

RCH : Le traitement chirurgical

Indications et résultats

P.Valleur



RCH traitement chirurgical

- 4 interventions possibles

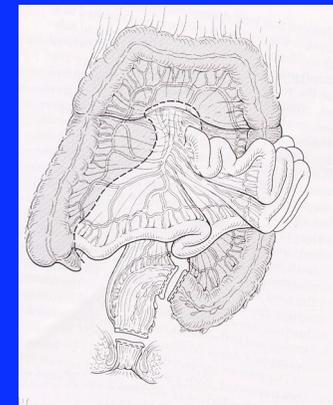
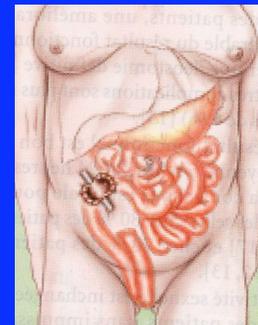
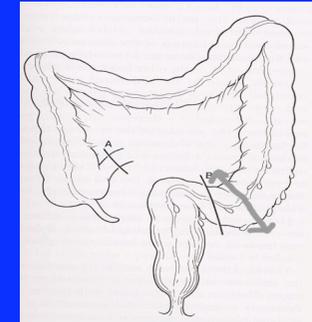
- CST+2 Stomies

- CST+AIR

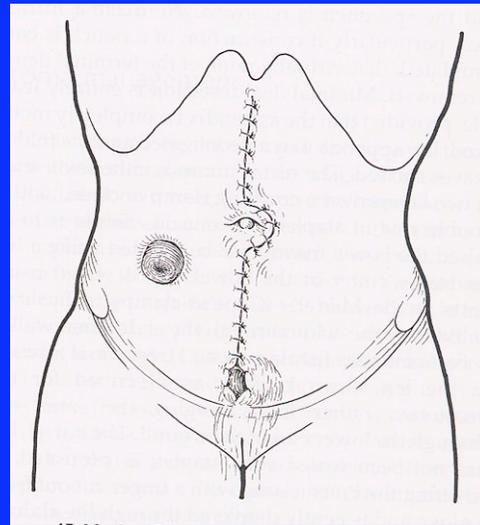
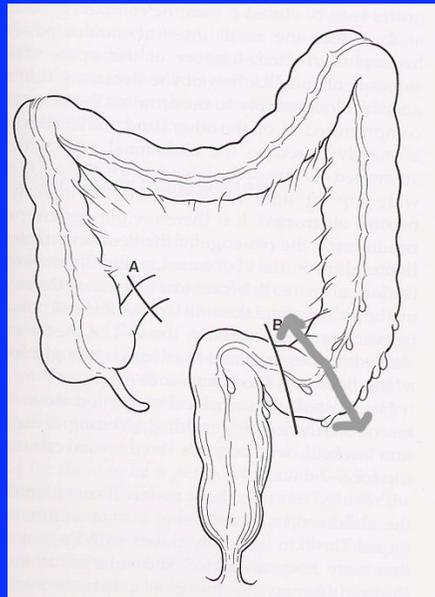
- CPT+Iléostomie

- CPT+AIA

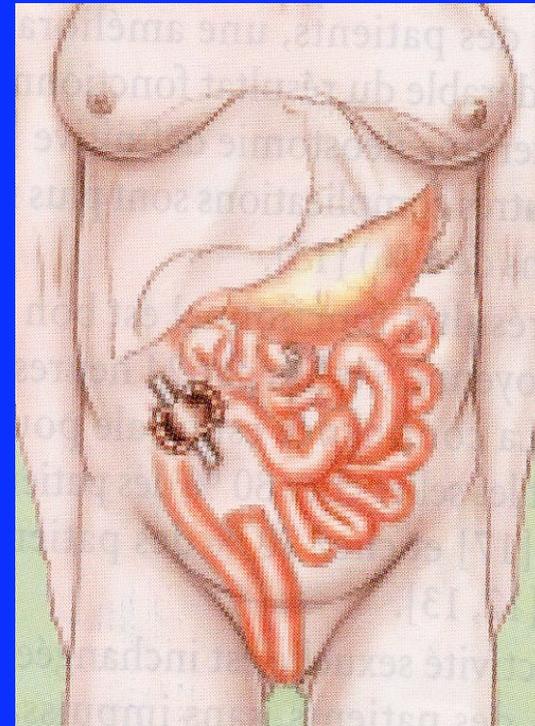
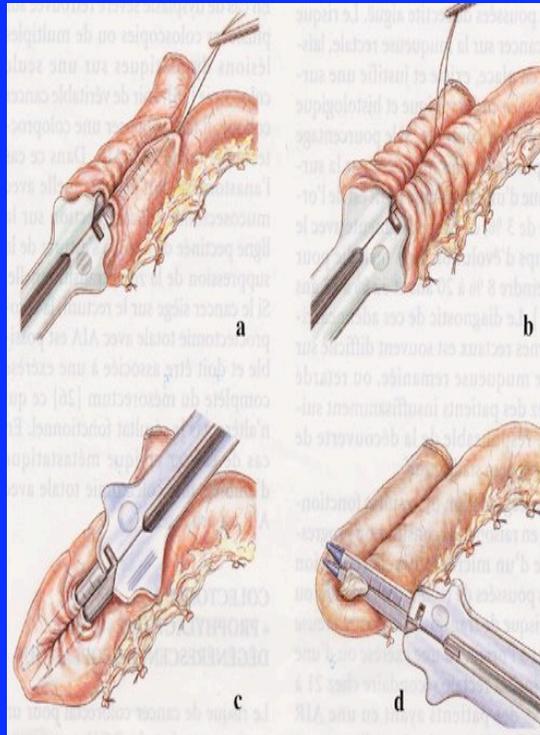
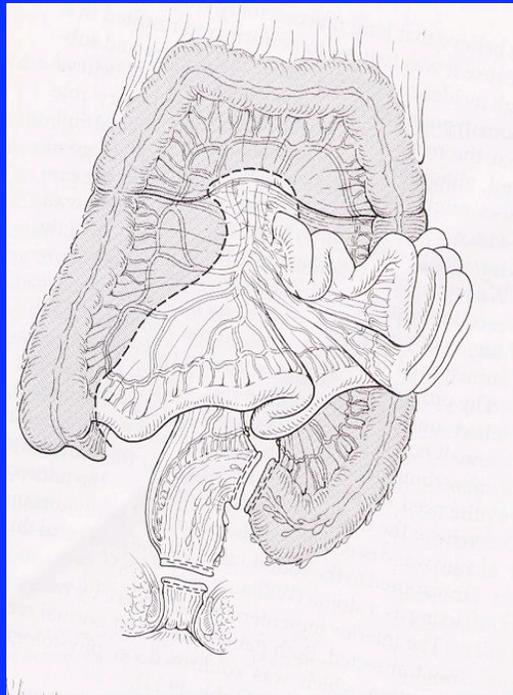
.....dont les indications dépendent des circonstances



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

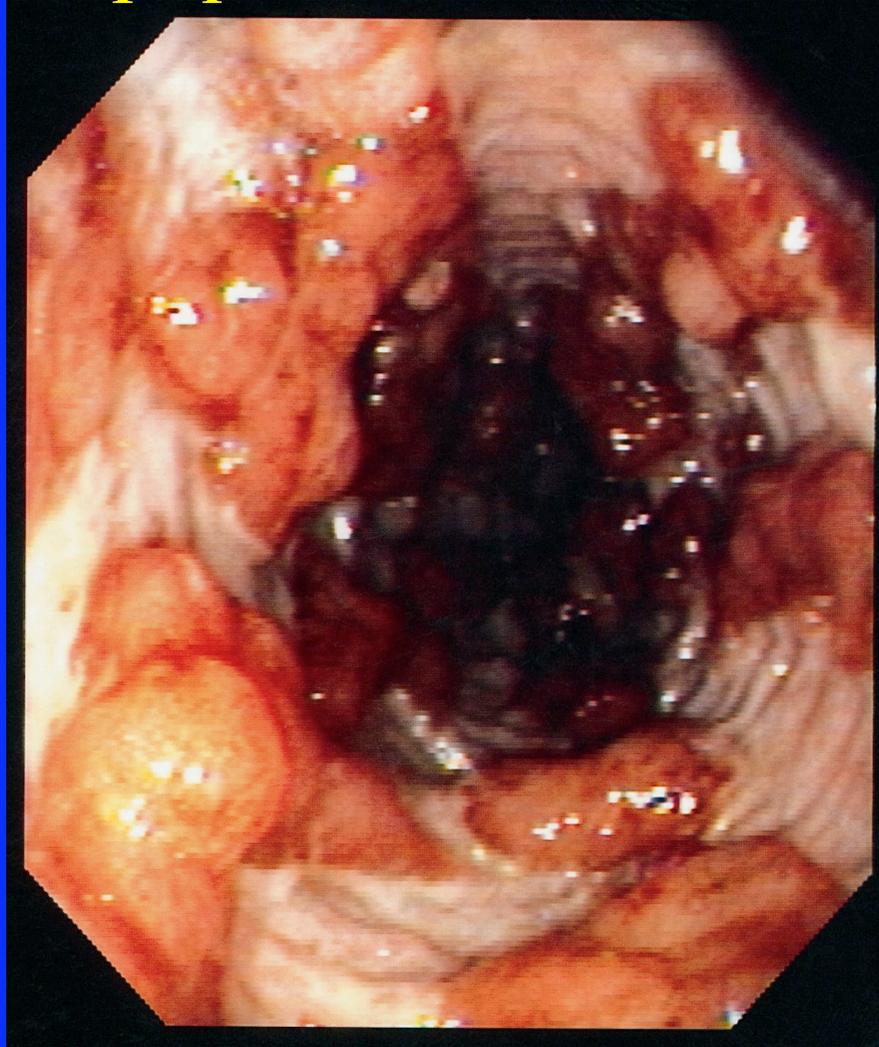
Carbonnel F:Dig Dis Sci1996

Colites aiguës graves :critères endoscopiques de gravité

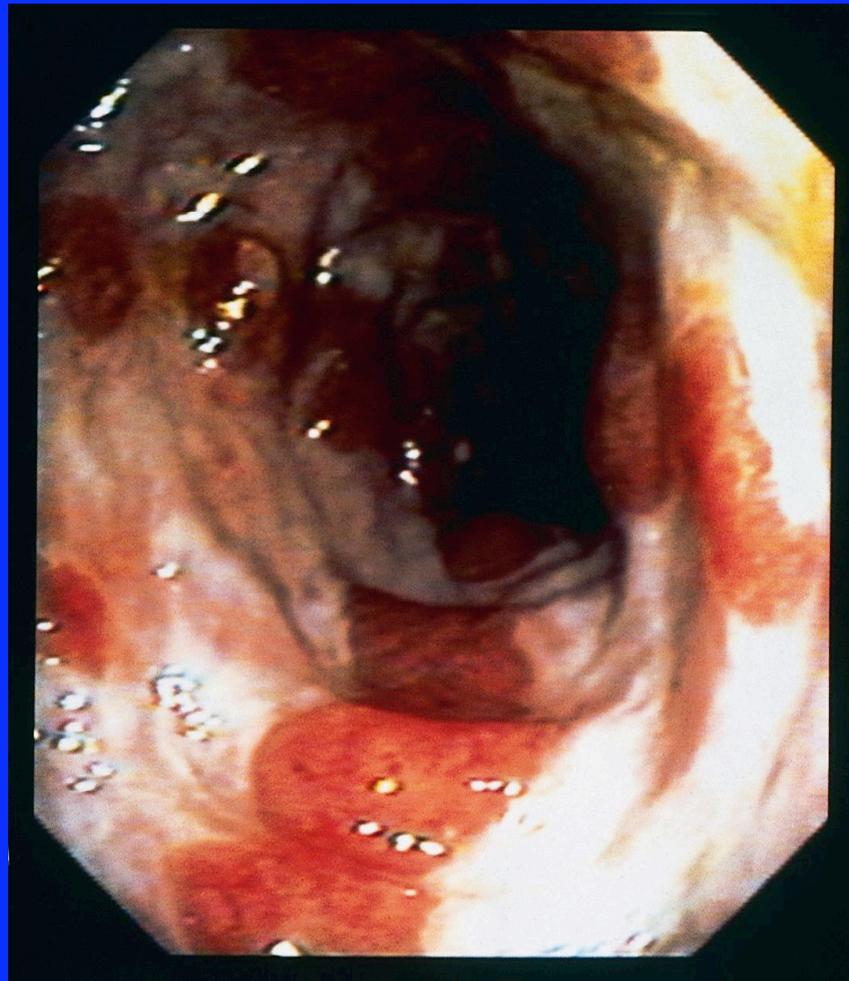
- 1) Ulcérations mettant à nu la musculature
- 2) Ulcérations creusantes étendues >1/3 d'un segment colique
- 3) Décollements muqueux avec ou sans puits

Nahon S , AGA 1999

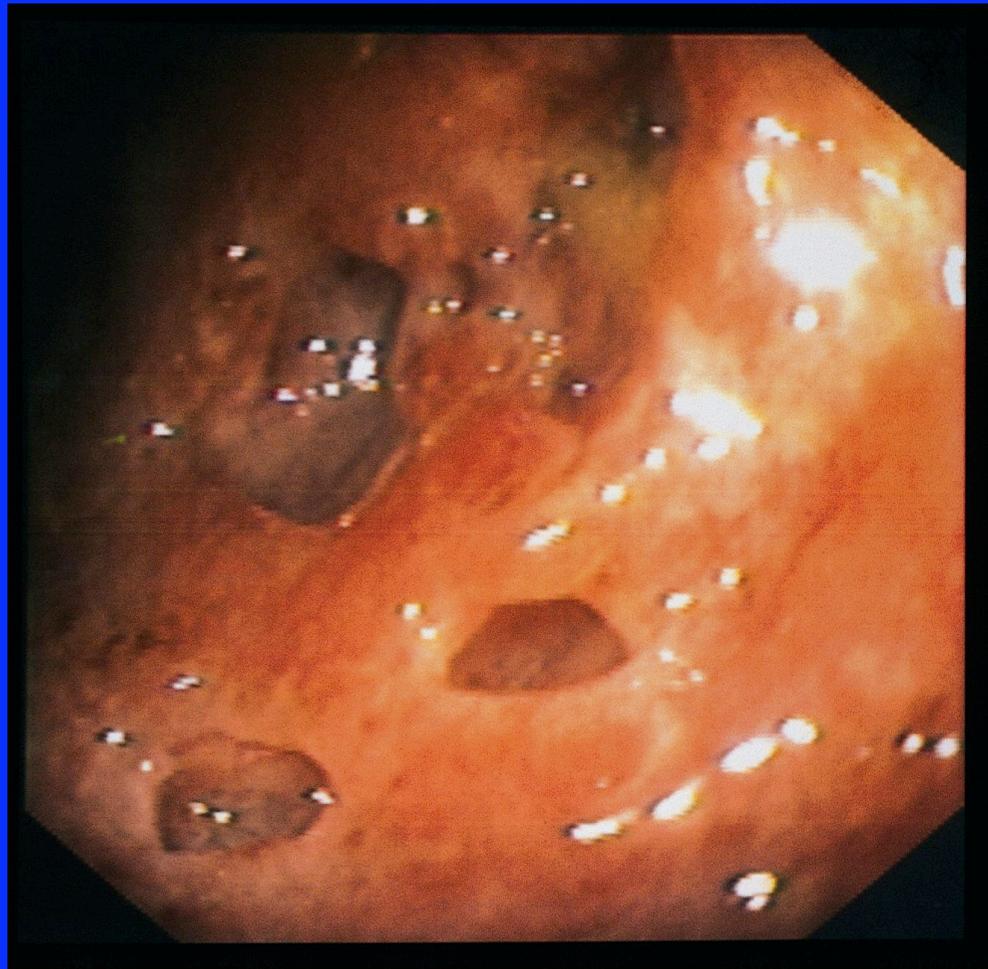
Ulcérations profondes mettant
macroscopiquement à nu la musculature



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

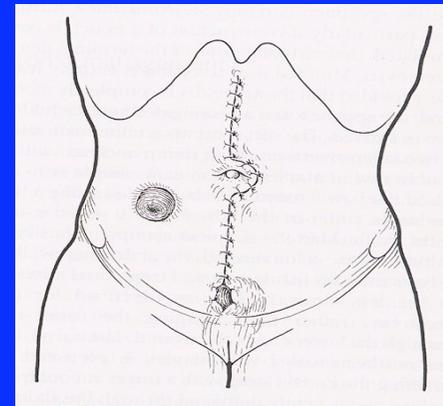


Décollement muqueux avec ou sans ulcérations en puits



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

OLSEN k.o:Br J Surg 1999,86.493..495

Conception et fertilité

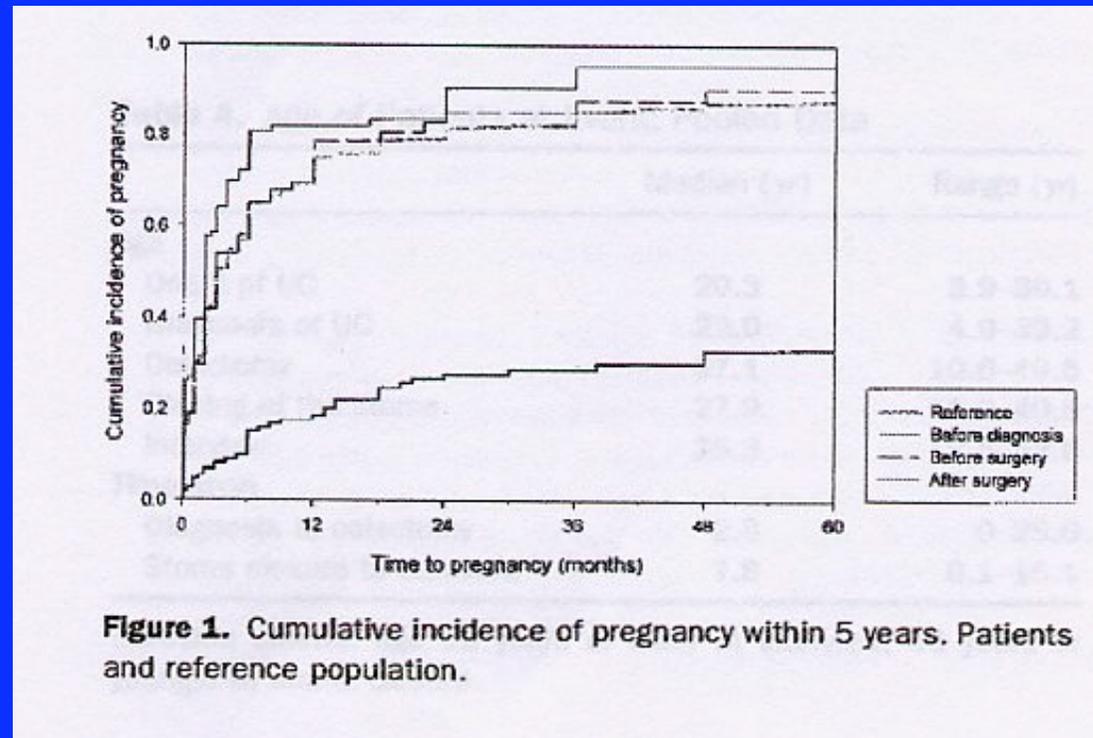
- Avant la RCH : 251 grossesses /288 prévues (p<0,05)
- Pendant la RCH préopératoire :120 G/131 prévues (p>0,3)
- Après l'AIA : 34 grossesses/69 prévues (p<0,001)
- Après AIA excluant les FIV:24/69 !

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)

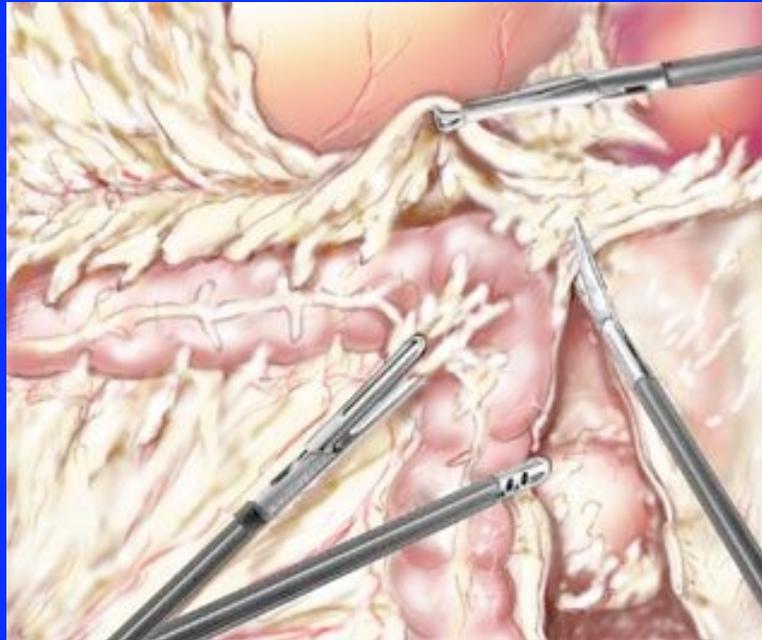
Conception et fertilité

- 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

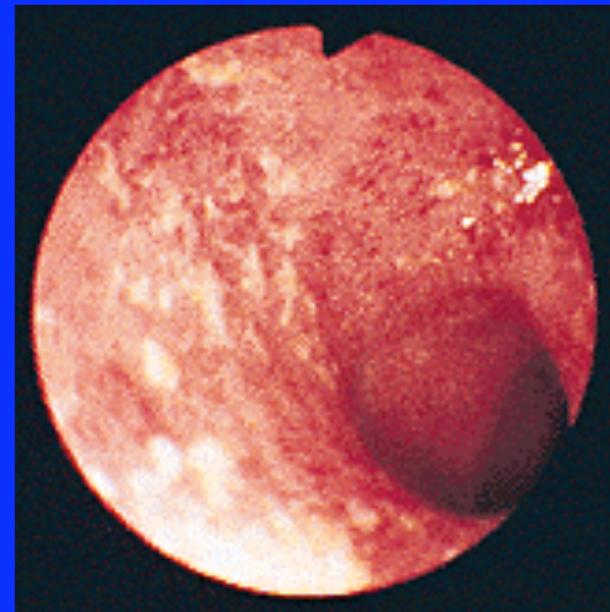
Prise en charge chirurgicale

- 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

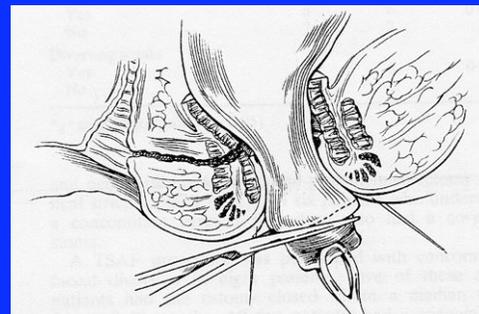
- La manométrie est indispensable avant d'envisager une correction chirurgicale
- Une échoendoscopie s'assure de l'absence de rupture sphinctérienne
- Une opacification radiologique est la règle à la recherche d'une malfaçon ,d'une fistule

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

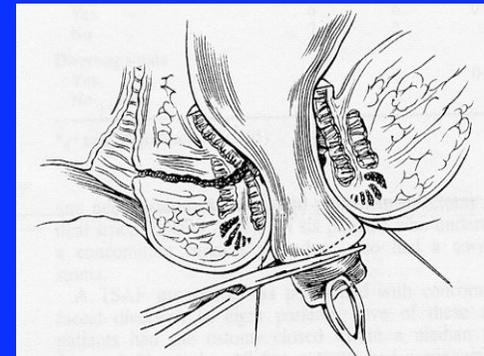
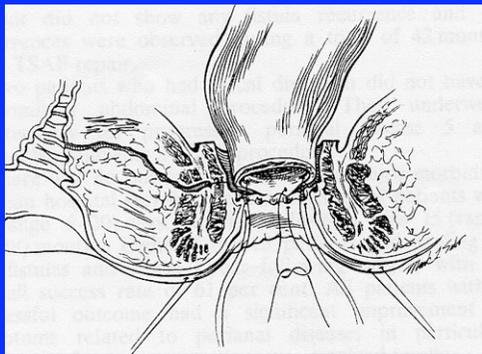
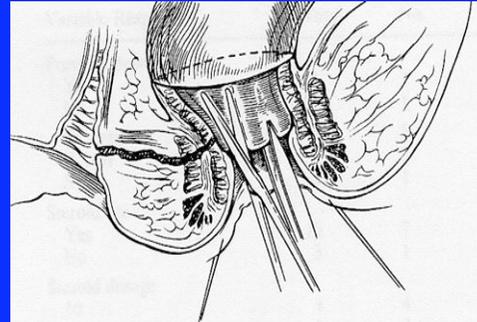
Prise en charge chirurgicale

- 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

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