

# RCH : Le traitement chirurgical

## Indications et résultats

P.Valleur



# RCH traitement chirurgical

- 4 interventions possibles

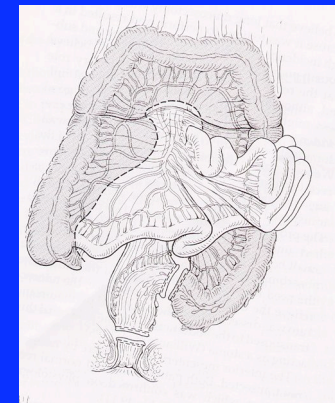
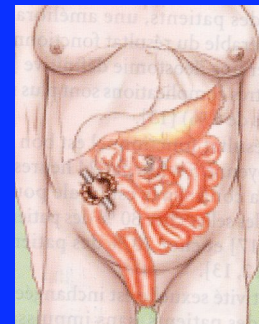
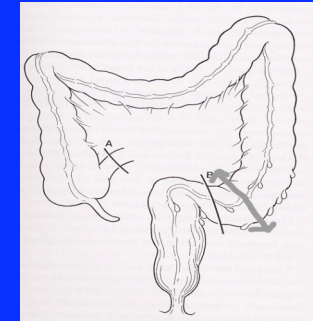
- CST+2 Stomies

- CST+AIR

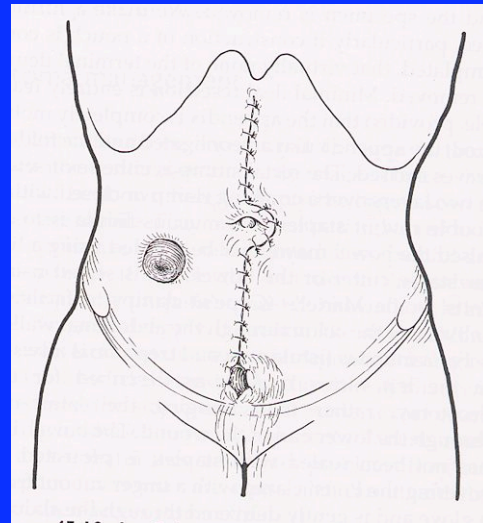
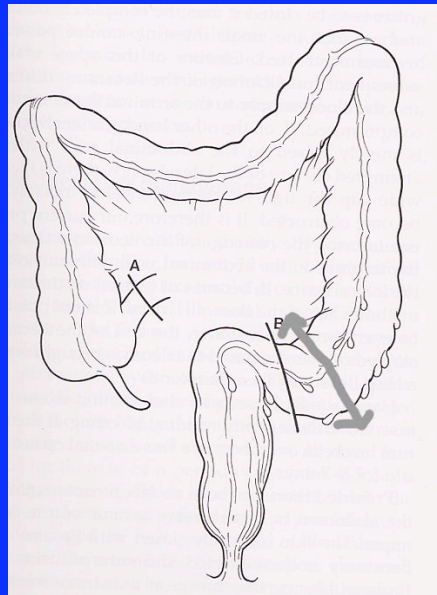
- CPT+Iléostomie

- CPT+AIA

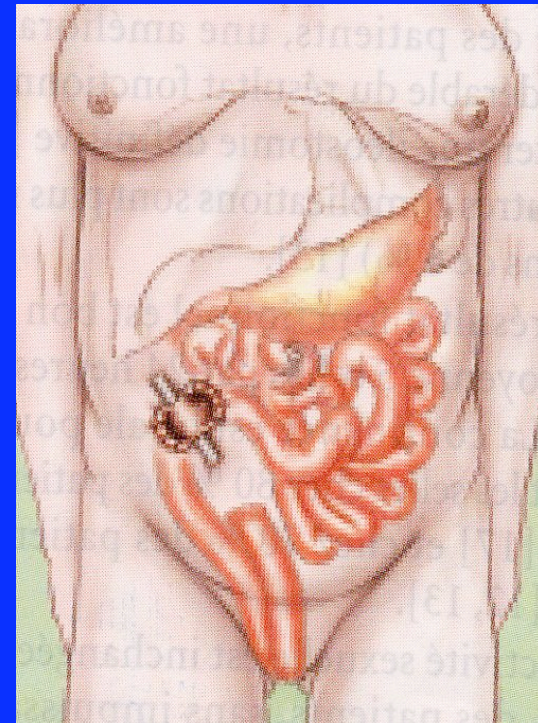
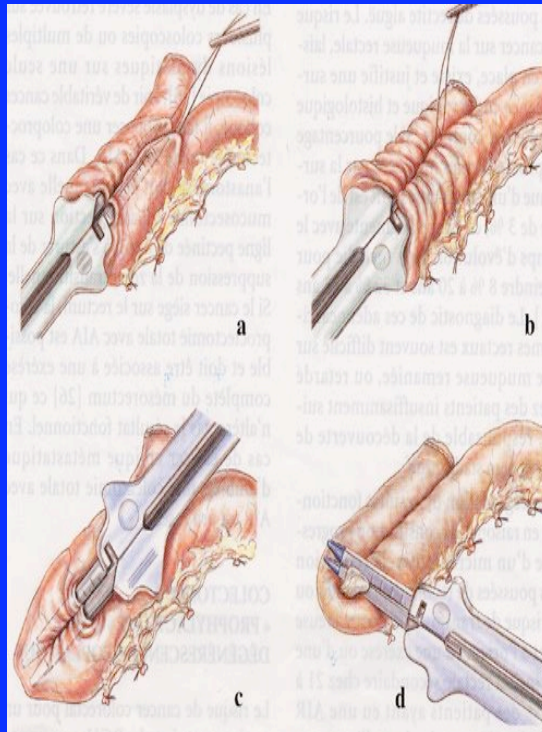
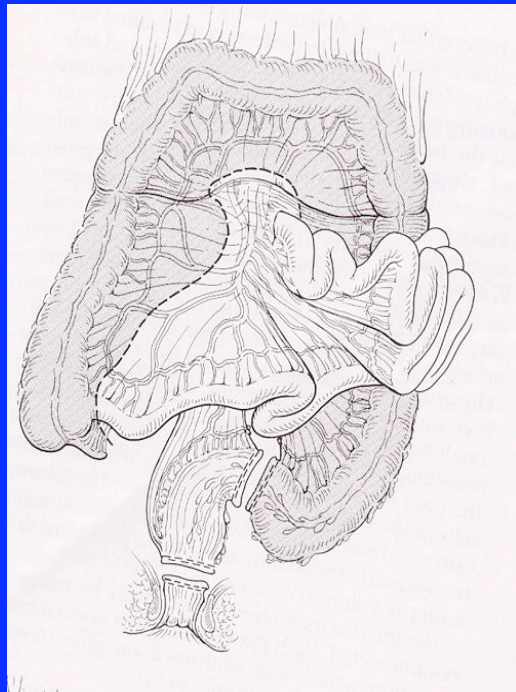
.....dont les indications dépendent des circonstances



# RCH :le traitement chirurgical: la colectomie subtotale



# RCH : le traitement chirurgical: la coloproctectomie + AIA



# RCH : L'heure de la chirurgie

- 3 indications différentes:
  - La colite grave
  - La colite chronique, ou résistant au Tt médical (parfois après An iléorectale)
  - La dysplasie ou le cancer

# RCH : colite aiguë grave

- Définition:
  - 1) anatomique sur une pièce de colectomie présentant des ulcérations creusantes (musculeuse)
  - 2) urgence médicochirurgicale à reconnaître :
    - critères clinicobiologiques?
    - critères anatomiques (endoscopie)

# Colites aiguës graves :Intérêt de la coloscopie

- Contre indications:  
colectasie,perforation,hémorragie massive
- préparation habituelle,insufflation minimale
- 1 dilatation colique pour 163 examens
- Dans 90 % l'atteinte de l'angle gauche suffit au diagnostic

Carbonnel F:Dig Dis Sci1996

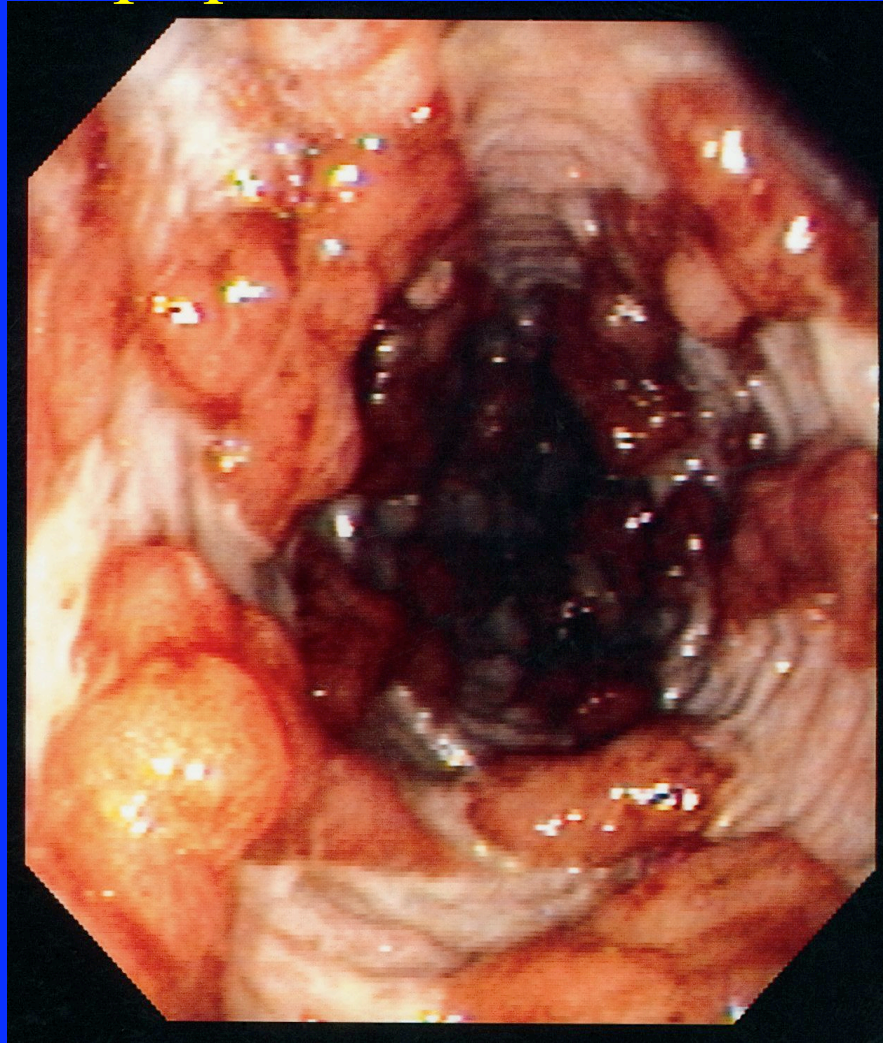
# Colites aiguës graves :critères endoscopiques de gravité

- 1) Ulcérations mettant à nu la musculature
- 2) Ulcérations creusantes étendues >1/3 d'un segment colique
- 3) Décollements muqueux avec ou sans puits

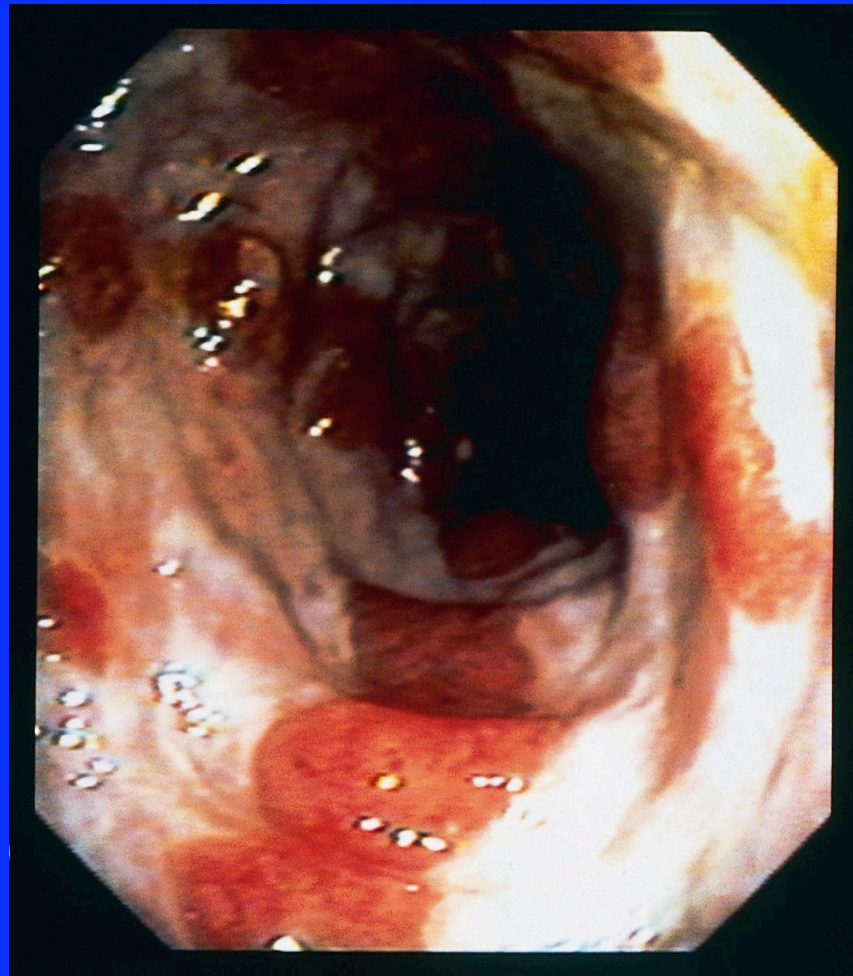
Nahon S , AGA 1999



Ulcérations profondes mettant  
macroscopiquement à nu la musculature



Ulcérations profondes ne mettant pas à nu la musculature, mais occupant  $> 1/3$  de la superficie d'un des 4 segments du rectocôlon

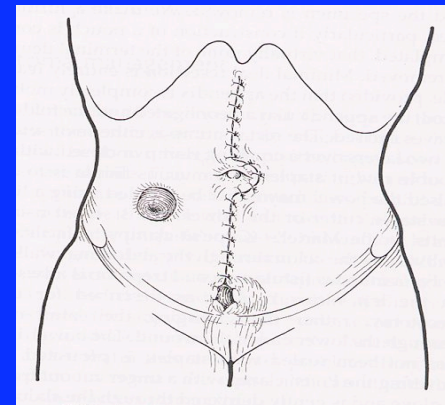


# Décollement muqueux avec ou sans ulcérations en puits



# Colites aiguës graves: utilité de la coloscopie

- Confirmer la gravité de la poussée
- Éviter des colectomies inutiles
- Poser l'indication de la chirurgie ou d'un traitement médical (immunosuppresseurs)
- Chirurgie: Colectomie subtotale et 2 stomies



# Colites aiguës graves

- Après colectomie subtotale : Tt du rectum restant par irrigations quotidiennes
  - 1 litre de serum, 80 mg Solupred, 1 Pentasa
- Pour prévenir les hémorragies postopératoires.....

# Colites aiguës graves:la colectomie subtotale avec 2 stomies

- Mortalité <1% (1 pour 164 patients:0.6%)\*
- Morbidité:33%(occlusions:8%!)
- Traitement post opératoire du rectum
- Étude histologique >biopsies endoscopiques
- Autorise une éventuelle conservation rectale secondaire

\*A Alves:J Am Coll Surg 197,3,9:2003.

# RCH quiescente: L'heure de la chirurgie

Une Dysfonction anorectale  
(impériosités, diarrhée, incontinence)

Est parfois la conséquence d'une recto-colite  
ancienne (perte de la compliance  
colorectale) ou après AIR

CPT + AIA? >>> CPT + Iléostomie

L'AIR si le rectum est conservable?

# RCH :le traitement chirurgical

- L'anastomose Iléorectale car:
  - Meilleur résultat fonctionnel (3s/24h)
  - Pas de risque génital (homme)
  - Pas d'infertilité (femme)



# RCH :le traitement chirurgical

- L'anastomose iléorectale n'est pas toujours la solution:
  - Car le rectum est conservable 1 fois/2
  - Car 50 % des rectums conservés seront enlevés secondairement
  - Car cela nécessite une surveillance endoscopique (biopsies multiples!!)

# RCH :le traitement chirurgical

- L'anastomose iléorectale permet d'attendre ,en particulier chez la femme jeune
- La transformation AIR en AIA est possible sans surmortalité,ni conséquences fonctionnelles

# RCH : L'heure de la chirurgie

- Le risque de dysplasie (voire de cancer) croit avec l'étendue de la colite et sa durée
- Ce risque impose une surveillance biopsique prolongée
- La découverte d'une dysplasie sévère impose la coloproctectomie...

# RCH : le risque de cancer

- Une méta analyse de 116 séries
- Risque global:3,7%
- Risque cumulé:
  - 2% à 10 ans
  - 8% à 20 ans
  - 18% à 30 ans

Eaden JA, Gut, 2001.

# RCH :le traitement chirurgical

- L'anastomose Iléoanale
  - Est un traitement définitif de la maladie
  - Supprime tout risque évolutif (cancer)
  - Le résultat fonctionnel est acceptable (5s/24h), 1 selle nocturne
  - 85% de très bons résultats\*

\*Fazio V:Ann Surg 1995.

# RCH :le traitement chirurgical

- L'anastomose iléoanale ..mais:
  - Risque d'infertilité (f jeune)\*
  - Morbidité :25% (mais diminue avec l'expérience)
  - 10 % de résultats moyens (impériosité,..)
  - 5% d'incontinence

\*Ording O:Gastroentérology,2002.

# Conception et fertilité

- Diminution de la fertilité après Anastomose iléoanale : Goteborg
- 237 femmes fertiles après AIA
- Comparaison de la fertilité en 3 périodes:
  - 15 ans avant la colectomie
  - Pendant la RCH préopératoire
  - 12 mois après la fermeture de stomie

# Conception et fertilité

- Avant la RCH : 251 grossesses /288 prévues (p<0,05)
- Pendant la RCH préopératoire :120 G/131 prévues (p>0,3)
- Après l'AIA : 34 grossesses/69 prévues (p<0,001)
- Après AIA excluant les FIV:24/69 !

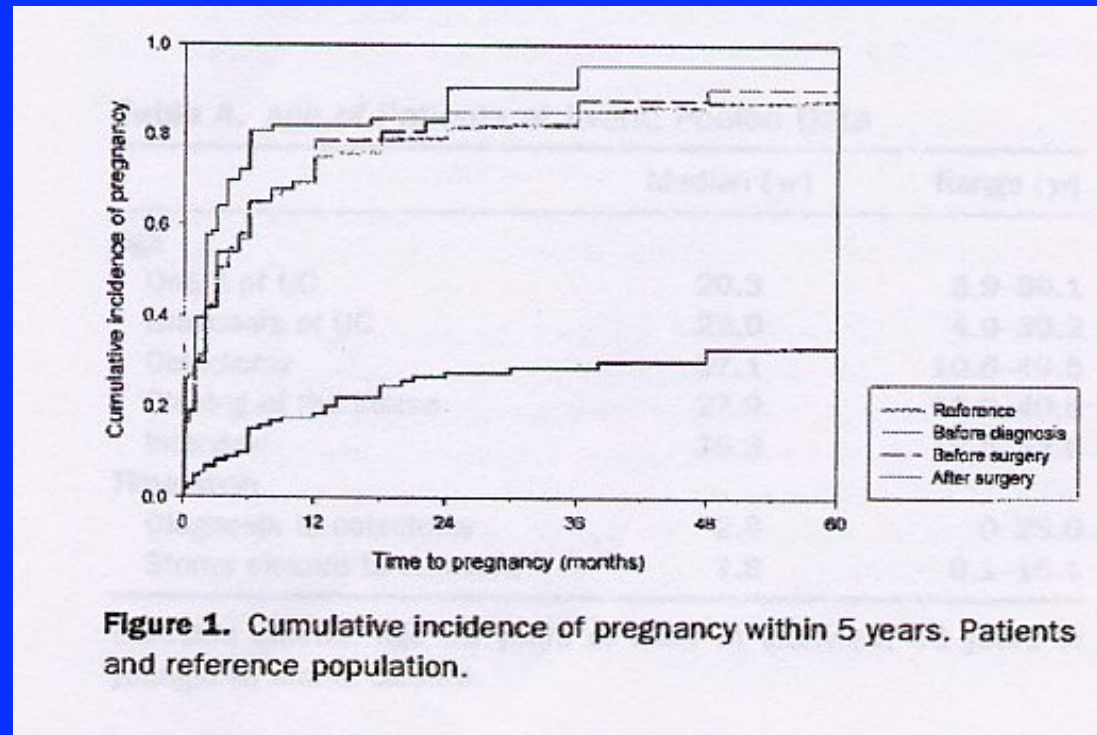


# Conception et fertilité

- Deuxième étude scandinave :
  - 290 patientes après AIA vs 661 témoins
  - Suède et Danemark
  - Réduction de 80% de la fécondité

Olsen KO Gastroenterology 2002;122:15..19

# Conception et fertilité



Olsen KO Gastroenterology 2002;122:15..19

# Conception et fertilité

- Le taux d'infertilité augmente après l'AIA:
  - 48/127 (38%) préop / 76/135 (56%) postop  
( $p < 0,001$ )
  - Les transfusions peropératoires augmentent l'infertilité : 54% transfusées / 21% non transfusées

Gorgun E : Surgery;2004,136:795..803

# Conception et fertilité

- A quoi est due l'infertilité postopératoire?
  - Le rôle des adhérences post opératoires?
  - 21 AIA incluses dans un essai
  - Hystérosalpingographie >>2 occlusions tubaires bilatérales , 9 unilatérales et 9 pour lesquelles les trompes adhéraient dans le fond du pelvis (7 HSG normales)

# Conception et fertilité

- Est il possible de prévenir l'infertilité?
  - Film ou Gel antiadhérences? Pas d'amélioration
  - Ovariopexie ? Pas d'amélioration?
  - Mais les cas rapportés sont peu nombreux!

Gorgun E : Surgery;2004,136:795..803

# Grossesse après chirurgie pour RectoColite Ulcéro Hémorragique

- Et la coelioscopie.?



# RCH :le traitement chirurgical

- Les indications spécifiques de l'AIA:
  - Le rectum n'est pas conservable!
  - Mauvais résultat après AIR
  - Dysplasie !!

# RCH :le traitement chirurgical

- Reste't'il des indications de coloproctectomie avec iléostomie?



# Conclusions

- Le traitement chirurgical reste le recours après l'échec des traitements médicaux
- S'impose en cas de colite grave résistante
- Est nécessaire devant une dysplasie
- Permet d'améliorer la fonction de certains patients
- La précocité de sa mise en œuvre conditionne la gravité du geste

# Prise en charge chirurgicale des dysfonctions des Anastomoses iléoanales



# Prise en charge chirurgicale

- Les causes des dysfonctions:
  - Sténoses anastomotiques
  - Sepsis (Fistules, abcès)
  - Sclérose pelvienne
  - Malfaçons chirurgicales
  - Redux cancer

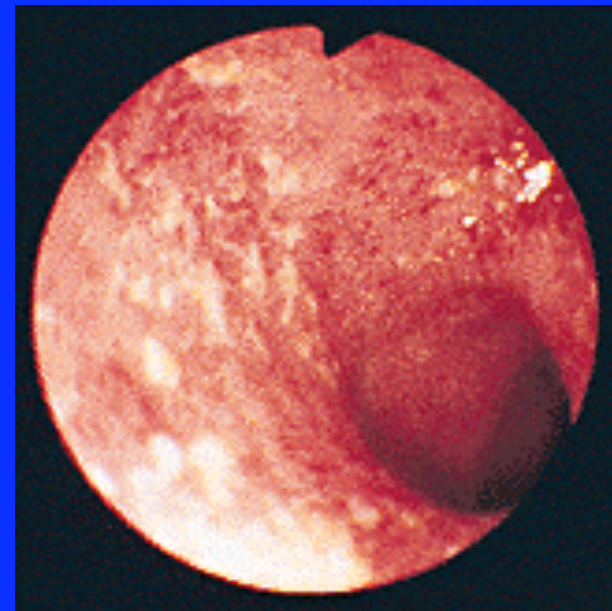
# Prise en charge chirurgicale

- L'analyse préopératoire doit être complète:
  - Clinique: examen proctologique, TR recherchent sténose, fistules, anomalies sphincter, blindage pelvien
  - L'examen sous anesthésie générale est le plus contributif\*

\*Thompson M: Br j Surg 1997,84,1351-1359

# Prise en charge chirurgicale

- L'endoscopie recherche une fistule borgne, ou des anomalies muqueuses (pouchite, crohn, cancer)



# Prise en charge chirurgicale

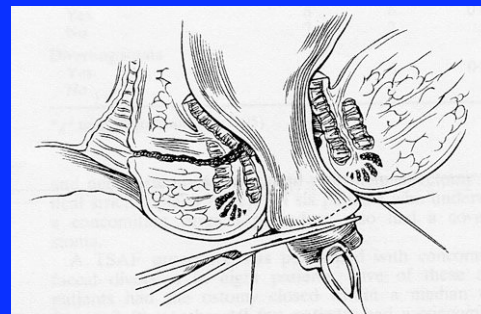
- La manométrie est indispensable avant d'envisager une correction chirurgicale
- Une échoendoscopie s'assure de l'absence de rupture sphinctérienne
- Une opacification radiologique est la règle à la recherche d'une malfaçon ,d'une fistule

# Prise en charge chirurgicale

- Une fois ce bilan effectué :
  - Une malfaçon évidente est retrouvée:
    - Anomalie du réservoir (trop petit ou trop haut dans l'abdomen)
    - Anomalie sous le réservoir:moignon ano rectal ou segment iléal en aval du réservoir(S)
    - Fistule

# Prise en charge chirurgicale

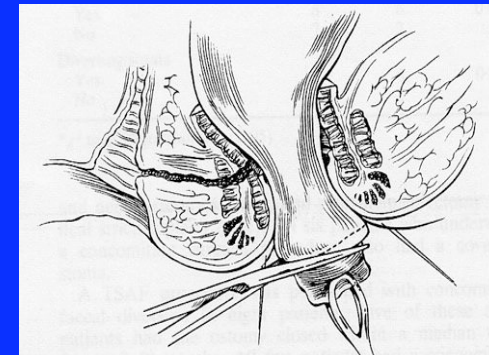
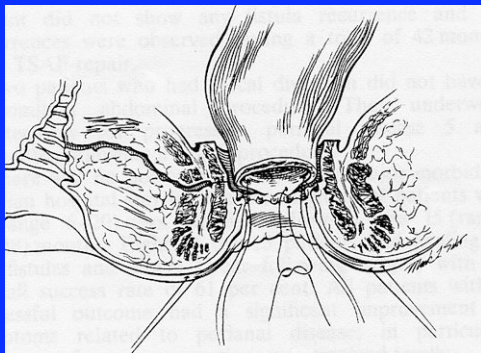
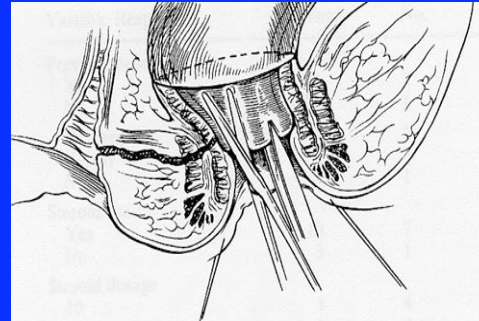
- Deux possibilités se présentent alors:
  - L'anomalie est basse: sténose irréductible, fistule..et le réservoir et le sphincter paraissent corrects
  - Il est possible de tenter une réfection par voie transanale





# Prise en charge chirurgicale

- La résection basse du sommet du réservoir et de l'anastomose autorise une nouvelle anastomose



Marchesa P, Fazio V: Br J Surg 1998, 85, 1695-8

# Prise en charge chirurgicale

- Parfois l'anomalie est longue, la fistule haute, la sténose remonte sur le réservoir
- Ou le blindage pelvien, les lésions inflammatoires interdisent une technique par voie basse
- Seule l'option d'une réintervention par voie abdomino/transanale reste possible

# Prise en charge chirurgicale



Sténose longue sur malfaçon  
Réservoir en S

# Prise en charge chirurgicale

- La réintervention abdominotransanale:
  - Soit le réservoir désinséré est réutilisable et réanastomosé à l'anus
  - Soit le réservoir « natif » est réséqué et un nouveau réservoir est constitué
  - Il est plus rare qu'un remodelage du réservoir autorise une amélioration fonctionnelle

# Échecs des AIA

Réf/an	nbe	F/up	Échec %
Gernio 92	253	12	9.9
Setti 94	110	99	14.5
Fazio 95	1005	35	4.5
Foley 95	460	?	3.5
Macrae 97	551	30	10.5
Keighley 97	180	24	17.2
Meager 98	1310	77	10
Nicholls 01	634	41	9.7

Tulchinsky Br J Surg;2003,90;909-921

# Réintervention pour dysfonction

Réf/an	nbe	dcd	suivi	Échecs%
Galandiuk 90	29	0	47	17
Poggioli 93	8	0	24	5
Cohen 98	24	0	35	4
Sagar 96	23	0	60	20
Korsgen 96	4	0	28	2
Paye 96	10	0	?	3
Ogunbiyi 97	8	0	34	1
Fazio 98	32	0	18	4
Heuschen 02	74	0	51	35

# Réintervention pour dysfonction

- 23 patients:8h/15f,M:age 31 a
- 22 RCH,1 polypose
- Réservoirs:13j,8 H ou S,2 autres
- 22 AIA manuelles/1 AIA mécanique

Sagar P;Br J Surg 1996,83,1401-5

# Réintervention pour dysfonction

- Indications de réintervention:
- 9 éfférents longs >>> 4 réfections, 5 néoréservoirs >>> 7 succès
- 3 Twist, 3 anses borgnes >>> 5 réfections, 1 néoréservoir >>> 4 succès
- 4 gags >>> réfections >>> 4 succès
- 4 sepsis >>> 4 réfections > 2 succès

Sagar P; Br J Surg 1996, 83, 1401-5



# Réintervention pour dysfonction

- 101 patients
- Indications: 27 fistules anastomotiques, 47 fistules du réservoir, 22 sténoses, 36 dysfonctions, 6 *déconnectées*
- Résultats: 82 AIA fonctionnelles, 19 diversions ou excisions

Baixaui J: Dis Colon Rectum 2004, 47, 2-10.

# Réintervention pour dysfonction

- 114 patients réopérés pour dysfonction
- Tous procédés:  
dilatation, séton, réfection, néoréservoirs ..
- 70 complications postop
- Après 37 mois: 22 résections de réservoir, 15 iléostomies, 77 AIA fonctionnelles (66%)
- 77 AIA >> 54 (70%) fonction satisfaisante!

# Conclusions

- La réintervention pour dysfonction est possible
- Elle s'accompagne de complications postopératoires(60%?)
- Mais permet le rétablissement d'une fonction sphinctérienne chez 4/5 patients
- Ces chiffres sont issus de centres spécialisés