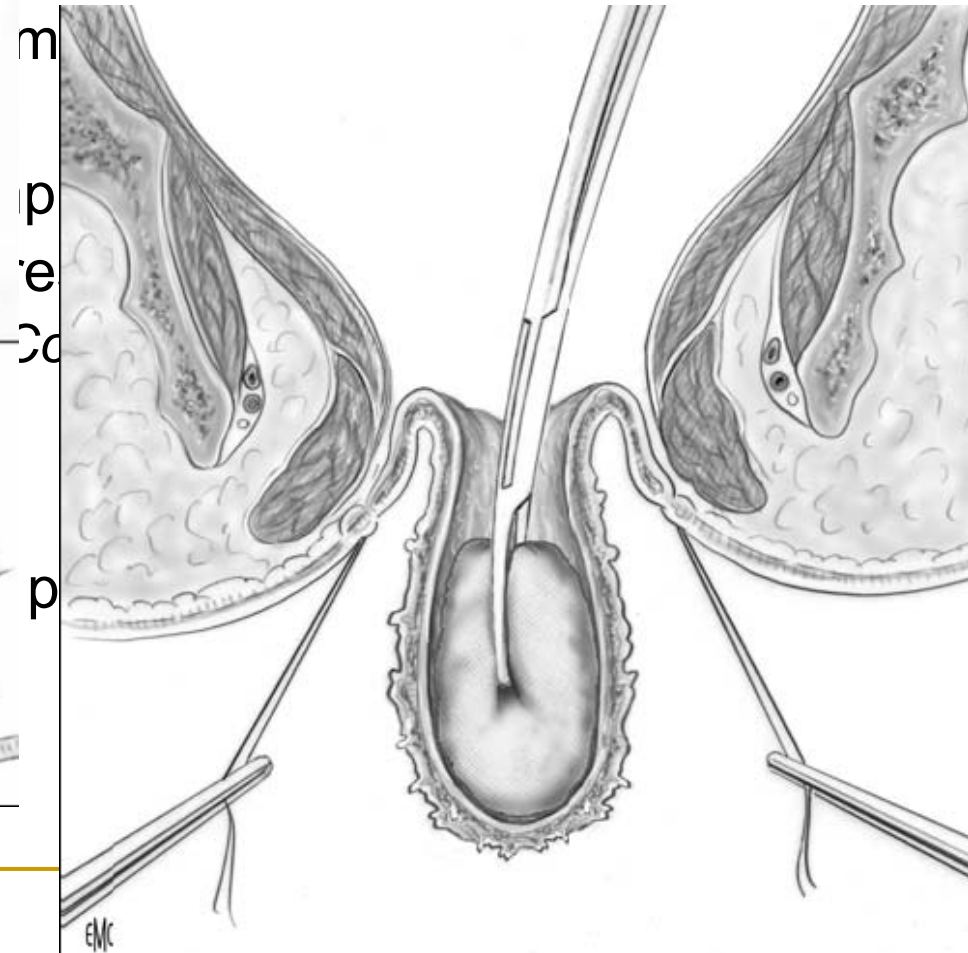
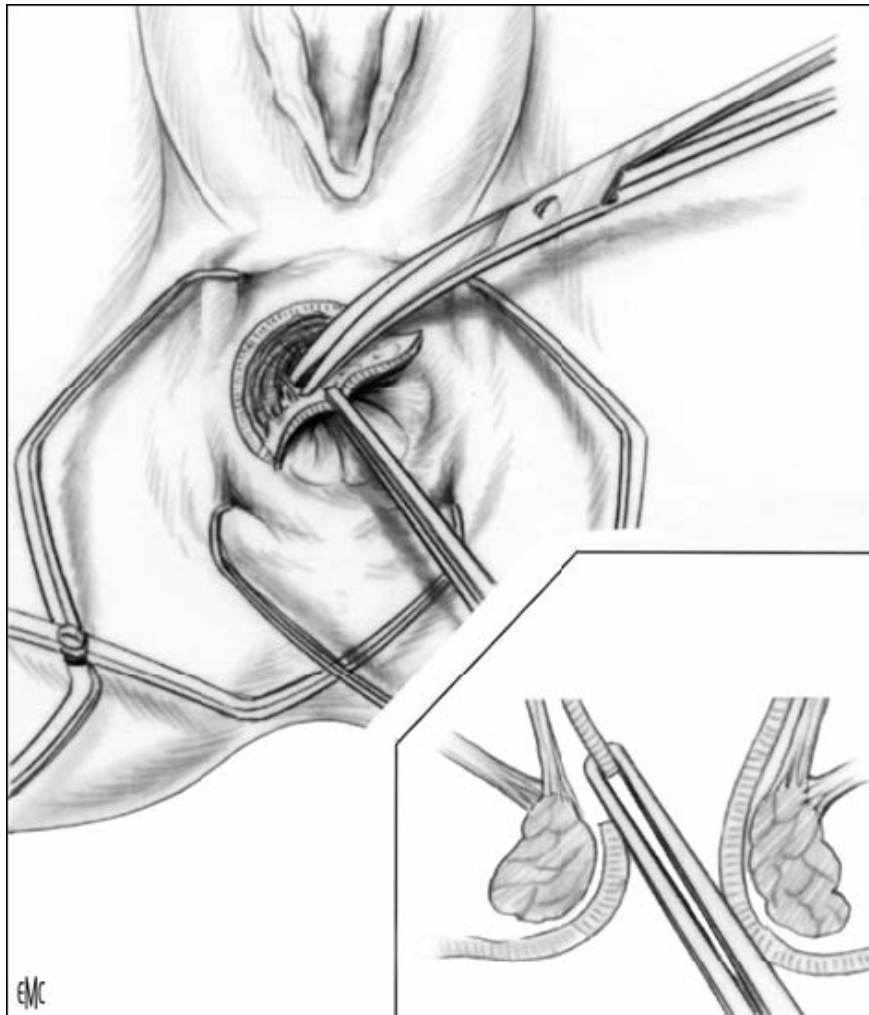




Réservoir en J

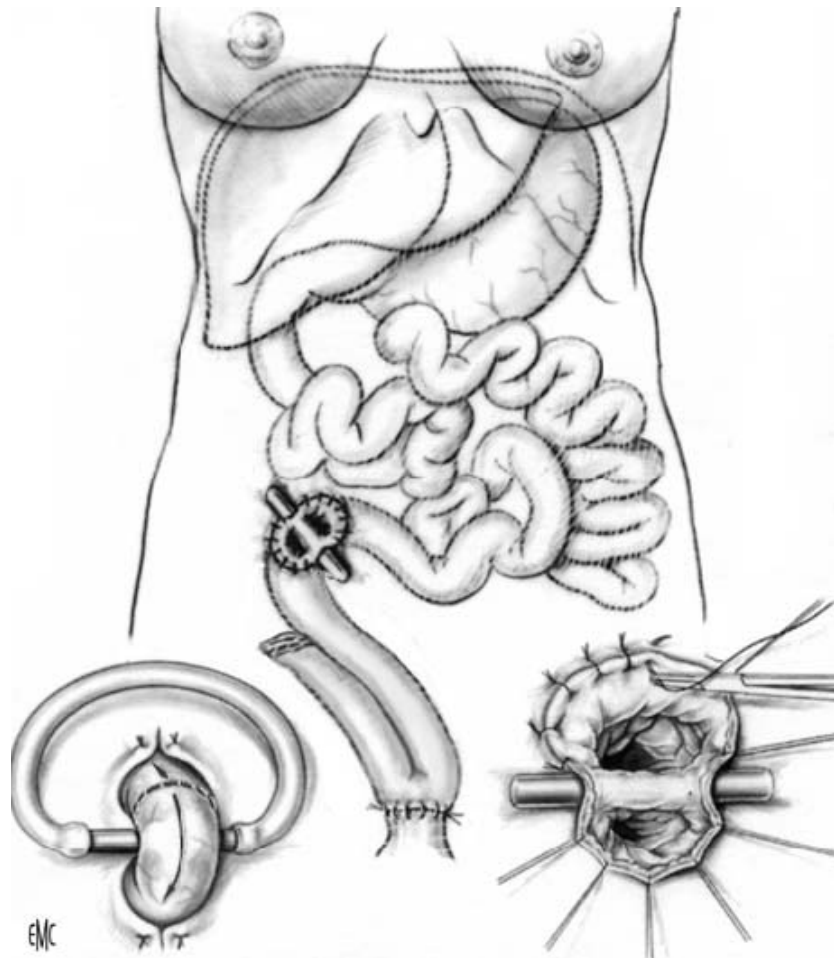
AIA technique:

Anastomose iléo-anale



■ Anastomose mécanique sus-anale

- La plus utilisée, plus simple et plus rapide
- Section très basse au dessus de la ligne pectinée
- Gain de 2 à 3 cm pour la descente du réservoir
- Risque de récurrence (5 % à 10 ans) ou de cancer sur la muqueuse transitionnelle (→ surveillance)
- Préférer l'anastomose manuelle en cas de cancer
 - *Couchard A-C, Panis Y, Alves A, Mariani P, Valleur P. EMC (Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-669, 2005.*
 - *Remzi FH et al Dis Colon Rectum 2003;46:6-13.*



Coloproctectomie totale avec AIA et iléostomie de protection

Iléostomie de protection ou non ?

- Confection d'une iléostomie de protection selon Turnbull
 - Possibilité de s'en passer pour certains en l'absence de corticoïdes, d'obésité et d'incident per opératoire
 - 3 séries récentes d'AIA sans iléostomie de protection :
 - 32 patients, 1 seul abcès pelvien, 3 reprises dont une iléostomie secondaire
 - 84 patients, 30% de complications et 13 réinterventions avec 3 iléostomies ; résultats à long terme comparables aux séries avec iléostomies.
 - *Ky Dis Colon Rectum, 2002; 45:207-211*
 - *Gignoux et al Gastroenterol Clin Biol 2002; 26:665-666*
 - 59 patients
 - Morbidité et réintervention supérieures en l'absence d'iléostomie
 - 20% de complications sévères nécessitant une iléostomie secondaire
- critères de sélection pour iléostomie (BMI+++)
- *Kienle et al Surg Endosc 2003; 17:716-720*

⇒ *l'iléostomie de protection est préférable dans l'AIA en raison de sa faible morbidité et des conséquences graves d'un sepsis pelvien. (Paris)*

Résultats AIR

- ❑ 3 à 4 selles/24h si rectum sain
- ❑ 50 à 70% d'AIR fonctionnelles à 10 ans
- ❑ Risque de récurrence sur le rectum restant : 20% de proctectomie à 10 ans
- ❑ Risque de dégénérescence : 2% à 15 ans, 5% à 20 ans et 13% à 25 ans
=> surveillance à vie +++

Résultats AIA :

- 85 % de bons résultats, stables avec le temps
 - Complications :
 - ❑ Mortalité 0,2%
 - ❑ 25% de sepsis pelviens postopératoires
 - ❑ Pouchite 18 % à 1 an, 48% à 10 ans
 - ❑ Occlusion sur bride 31% à 10 ans
 - ❑ Troubles sexuels 4% (impuissance, éjaculation rétrograde, dyspareunie)
 - ❑ Ablation du réservoir dans 4 à 10 % des cas
-

Résultats AIA :

■ *Qualité de vie :*

- **5,6 selles / jour dont 1,7 nocturne**
- 50% patients sans incontinence, 40% fuites nocturnes, 10% incontinence
- Résultats fonctionnels médiocre dans 20% des cas (impériosités, fuites), risque augmenté si complications septiques post-opératoires
- 13% de restriction sociales, sexuelles ou professionnelles
- Taux de satisfaction 96%
- Résultats moins bon après 45 ans mais différence peu significative

- *Delaney CP et al Ann Surg 2003;238:221-228*
- *Mac Lean et al Ann Surg 2002;235:200-206*
- *Bullard et al DCR 2002;45:299-304*

Quelle voie d'abord ?

- Avantages théoriques de la laparoscopie :
 - Esthétique
 - Morbidité moindre (pneumopathies, abcès de paroi)
 - Reprise du transit plus rapide
 - Moins d'éventration
 - Moins d'adhérence
 - Moins de douleur
 - Durée moyenne de séjour inférieure
 - Reprise plus rapide de l'activité
-

CPT avec AIA

- 6 études dont 1 prospective comprenant 62 patients
 - Durée opératoire plus longue de 100 min
 - 0 à 11% de conversion, 100% iléostomies fermées
 - DMS inférieure de 1 à 2 jours
 - Retour transit plus rapide de 2j
 - Morbidité mineure et majeure similaires
 - Moins de perte sanguine

 - *Marcello PW, et al Dis Colon Rectum 2000;43:604-8*
 - *Dunker, et al Dis Colon rectum 2001; 44:1800-1807*
 - *Maartense et al Ann Surg 2004;240:984-992*
 - *Ouaïssi et al J Am Coll Surg 2006;202:637-642*
 - *Kienle et al, BJS 2005;92:88-93*
-

- Etude cas-témoin : 100 laparoscopie vs 200 laparotomie
- 97% RCH (3% PAF)

	Laparoscopie	Laparotomie	
Conversion	6 (6)	-	
Morbidité	33 (33)	73 (37)	ns
FA	1 (1)	3 (1,5)	ns
Reprise gaz	2j (1-7)	3j (1-6)	0,01
Alimentation	3j (1-11)	5j (1-21)	<0,0001
Hospitalisation	4 (3-22)	7 (4-32)	<0,0001

Larson et al, Ann Surg 2006

Colectomie subtotale

- Durée op plus longue *de 90 min* (diminue avec l'expérience)
- 0 à 8 % de conversion
- DMS moins longue *de 3 à 5 jours*
- Morbidité plus faible ou identique : - *d'inf de paroi*, - *de pneumopathies (de 6 à 50%)*
- Retour transit plus rapide de 1 à 3 jours
- Faible taux d'occlusion sur bride (1 seule)
- AIA plus facile (moins d'adhérence)
 - *Bell, et al Surg Endosc 2003;16:1778-82*
 - *Seshadri PA, et al Surg Endosc 2001;15:837-42*
 - *Panis, gastroenterol Clin biol 2003;27:1592-1597*
 - *Marcello PW, et al Dis Colon Rectum 2001;44:1441-5*

donc...

- La laparoscopie réduit le traumatisme pariétal et améliorerait donc les suites
- Mais elle est à réserver aux centres experts :
 - En chirurgie colique des MICI par voie classique
 - et en coeliochirurgie
- Discutée si perforation ou colectasie
- Bénéfices restent à démontrer pour AIA (intervention plus complexe ++)

Panis, gastroenterol Clin biol 2003;27:1592-1597

Conclusion

- La colectomie subtotala avec iléostomie et sigmoïdostomie est l'intervention de choix dans la colite aiguë grave
- Pour la chirurgie électorive :
 - L' AIA est la technique de référence mais reste une intervention lourde, grevée d'une morbidité et de séquelles fonctionnelles non négligeables
 - Il reste donc une place pour l'AIR notamment chez la femme jeune, désireuse d'une grossesse, avec un moignon rectal conservable
- Il semblerait que la laparoscopie ait une place dans le traitement chirurgical de la RCH mais ses bénéfices restent à démontrer par des études contrôlées