

Iléite sténosante

Indications chirurgicales

Antoine Brouquet

Service de Chirurgie Digestive et Oncologique
Hôpital Bicêtre - APHP



LIENS D'INTÉRÊT

- Orateur: Takeda, Merck-serono
- Invitations réunions scientifiques: Pfizer, Eumetica, Meccelis, Nestlé

- OBJECTIFS PEDAGOGIQUES
 - connaître la **définition et l'évaluation** d'une iléite sténosante
 - connaître les **indications d'un traitement chirurgical ou endoscopique**
 - connaître les **différents types de chirurgie**

Introduction

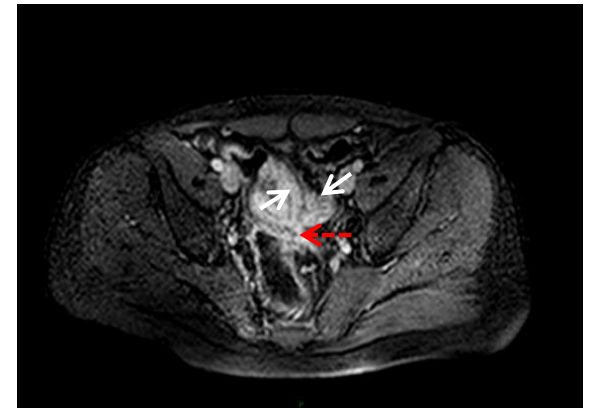
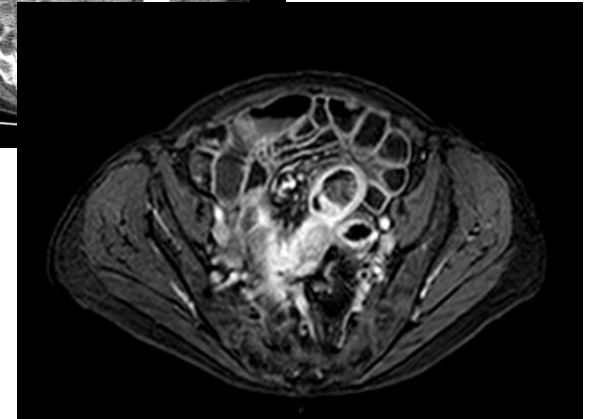
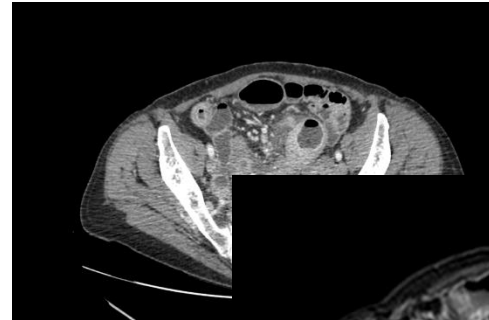
- Atteinte iléale: atteinte la plus fréquente de la maladie de Crohn
- Définition de l'atteinte sténosante
 - Pas de définition consensuelle
 - Traduction clinique+++: sd de König
 - Douleurs abdominales
 - Borborygmes
 - Diarrhées
 - Définition large à partir des examens complémentaires

Quelle évaluation?

- Objectifs
 - Confirmer l'existence d'une atteinte sténosante
 - Éliminer un diagnostic différentiel (sténose tumorale+++)
 - Rechercher une complication associée
 - Altération du statut nutritionnel
 - Retentissement d'amont
 - Maladie de Crohn perforante: abcès ou fistule interne
- Guider le choix de la stratégie thérapeutique
 - Activité inflammatoire de la maladie
 - Longueur de la sténose et de l'atteinte
 - Lésions intestinales associées

Quelle évaluation?

- Quelles modalités
 - Endoscopie + biopsies
 - Enteroscanner
 - EntéroIRM+++
 - Réhaussement de l'atteinte après injection
 - Recherche d'une fistule associée
 - Mesure de la longueur de l'atteinte



Quelle prise en charge thérapeutique?

- Quelles options
 - **Traitement chirurgical**
 - Avantage: traitement immédiat des Σ obstructifs, « blanchir » la maladie
 - Inconvénients : morbidité postopératoire et risque de stomie, risque de récurrence à long terme
 - **Traitement médical**
 - Avantage: épargne intestinale, de multiples options efficaces
 - Inconvénients: moins efficace en cas de sténose
 - **Traitement endoscopique**
 - Avantage: limiter la morbidité, association au traitement médical
 - Inconvénients: risque de resténose

Recommandations

ECCO Statement 7A

Localised ileocaecal Crohn's disease with obstructive symptoms, but no significant evidence of active inflammation, should be treated by surgery [EL2b, RG C].

ECCO Statement 7O

In complicated Crohn's disease, surgery at an early stage is a valid alternative to medical therapy [EL5 RG D].

ECCO Statement 7P

Multidisciplinary clinical conferences to discuss the treatment strategy of individual cases are recommended especially for the management of patients with complicated CD [EL5 RG D].

Table 3 Predictors of abdominal resection surgery: logistic regression analysis

Logistic regression				
Variables	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95% CI)	p Value	OR (95% CI)	p Value
Duration CD (years)	1.1 (1.01 to 1.14)	0.014		
Montreal A	0.17 (0.2 to 1.14)	0.07		
Perianal disease	0.37 (0.15 to 0.9)	0.027	9 (2 to 39)	0.003
Previous abdominal surgical resection	2.2 (0.9 to 5.4)	0.08		
SELs	0.65 (0.28 to 1.56)	0.34		
Stenosis CS	2.3 (0.9 to 5.5)	0.06		
Stenosis MRI	4.7 (1.9 to 11.7)	0.001	3.4 (1 to 11)	0.04
Intra-abdominal fistulae MRI	6.6 (2.4 to 18.7)	<0.001	10.6 (2 to 46)	0.002
IMM treatment (months)	0.95 (0.92 to 0.98)	0.001	0.94 (0.90 to 0.98)	0.002
Anti-TNF treatment (months)	0.9 (0.9 to 1)	0.06	0.97 (0.94 to 1)	0.04

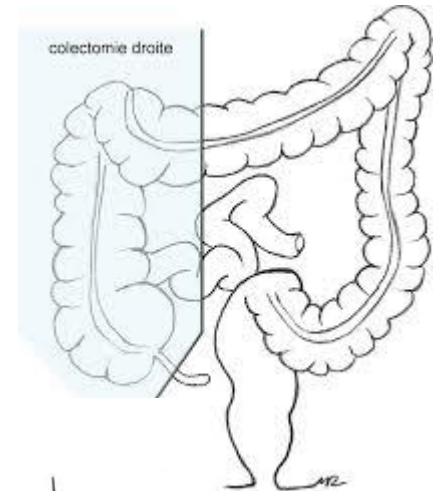
anti-TNF, antitumour necrosis factor; CD, Crohn's disease; CS, colonoscopy; IMM, immunomodulators.

112 malades
71% des malades traités par anti-TNF

Modalités du traitement chirurgical

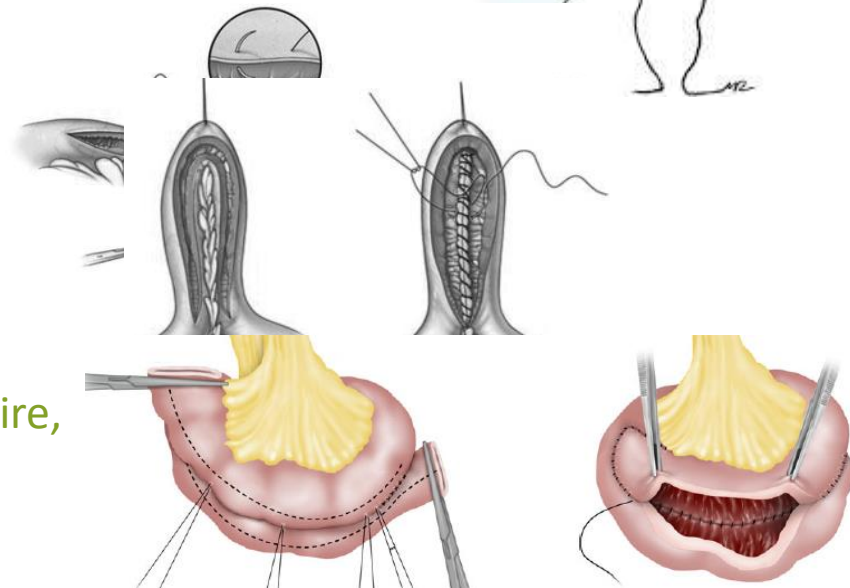
• Résection iléocolique

- Objectif: « blanchir » la maladie
- Avantages:
 - Rétablissement de la continuité sur des tissus sains
 - Facilite la prise en charge postop
- Inconvénient: « sacrifice » intestinal
- Atteintes limitées+++



• Stricturoplastie

- Objectif: traiter la sténose
- Avantage: pas de resection
- Inconvénient: suture sur tissu inflammatoire, risque carcinologique
- Atteintes multifocales



Résultats du traitement chirurgical

- Résultats postopératoires immédiats
 - 9 – 39% de morbidité postopératoire
 - Dénutrition preop (perte de poids > 10% ou Alb preop < 30g/dL)
 - Corticothérapie préop
 - Maladie perforante
 - 3 – 29% de stomie temporaire
- Résultats à long terme
 - 60 – 70% de récurrence endoscopique à 1 an
 - 50% de récurrence chirurgicale à 10 ans
 - FDR récurrence
 - Tabac
 - MC perforante
 - ATCD de résection chirurgicale pour MC

Yamamoto et al, Dis Colon Rectum 2000, Alves et al, Dis Colon Rectum 2007, Rutgeerts et al, Gastroenterology 1990, Bernell et al, Ann Surg 2000, de Cruz Inflamm Bowel Dis 2012

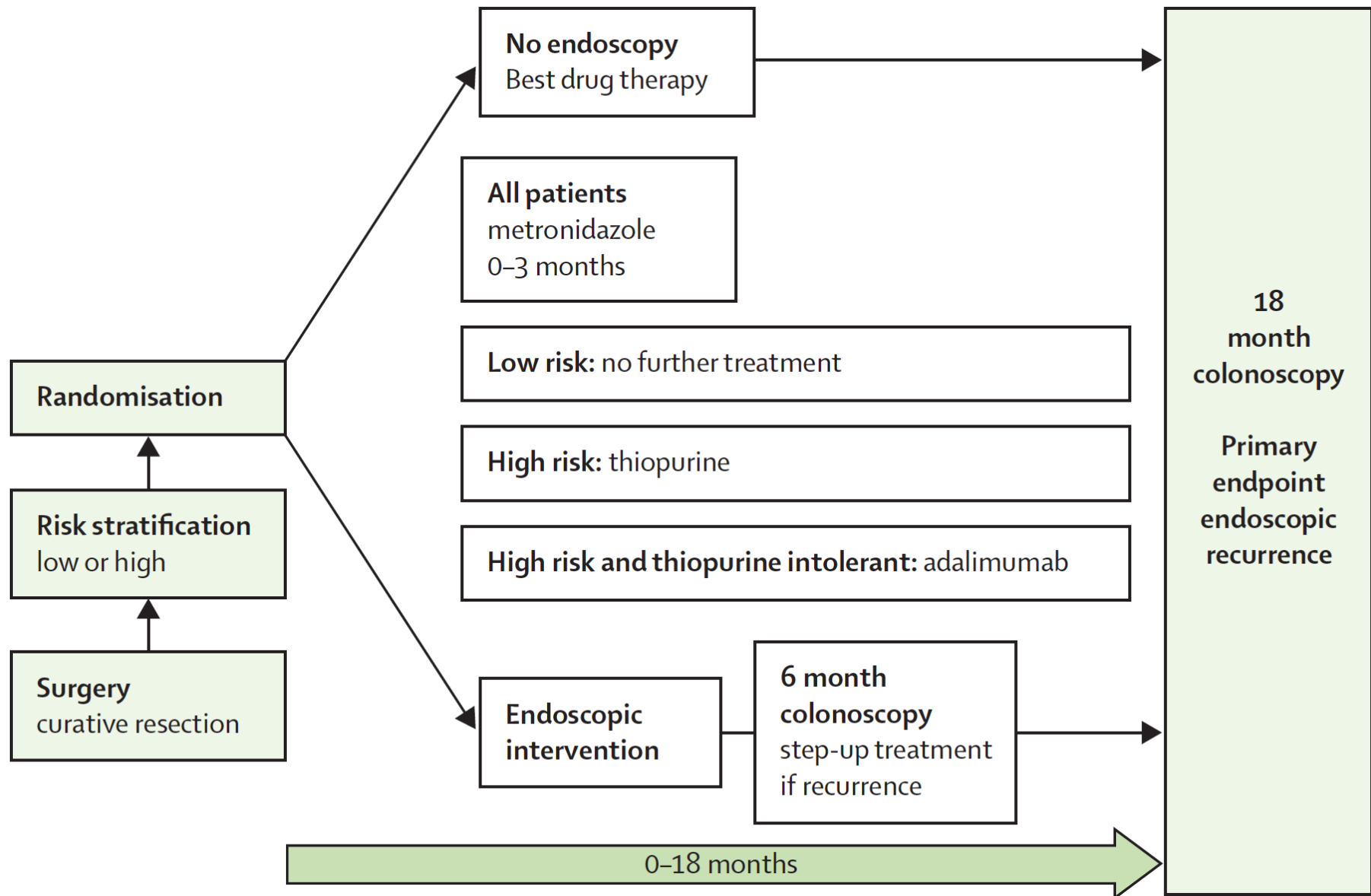
Résultats du traitement chirurgical

	N = 592
Mortalité postopératoire	0
Morbidité postopératoire globale	176 (30)
Morbidité septique intra abdominale	50 (8)
Complications severes (DINDO III-IV)	53 (9)
Reintervention	25 (4)

	Analyse multivariée		
	<i>p</i>	<i>HR</i>	<i>IC 95%</i>
MC récidivante	0.017	1.95	1.13 – 3.36
Hémoglobine < 10g/dL	0.017	4.77	1.32 – 17.35
Anti-TNF preop	0.011	1.99	1.17 – 3.39
Durée op > 180 min	0.0006	2.71	1.13 – 4.78

Résultats du traitement chirurgical

	Anastomose N = 465	Stomie N = 127	p
IMC < 18 kg/m ²	64 (14)	32 (25)	0.002
Perte de poids > 10%	101 (22)	48 (38)	<0.001
ASA > 2	17 (4)	15 (12)	<0.001
Type de MC			
- MC sténosante	309 (66)	34 (27)	<0.001
- MC inflammatoire	17 (4)	25 (20)	<0.001
- MC perforante	139 (30)	68 (54)	<0.001
Constations perop			
- Fistule interne	140 (30)	68 (54)	<0.001
- Abscès	61 (13)	45 (35)	<0.001
- MC > 50 cm	49 (11)	19 (15)	0.138
Chirurgie en urgence	17 (4)	40 (31)	<0.001

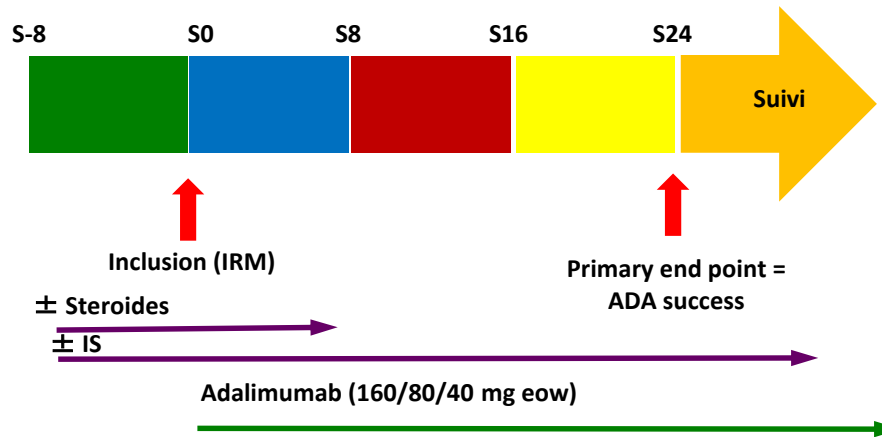


	Active care			Standard care			Overall p value active care vs standard care
	High risk (n=101)	Low risk (n=21)	All (n=122)	High risk (n=44)	Low risk (n=8)	All (n=52)	
Endoscopic score—remission and recurrence	..	..	..	..	..	..	0.03
Remission (i0–i1)	51 (51%)	11 (52%)	62 (51%)	13 (30%)	4 (50%)	17 (33%)	
Recurrence (i2–i4)	50 (50%)	10 (48%)	60 (49%)	31 (70%)	4 (50%)	35 (67%)	
Endoscopic score							
i0	25 (25%)	2 (10%)	27 (22%)	3 (7%)	1 (13%)	4 (7%)	0.03
i1	26 (26%)	9 (43%)	35 (29%)	10 (23%)	3 (38%)	13 (25%)	
i2	39 (39%)	7 (33%)	46 (38%)	25 (57%)	2 (25%)	27 (52%)	
i3 and i4	11 (11%)	3 (14%)	14 (12%)	6 (14%)	2 (25%)	8 (15%)	0.47
CDAI >150	..	..	..	..	..	..	0.30
≤150	59 (58%)	17 (81%)	76 (62%)	23 (52%)	5 (63%)	28 (54%)	
>150	42 (42%)	4 (19%)	46 (38%)	21 (48%)	3 (38%)	24 (46%)	
CDAI >200	..	..	..	..	..	..	0.08
≤200	71 (70%)	18 (86%)	89 (73%)	26 (59%)	5 (63%)	31 (60%)	
>200	30 (30%)	3 (14%)	33 (27%)	18 (41%)	3 (38%)	21 (40%)	
Symptom recurrence leading to study withdrawal	12 (12%)	1 (5%)	13 (11%)	8 (18%)	1 (13%)	9 (17%)	0.23

Data are n (%). CDAI=Crohn's Disease Activity Index.

Table 2: Endoscopic and clinical outcomes based on modified intention-to-treat analysis

Résultats des anti-TNF (adalimumab)



Inclusion: M de Crohn iléale sténosante symptomatique (n = 94)

Critère principal: absence d'échec ADA à S24

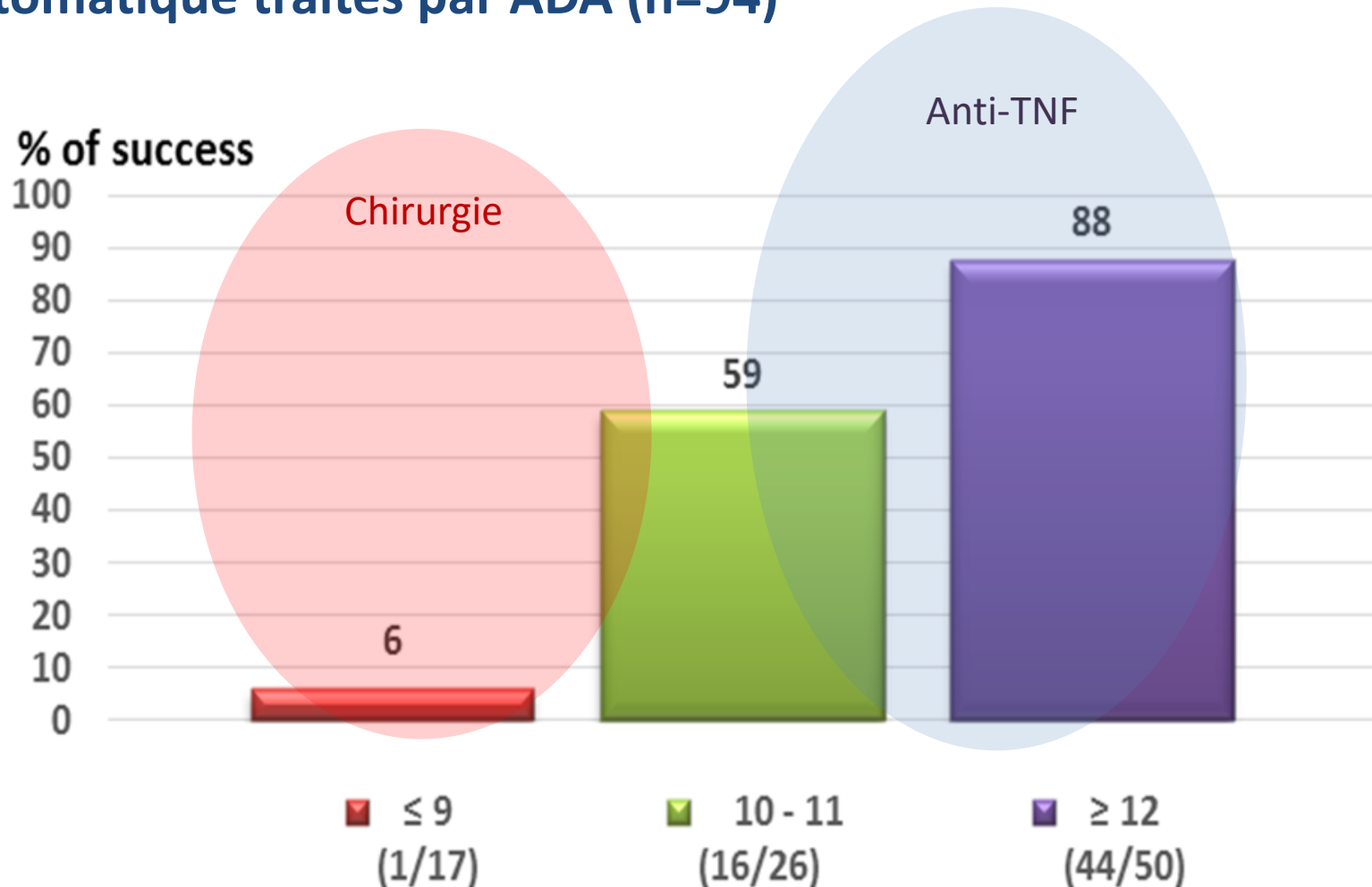
Échec

- Introduction de stéroïdes, nutrition artificielle ou anti-TNF au delà de S8
- Dilatation endoscopique
- Chirurgie
- EI sévère → arrêt de l'ADA
- Abandon de l'étude

Facteurs prédictifs de succès de l'ADA en cas de MC sténosante symptomatique

Variables	Odds ratio [intervalle de confiance 95%]	p	Nb de points
Traitement IS (+)	3,42 [1,01 – 11,57]	0.04	3
CDOS > 4	3,48 [0,97 – 12,46]	0.046	3
Durée des Σ < 5 sem	6 [1,23 – 29,17]	0.016	4
Longueur de la sténose < 12cm	6,04 [1,61 – 22,97]	0.0042	4
Diamètre proximal compris entre 18 et 29 mm	7,32 [1,92 – 27,85]	0.0013	4
Prise de contraste tardive, intense en T1	5,92 [1,63 – 21,50]	0.0034	4
Fistule (-)	4,72 [1,05 – 21,11]	0.035	3

Probabilité de succès à S24 chez les malades avec MC et sténose symptomatique traités par ADA (n=94)



Stratégie thérapeutique

- Les indications formelles du traitement chirurgical
 - Suspicion de sténose tumorale
 - Sténose compliquée de perforation et de péritonite
 - Occlusion complète avec souffrance intestinale
- En dehors de ce contexte, indications à discuter en unité de concertation pluridisciplinaire

Stratégie thérapeutique

Atteinte longue et/ou multifocale

FDR récidive présents

- Tabac
- MC récidivante
- MC perforante

Atteinte courte

FDR récidive absents

Facteurs prédictifs de réponse aux anti-TNF présents

- Σ récents
- Pas de fistule
- Prise de contraste tardive, intense en T1
- Dilatation d'amont modérée
- Combothérapie

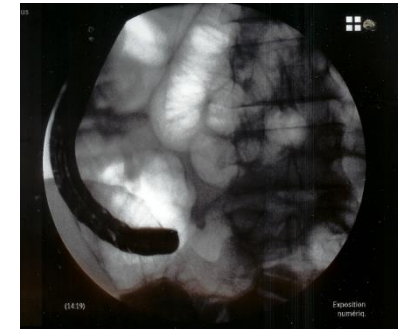
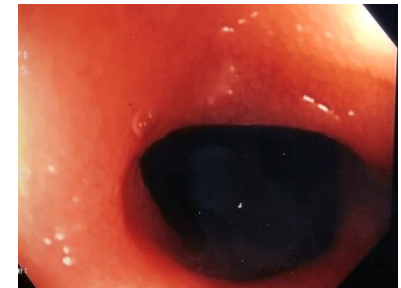
Facteurs prédictifs de réponse aux anti-TNF absents

- Σ anciens
- Fistule
- Absence de prise de contraste tardive, intense en T1
- Dilatation d'amont > 30mm

Traitement médical ← → *Traitement chirurgical*

La place du traitement endoscopique

- Plusieurs séries rétrospectives: faisabilité
 - Sténose iléale < 4-5 cm de longueur
 - sténose anastomotique chez malade déjà opéré
 - Pas de fistule
 - Pas de dysplasie
- Complications sévères: autour de 5%
- Aucune étude contrôlée, une étude comparative rétrospective
 - 39 dilatation endo vs 40 résection chirurgicale
 - Taux de complications sévères identiques (7,6 % vs 7,5 % ; $p = 0,7$)
 - Taux de réinterventions significativement plus élevé après un traitement endoscopique (OR = 5,62 [95 % IC = , 1,66-19,01] ; $p = 0,005$)



- LES POINTS FORTS

- L'atteinte iléale sténosante est une des formes les plus **fréquentes** de la maladie de Crohn.
- En cas de maladie de Crohn iléale sténosante, **un traitement médical par anti-TNF n'est pas contre indiqué et permet des taux de réponse de plus de 50 %**. Les données cliniques et l'entéro-IRM permettent de prédire les chances de succès et les risques d'échec de ce traitement.
- En cas de cas de **sténose localisée symptomatique, ancienne, peu inflammatoire, un traitement chirurgical** doit être discuté.
- La place respective de la dilatation endoscopique et des alternatives chirurgicales à la résection incluant la stricturoplastie est à définir.
- Chez les malades ayant une iléite sténosante, compte tenu de la variété des situations cliniques et des options thérapeutiques, **une discussion pluridisciplinaire est recommandée**.