

Recto-colite ulcéro- hémorragique :

qui opérer ?
quelle intervention ?

Christophe MORVANT

DESC TOURS juin 2009



INTRODUCTION

- ▶ La rectocolite ulcérohémorragique (RCH) appartient aux maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin (MICI).
- ▶ Prévalence: 1 sur 1000
- ▶ Incidence: 5 sur 100.000
- ▶ Peut survenir à tout âge, avec un âge moyen de 34 ans.

- ▶ 20 à 30% des patients avec atteinte colorectale étendue seront opérés

- ▶ Évolution de la maladie
- ▶ Apparition d'un cancer

- ▶ Chirurgie dans les 5 ans suivant le diagnostic chez:

- ▶ 1/3 des patients atteints de pancolite
- ▶ 1/5 des patients atteints de colite dépassant l'angle gauche
- ▶ 1/10 des patients atteints de rectite

Gastroenterol Clin Biol

- ▶ Augmentation du risque de cancérisation:

- ▶ 2% à 10 ans
- ▶ 8% à 20 ans
- ▶ 18% à 30 ans

a meta analysis. Gut 2001

MODALITES CHIRURGICALES



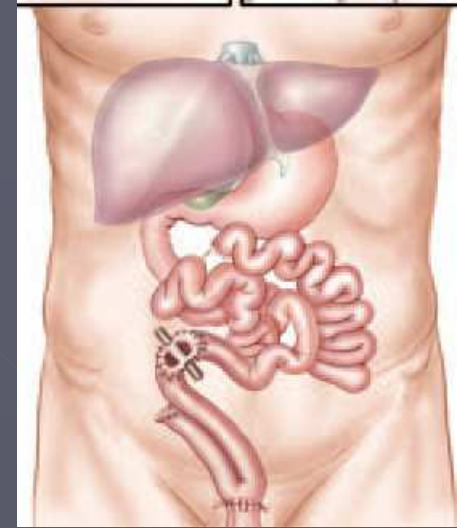
1. Coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale

2. Coloproctectomie totale avec iléostomie définitive

3. Colectomie totale avec anastomose iléo-rectale

1. Coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale et réservoir en J

- ▶ Traitement chirurgical de référence
- ▶ Le plus souvent protégée
- ▶ Double objectif:
 - Guérison (exérèse de l'organe malade ou susceptible de l'être)
 - Conservation sphinctérienne
- ▶ Contre- indication:
 - Mauvaise fonction sphinctérienne (interrogatoire, examen clinique)
 - Cancer du très bas rectum
 - L'âge avancé en soi n'est pas une contre-indication*



**Ann Surg 2003*

▶ AIA:

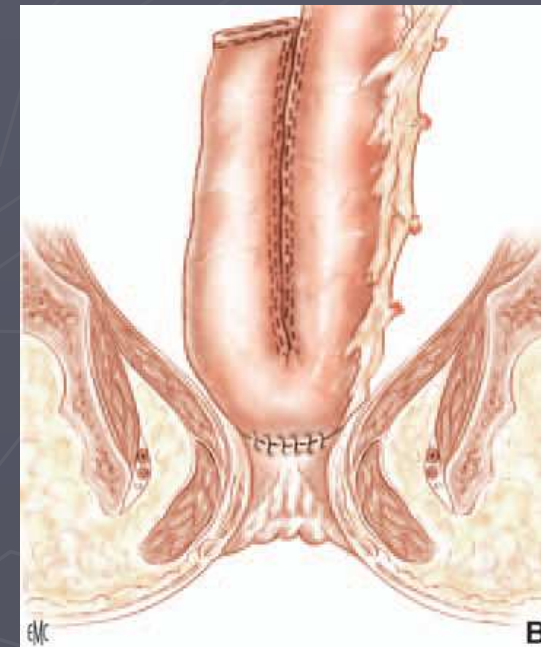
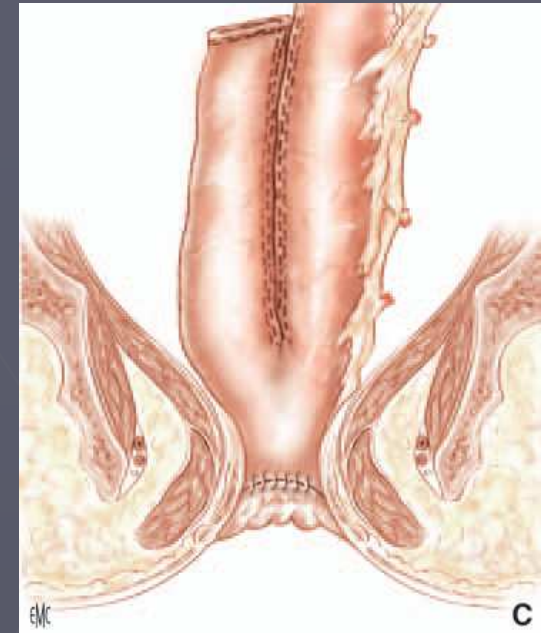
- Manuelle
- Mécanique le plus près possible de la ligne pectinée

(rapidité et facilité de réalisation)

▶ Voie d'abord:

- La laparoscopie a des résultats au moins équivalents en terme de :
 - ▶ Sécurité, faisabilité, et morbidité (300 patients étudiés à la Mayo Clinic)
 - ▶ Meilleure tolérance (douleur, reprise du transit, durée d'hospitalisation)

Br J Surg. 2005

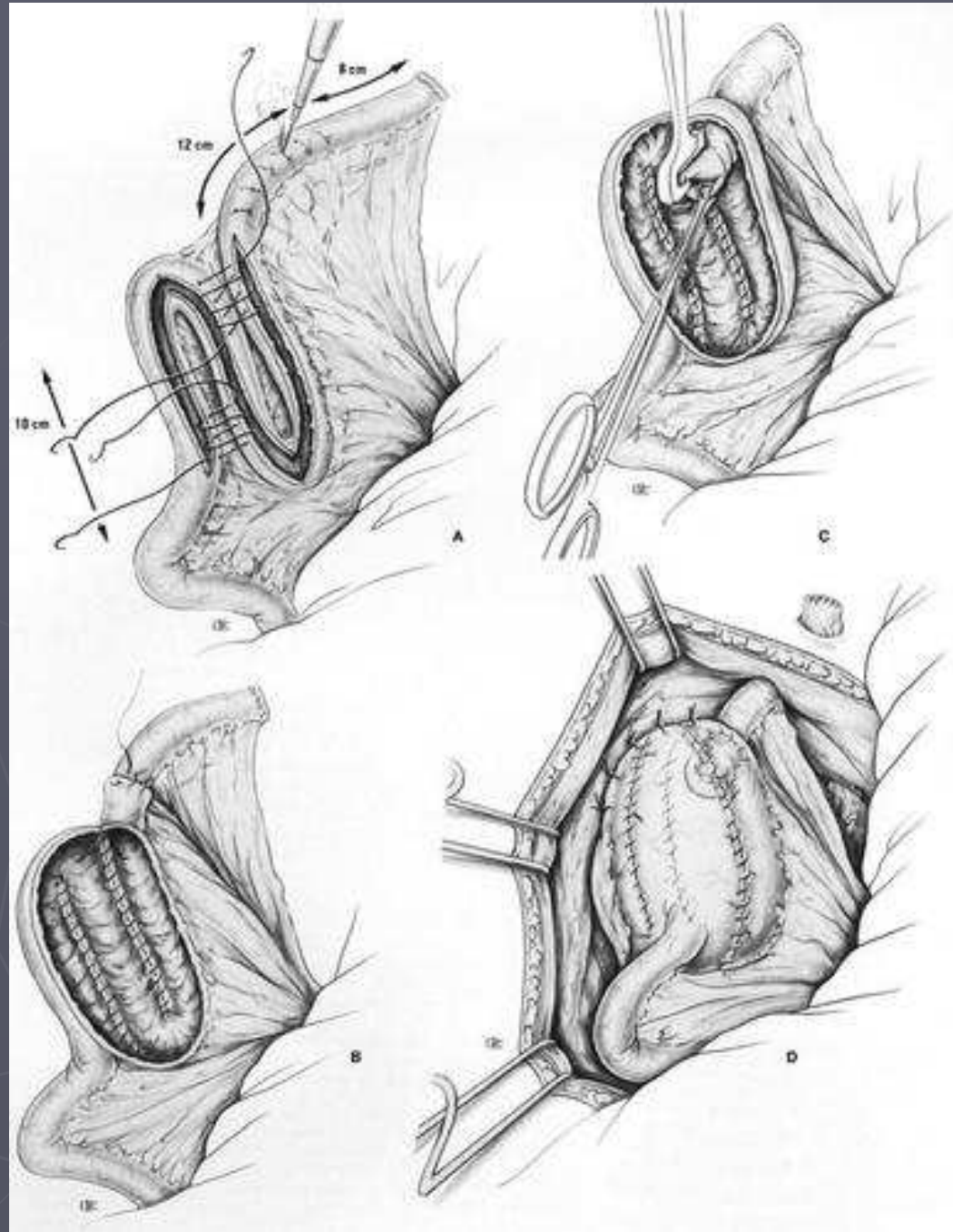


2. Coloproctectomie totale avec iléostomie définitive

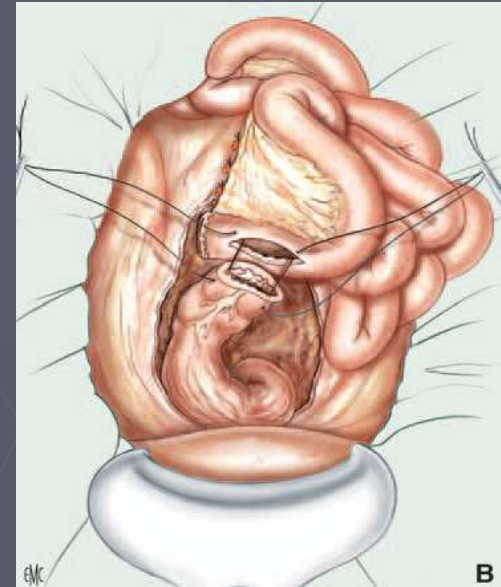
- ▶ Intervention rare, 2 indications dans cette maladie:
 - Échec de l'AIA (impossibilité de descendre le réservoir, complication septiques...)
 - Cancer du très bas rectum (AAP)
- ▶ Avantage : guérison
- ▶ Inconvénient: fonction sphinctérienne sacrifiée
- ▶ On peut la rendre continente avec un système anti-reflux

Iléostomie définitive avec poche de KOCK

On peut la rendre continent avec un système anti-reflux (poche de kock): pas de poche collectrice nécessaire chez 80%, mais difficile et complications propres.



3. Colectomie totale avec anastomose iléo-rectale



► Conditions:

- Pas de dysplasie sur le côlon
- Évolution maladie < 10 ans
- Rectum conservable (microrectie? Inflammation?)
- Patient acceptant un traitement anti-inflammatoire à vie et une rectoscopie régulière +++)

(RCP Gastroenterol clin Biol. 2004)

► Avantages:

- Intervention moins lourde
- Résultats fonctionnels comparables à l'AIA
- Moins de conséquences sur la fertilité

Br J Surg. 2007

► Inconvénients :

- Poursuite évolutive de la maladie (dégradation du résultat fonctionnel)
- dégénérescence néoplasique (13% à 25 ans)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES



1. Chirurgie en urgence

- ▶ En cas de colite aiguë **grave** (définition clinico-biologique) et **compliquée**:
 - Mégacôlon toxique
 - Perforation
 - Hémorragie
 - Syndrome toxique (fièvre, déshydratation majeure, AEG)
- ▶ Intervention:
 - Colectomie subtotale avec double stomie
 - Par laparotomie +++

2. Chirurgie en semi-urgence

- ▶ Colite aiguë :
 - Grave (Truelove & Witts, lichter)
 - Non compliquée
 - Résistante au traitement médical intensif:
 - ▶ Après évaluation complète vers J5 (endoscopie)
 - ▶ Ou plus tôt en cas de dégradation clinique

Am J gastroenterol. 2002

- ▶ Intervention:
 - Colectomie subtotale avec double stomie
 - Laparoscopie
 - ▶ Intervention plus longue
 - ▶ Diminution morbidité, durée d'hospitalisation, reprise du transit
 - ▶ Remise en continuité possible par laparoscopie (AIA)

Br J Surg. 2005

3. Chirurgie programmée

- ▶ RCH « réfractaire » aux traitements médicaux:
 - Aminosalicylés et /ou stéroïdes locaux pendant 2 mois
 - Corticoïdes oraux pendant un mois
 - Immunosuppresseurs
- ▶ Cancer ou Dysplasie de haut grade
(voire dès le stade de dysplasie de bas grade)
- ▶ En cas de sténose colique
(risque de dégénérescence de 30 %)

QUELLE INTERVENTION ?

- ▶ CPT + AIA
 - En 3 temps si nécessaire

 - En l'absence de contre-indications:
 - ▶ Mauvaise fonction sphinctérienne
 - ▶ Cancer du très bas rectum

- ▶ Sinon CT + AIR ou iléostomie terminale

CONCLUSION

QUI OPERER?

- ▶ CAG compliquée en **urgence**

Pas de place à la coelioscopie en urgence

- ▶ CAG non compliquée en **semi-urgence**
si pas d'amélioration au traitement
médical

- ▶ RCH réfractaire, dysplasies et cancers ,
de manière **élective**

QUELLE INTERVENTION?

- ▶ **CPT + AIA** avec réservoir
- ▶ En 3 temps si nécessaire