



Traitement chirurgical de la maladie de Crohn

Recommandations ECCO

Laura Beyer-Berjot

Département de Chirurgie Viscérale et Digestive,
Hôpital Nord, Marseille, APHM, Aix-Marseille Université.

Liens d'intérêts

- L'orateur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.

Objectifs pédagogiques

Connaître les messages principaux des recommandations chirurgicales ECCO 2024

- Concernant les lésions ano-périnéales
 - Identifier les stades de LAP et leur pronostic
 - Adapter leur prise en charge médico-chirurgicale
- Concernant atteintes luminales
 - Connaître les indications chirurgicales
 - Adapter l'optimisation préopératoire dont la gestion des traitements médicaux
 - Connaître les grandes notions de technique chirurgicale
 - Adapter la prise en charge postopératoire (endoscopie, prévention de la récurrence)

ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment

Michel Adamina,^{a, ID} Silvia Minozzi,^{b, ID} Janindra Warusavitarnae,^{c, ID} Christianne Johanna Buskens,^{d, ID} Maria Chaparro,^{e, ID} Bram Verstockt,^{f, g, ID} Uri Kopylov,^{h, ID} Henit Yanai,^{ij, ID} Stephan R. Vavricka,^{k, ID} Rotem Sigall-Boneh,^{l, m, ID} Giuseppe S. Sica,^{m, n, ID} Catherine Reenaers,^{o, ID} Georgios Peros,^{p, ID} Konstantinos Papamichael,^{q, ID} Nurulamin Noor,^{r, ID} Gordon William Moran,^{s, t, ID} Christian Maaser,^{u, ID} Gaetano Luglio,^{v, ID} Paulo Gustavo Kotze,^{w, ID} Taku Kobayashi,^{x, ID} Konstantinos Karmiris,^{y, ID} Christina Kapizioni,^{aa, ID} Nusrat Iqbal,^{bb, ID} Marietta Iacucci,^{cc, ID} Stefan Holubar,^{dd, ID} Jurij Hanzel,^{ee, ff, ID} João Guedelha Sabino,^{gg, ID} Javier P. Gisbert,^{e, ID} Gionata Fiorino,^{hh, ID} Catarina Fidalgo,^{ii, ID} Pierre Ellu,^{jj, ID} Alaa El-Hussuna,^{kk, ID} Joline de Groof,^{ll, ID} Wladyslawa Czuber-Dochan,^{mm, ID} María José Casanova,^{e, ID} Johan Burisch,^{nn, oo, ID} Steven Ross Brown,^{pp, ID} Gabriele Bislenghi,^{qq, ID} Dominik Bettenworth,^{rr, ID} Robert Battat,^{ss, ID} Raja Atreya,^{tt, ID} Mariangela Allocca,^{uu, ID} Manasi Agrawal,^{vv, ww, ID} Tim Raine,^{xx, ID} Hannah Gordon,^{yy, ID} Pär Myrelid,^{zz, ID}



European
Crohn's and Colitis
Organisation



Journal of Crohn's and Colitis, 2024, 18, 1556–1582

Lésions ano-périnéales



European
Crohn's and Colitis
Organisation

Traitement initial commun

- ⇒ Ne traiter que les **lésions symptomatiques** +++
- ⇒ Identifier & **drainer les abcès**

Les antibiotiques ne sont pas recommandés en monothérapie pour les fistules périnéales complexes (NP4).

Lésions ano-périnéales



Traitement initial commun

⇒ Ne traiter que les lésions symptomatiques +++

⇒ Identifier & drainer les abcès

Les antibiotiques ne sont pas recommandés en monothérapie pour les fistules périnéales complexes (NP4).

Ciprofloxacin or Metronidazole for the Treatment of Perianal Fistulas in Patients with Crohn's Disease: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study

Kelvin T. Thia, MBBS, Uma Mahadevan, MD,† Brian G. Feagan, MD,* Cindy Wong, MSc,* Alan Cockeram, MD,‡ Alain Bitton, MD,‡ Charles N. Bernstein, MD,‡ and William J. Sandborn, MD**

TABLE 2. Proportions of Remission, Remission Maintenance, and Improvement in the 3 Treatment Groups

	Ciprofloxacin (n=10)	Metronidazole (n=7)	Placebo (n=8)	P-value
Remission				
Week 2	2 (20)	0 (0)	2 (25)	0.51
Week 6	1 (10)	1 (14.3)	3 (37.5)	0.46
Week 10	3 (30)	0 (0)	1 (12.5)	0.41
Remission maintenance				
Week 6	1 (10)	0 (0)	2 (25.0)	0.46
Week 10	1 (10)	0 (0)	1 (12.5)	0.99
Clinical improvement				
Week 2	5 (50)	1 (14.3)	2 (25.0)	0.32
Week 6	4 (40)	2 (28.6)	4 (50.0)	0.87
Week 10	4 (40)	1 (14.3)	1 (12.5)	0.43

Data expressed as number (percent).

Inflamm Bowel Dis • Volume 15, Number 1, January 2009

Lésions ano-périnéales



European
Crohn's and Colitis
Organisation

Traitement initial commun

- ⇒ Ne traiter que les **lésions symptomatiques** +++
- ⇒ Identifier & **drainer les abcès**

Les antibiotiques ne sont pas recommandés en monothérapie pour les fistules périnéales complexes (NP4).

- ⇒ Drainer **tous les trajets** fistuleux (sétons)

- Séton « lâche »

L'abaissement de séton serré n'est pas recommandé du fait du risque d'incontinence (NP5).

- Permet un traitement optimal (anti-TNF)



Traitement immuno-modulateur

Les agents anti-TNF (infiximab, adalimumab) sont recommandés pour l'induction et le maintien de la rémission (infiximab NP2, adalimumab NP3).



Cochrane Library

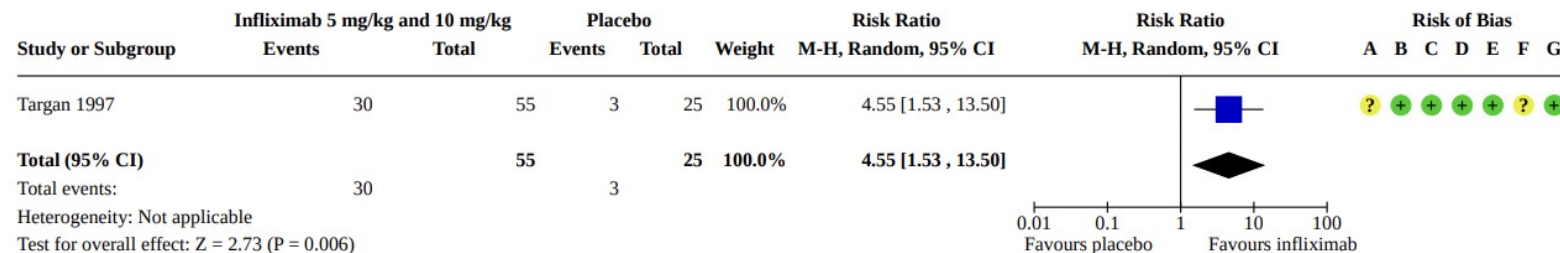
Cochrane Database of Systematic Reviews

Infiximab for medical induction of remission in Crohn's disease (Review)

2023

Gordon M, Sinopoulou V, Akobeng AK, Radford SJ, Eldragini M, Darie AM, Moran GW

Analysis 1.1. Comparison 1: Infiximab 5–10 mg/kg versus placebo, Outcome 1: Clinical remission defined as CDAI < 150 by week 4



Traitement immuno-modulateur

Les agents anti-TNF (infliximab, adalimumab) sont recommandés pour l'induction et le maintien de la rémission (infliximab NP2, adalimumab NP3).



Cochrane Library

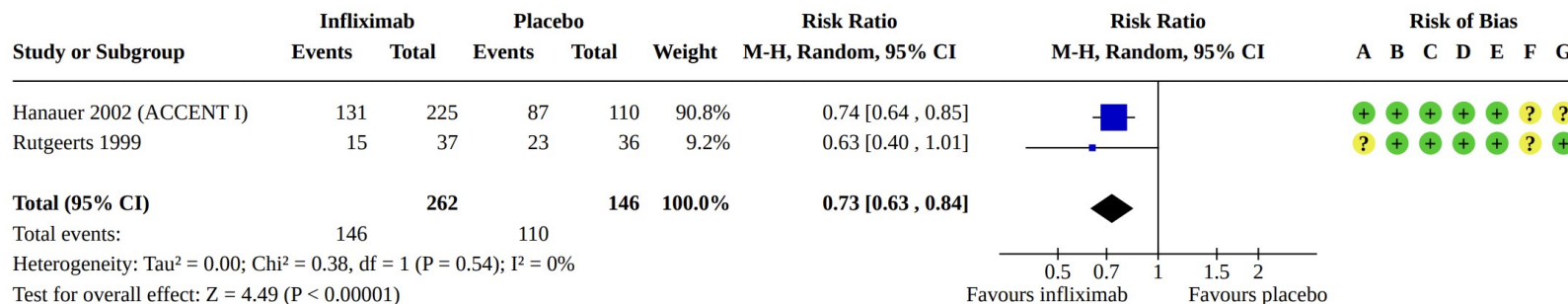
Cochrane Database of Systematic Reviews

Infliximab for maintenance of medically-induced remission in Crohn's disease (Review)

2024

Gordon M, Sinopoulou V, Akobeng AK, Sarian A, Moran GW

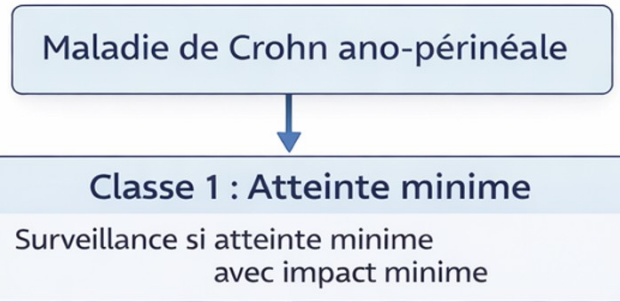
Analysis 1.1. Comparison 1: Infliximab vs placebo (mixed disease activity population with clinical response at baseline), Outcome 1: Clinical relapse



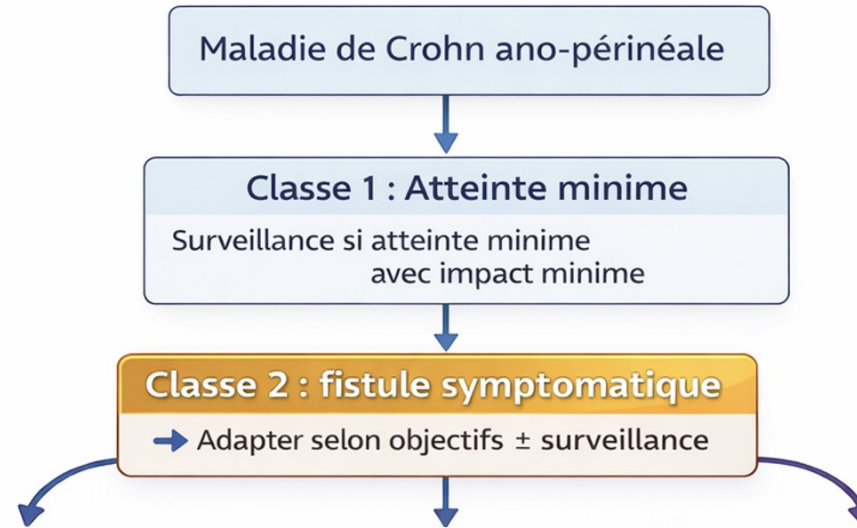
Lésions ano-périnéales



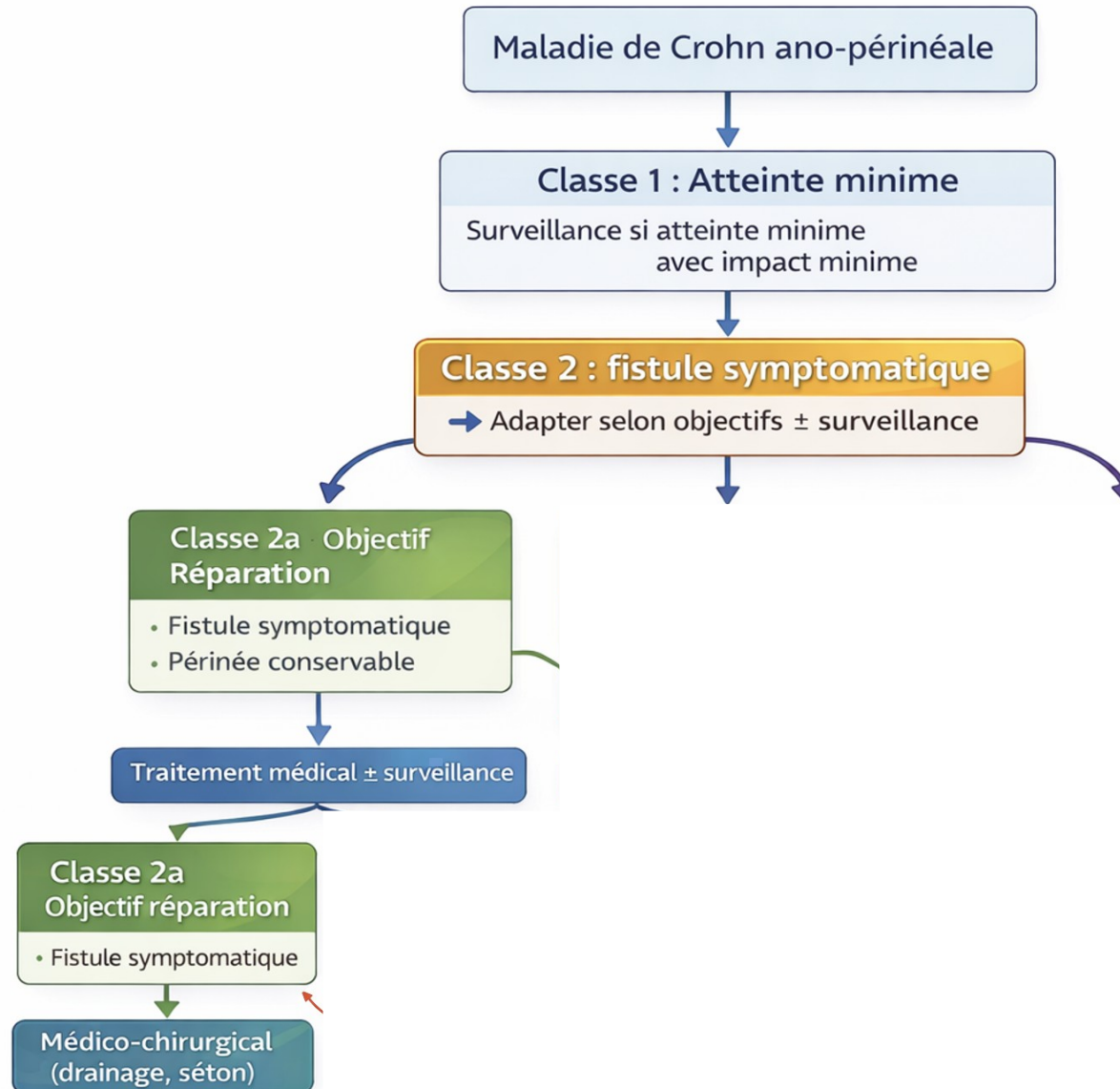
European
Crohn's and Colitis
Organisation



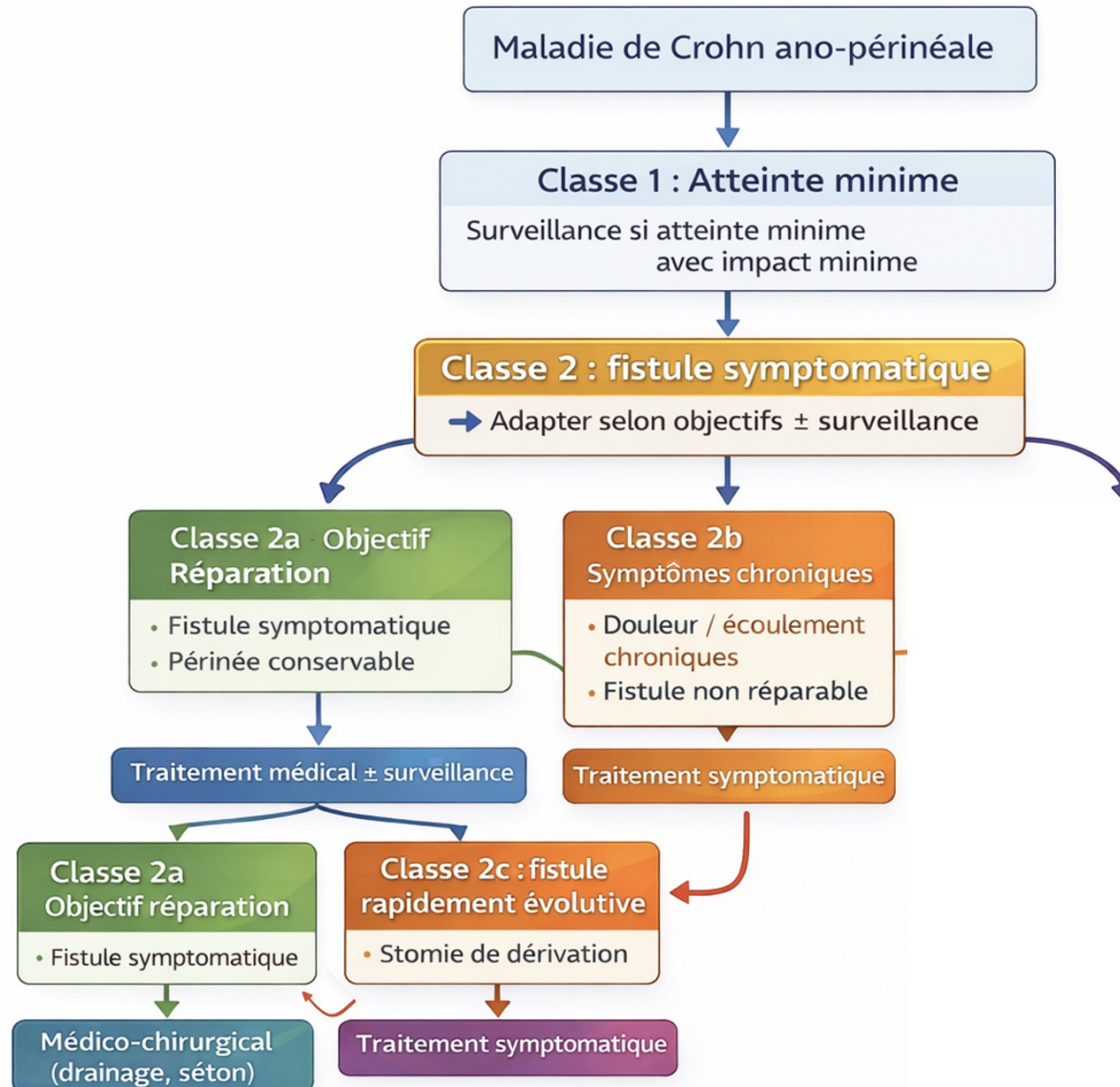
Lésions ano-périnéales



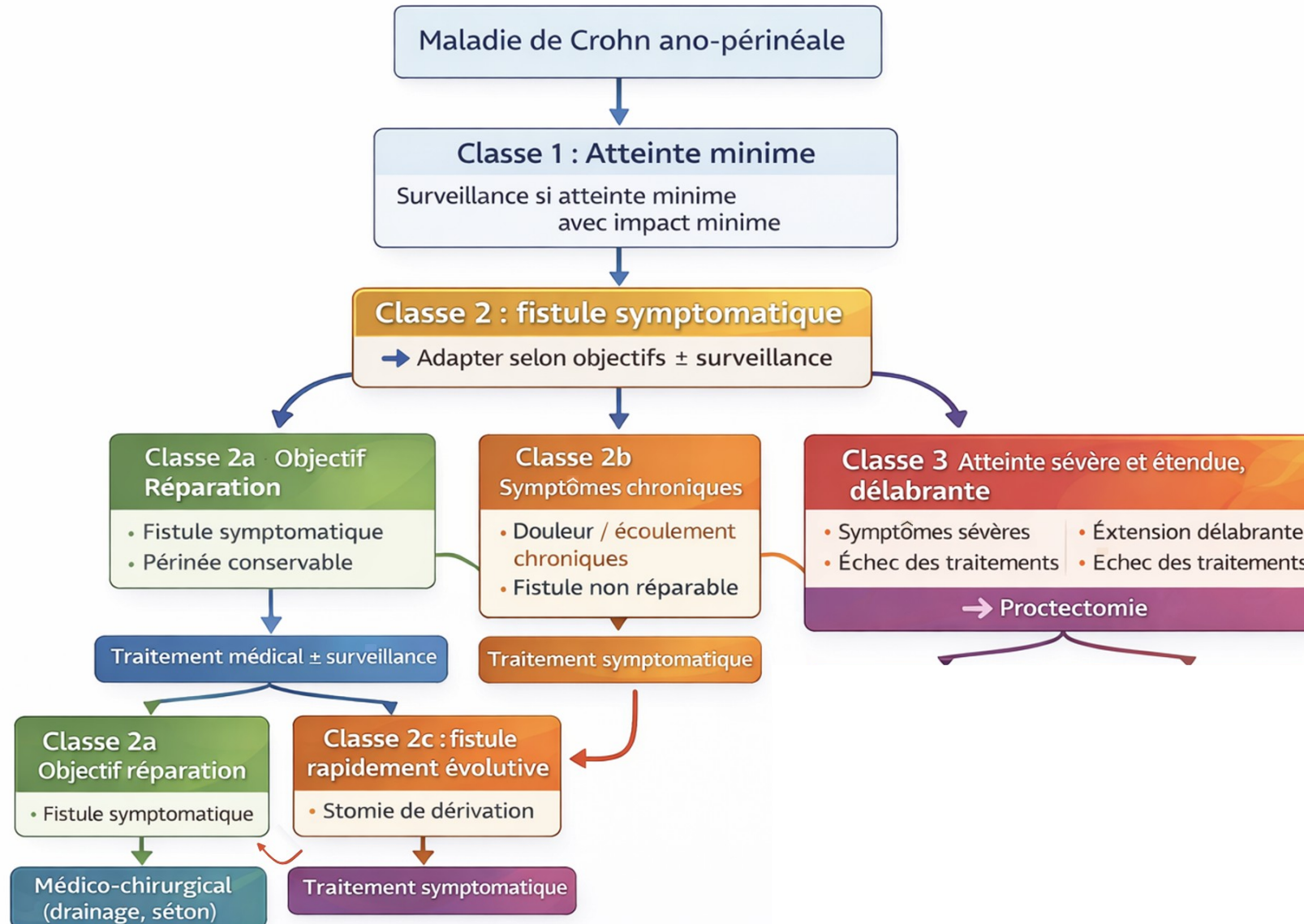
Lésions ano-périnéales



Lésions ano-périnéales



Lésions ano-périnéales



Lésions ano-périnéales





Classe 2a Objectif Réparation

- Fistule symptomatique
- Périnée conservable

Traitement médical ± surveillance

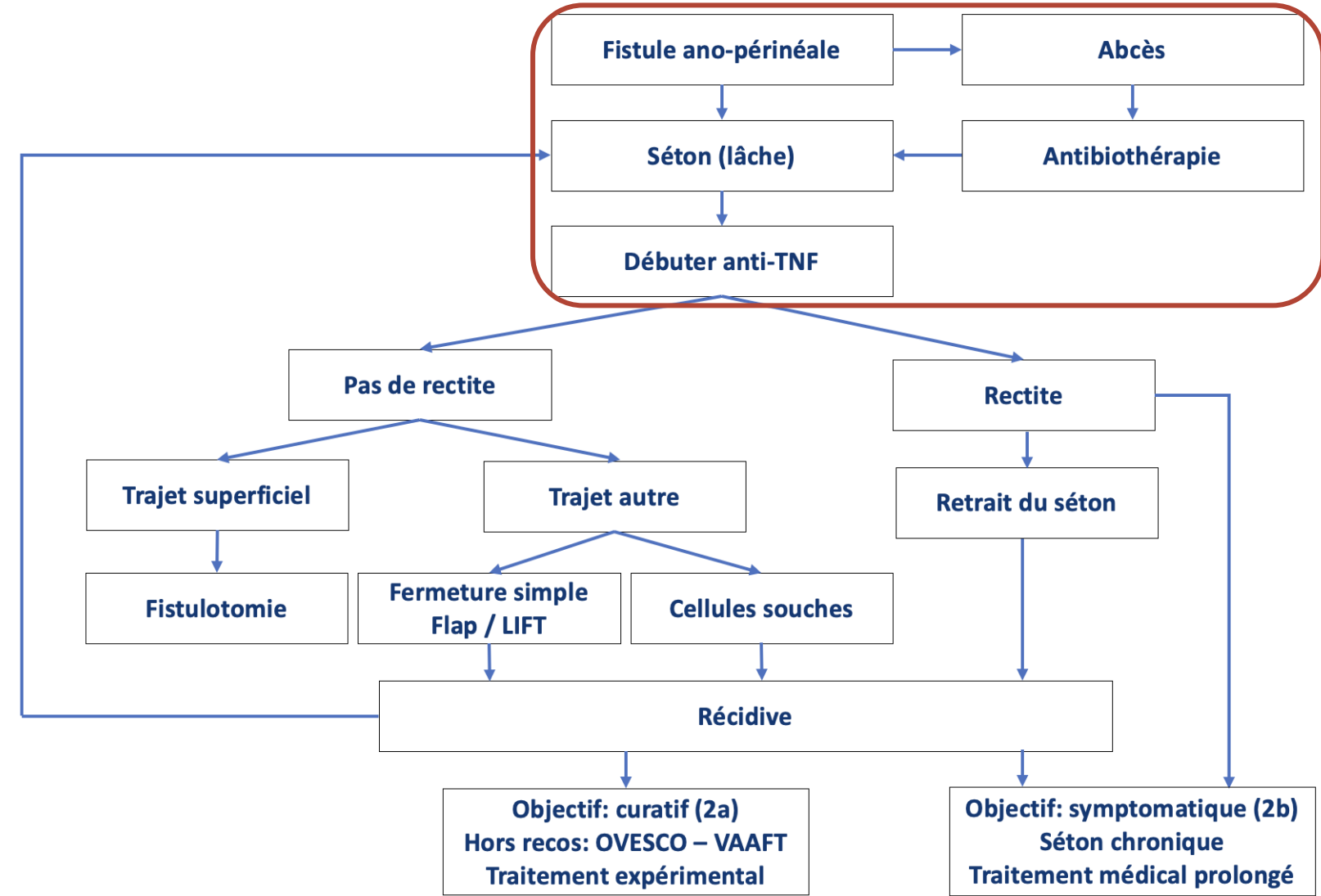
Classe 2a Objectif réparation

- Fistule symptomatique

Médico-chirurgical (drainage, séton)



European Crohn's and Colitis Organisation





Classe 2a Objectif Réparation

- Fistule symptomatique
- Périnée conservable

Traitement médical ± surveillance

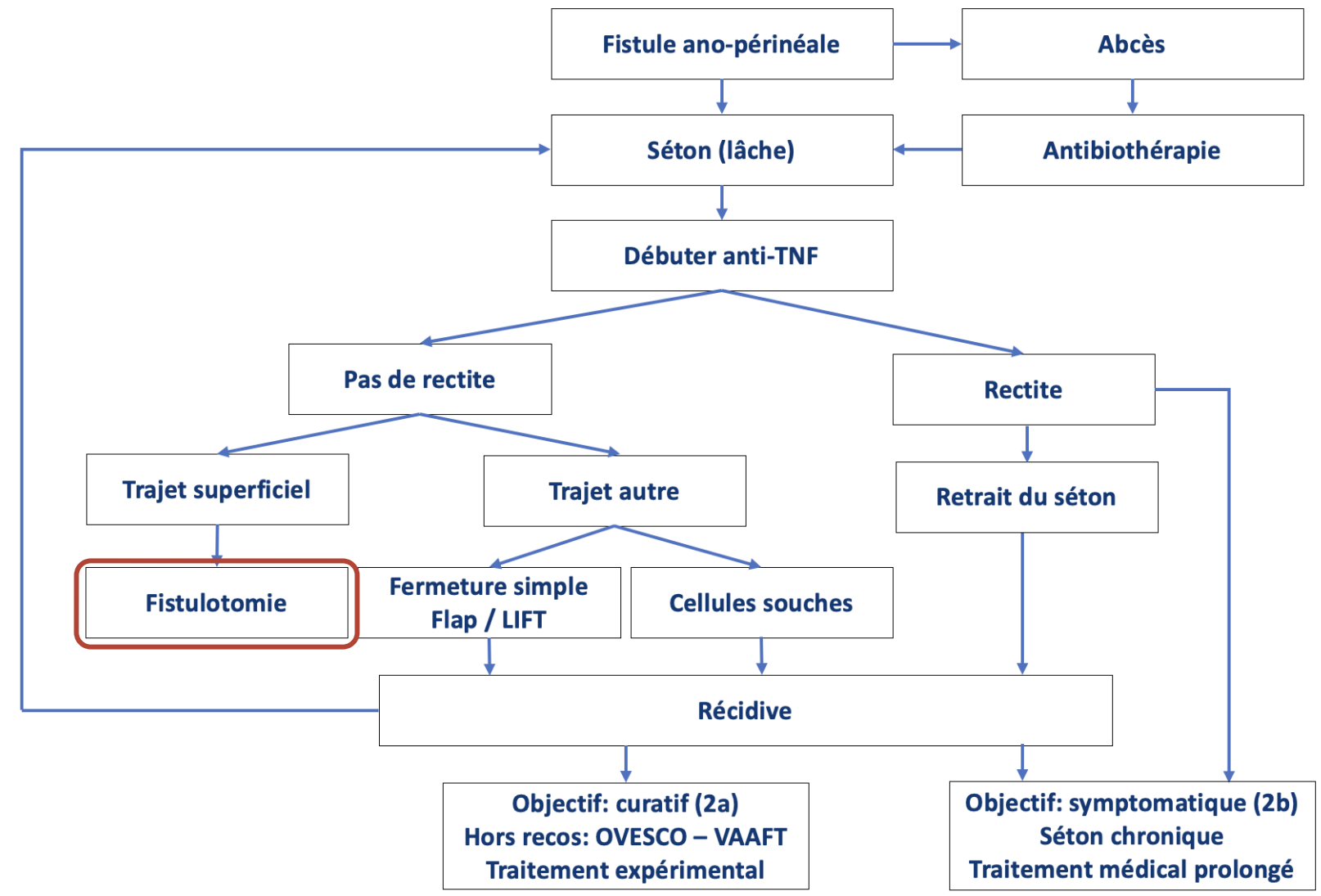
Classe 2a Objectif réparation

- Fistule symptomatique

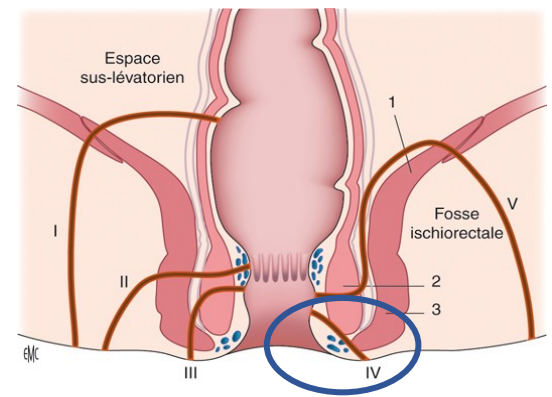
Médico-chirurgical (drainage, séton)



European Crohn's and Colitis Organisation



La fistulotomie est à réserver aux trajets simples et superficiels ou intersphinctériens bas n'impliquant donc pas le sphincter externe (NP4).





Classe 2a Objectif Réparation

- Fistule symptomatique
- Périnée conservable

Traitement médical ± surveillance

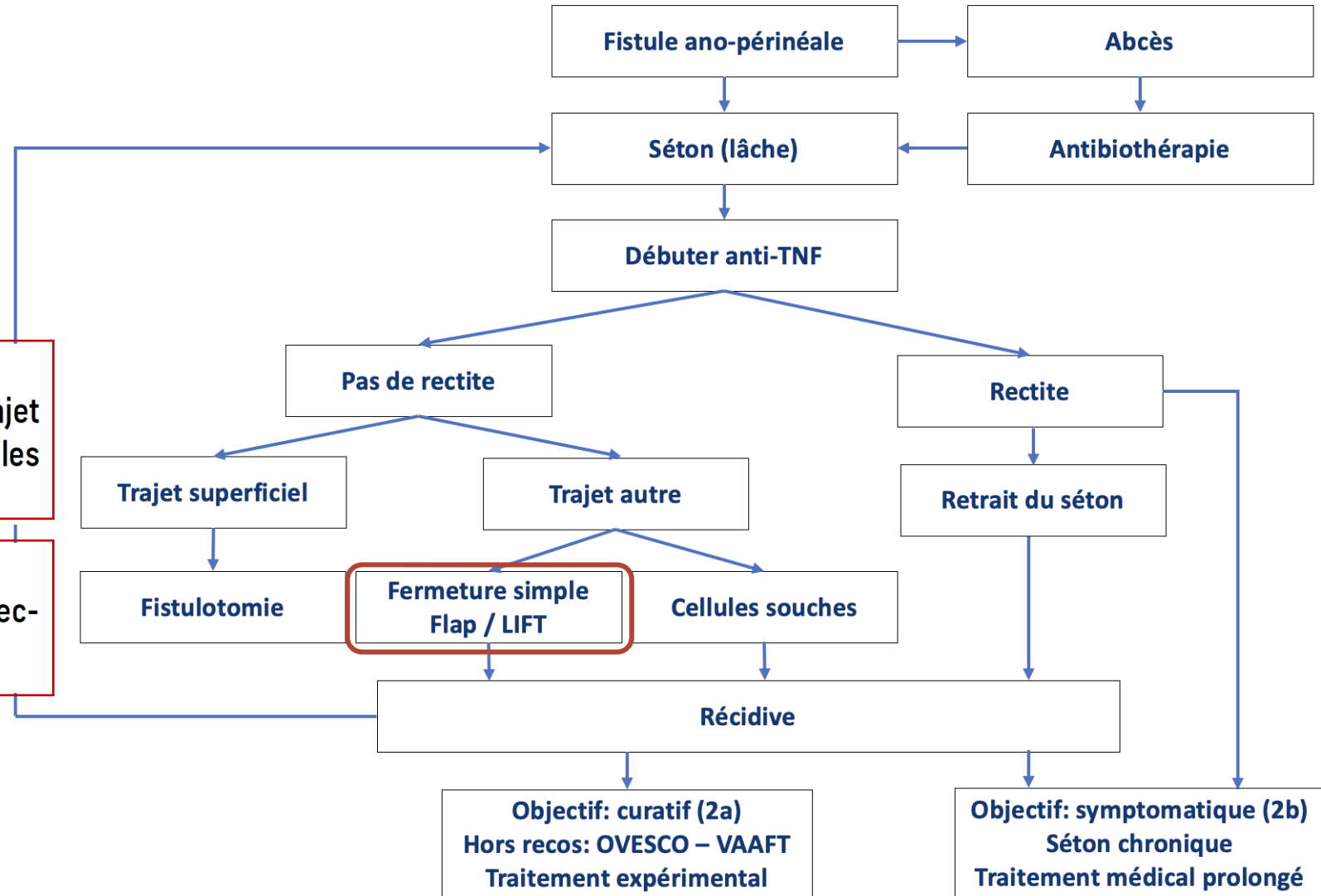
Classe 2a Objectif réparation

- Fistule symptomatique

Médoco-chirurgical (drainage, séton)

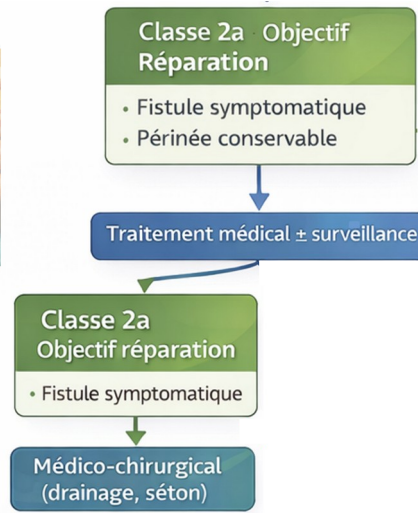


European Crohn's and Colitis Organisation



Il est recommandé d'associer au traitement médical par immuno-modulateur une fermeture du trajet fistuleux afin d'améliorer le taux de fermeture des fistules ano-périnéales à long terme (NP3).

La ligature du trajet intersphinctérien (LIFT) et le lambeau d'avancement sont proposés dans des cas sélectionnés de fistules complexes (NP4).



Succès Radio 30 %
Succès Clinique 60%

Fermeture simple



Short-term anti-TNF therapy with surgical closure versus anti-TNF therapy in the treatment of perianal fistulas in Crohn's disease (PISA-II): a patient preference randomised trial

Elise M Meima-van Praag, Kyra L van Rijn, Karin A T G M Wasmann, Harmanna J Snijder, Jaap Stoker, Geert R D'Haens, Krisztina B Gecse, Michael F Gerhards, Jeroen M Jansen, Marcel G W Dijkgraaf, Jarmila D W van der Bilt, Marco W Mundt, Antonino Spinelli, Silvio Danese, Willem A Bemelman, Christianne J Buskens

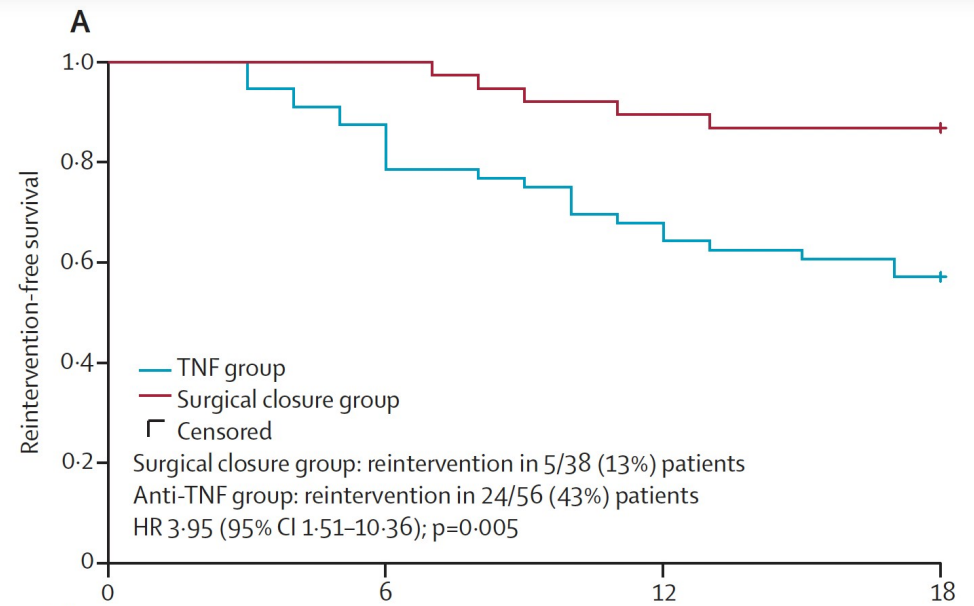
Orifice interne unique

Essai randomisé

Curetage / lavage / fermeture

Fermeture orifice interne à **4 mois** vs anti-TNF seuls

Cicatrisation IRM / 18 mois 32% vs. 9%



	0	6	12	18
Number at risk				
Surgical closure group	38	38	34	33
Anti-TNF group	56	49	38	32



Classe 2a Objectif Réparation

- Fistule symptomatique
- Périnée conservable

Traitement médical ± surveillance

Classe 2a Objectif réparation

- Fistule symptomatique

Médico-chirurgical (drainage, sétou)

Succès clinique 60 %

Flap

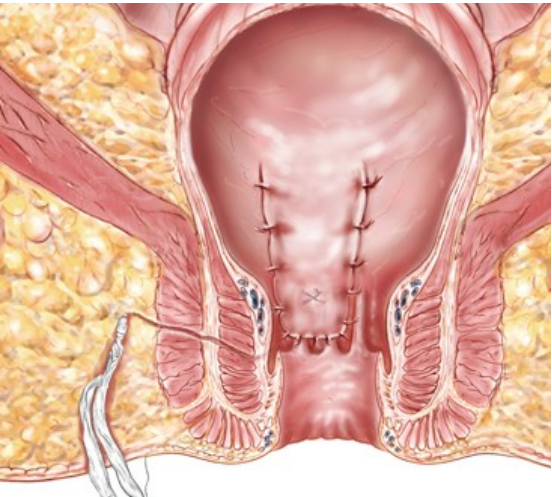
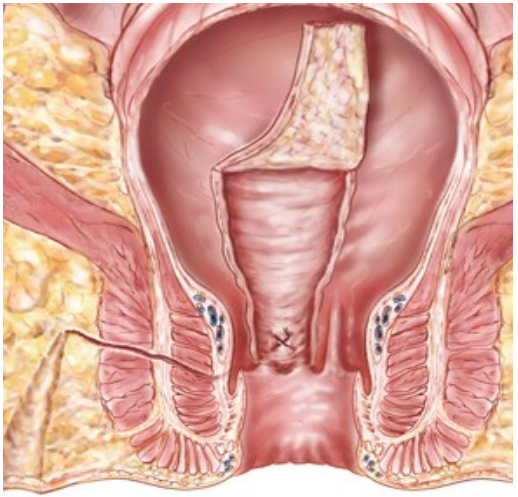


European Crohn's and Colitis Organisation

Advancement Flap Repair: A Good Option for Complex Anorectal Fistulas

Awad Jarrar, M.D. • James Church, M.B.Ch.B.

Department of Colorectal Surgery, Digestive Diseases Institute, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio



Healed, 1st flap	13/19 (68%)
Healed, 2nd flap	4/6
Healed, 3rd flap	1/1
Overall healing	17/19 (89%)
Diverted	1
Unhealed	1

Dis Colon Rectum 2011; 54: 1537–1541



Classe 2a Objectif Réparation

- Fistule symptomatique
- Périnée conservable

Traitement médical ± surveillance

Classe 2a Objectif réparation

- Fistule symptomatique

Médico-chirurgical (drainage, sétou)

Succès clinique 60 %

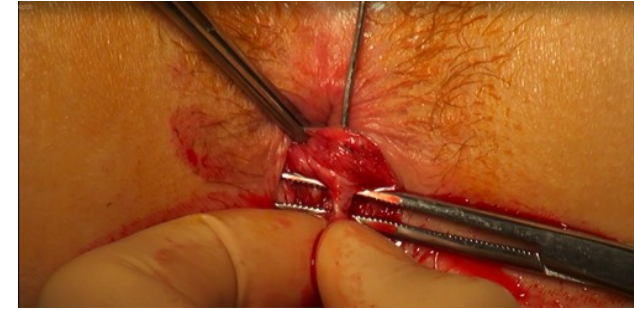
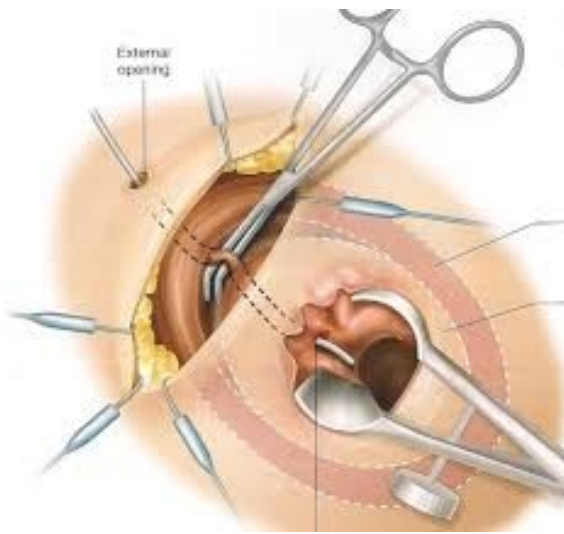
LIFT



European Crohn's and Colitis Organisation

Surgery for anal fistulae: state of the art
Mario Pescatori¹

Succès 60% **MAIS**
Dissection inter-sphinctérienne
Incontinence → 20%



Photographies Pr E Cotte



Classe 2a Objectif Réparation

- Fistule symptomatique
- Périnée conservable

Traitement médical ± surveillance

Classe 2a Objectif réparation

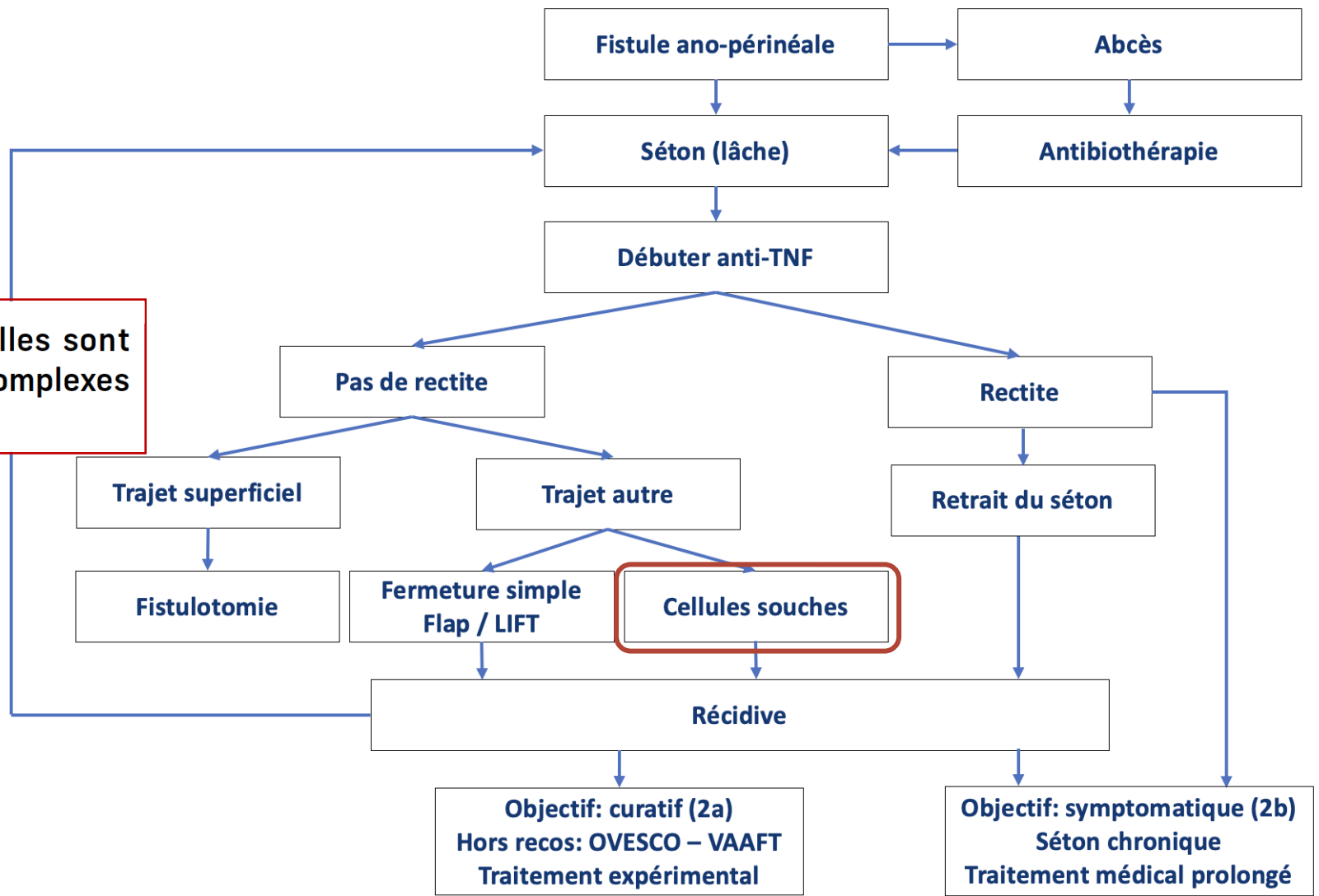
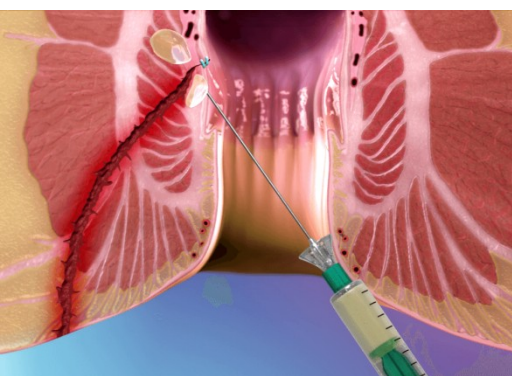
- Fistule symptomatique

Médico-chirurgical (drainage, séton)



European Crohn's and Colitis Organisation

Concernant les cellules souches autologues, elles sont recommandées comme option dans les fistules complexes (NP4).





Classe 2a Objectif Réparation

- Fistule symptomatique
- Périnée conservable

Traitement médical ± surveillance

Classe 2a Objectif réparation

- Fistule symptomatique

Médico-chirurgical (drainage, sétou)

Succès radio 70%?

Cellules souches



European Crohn's and Colitis Organisation

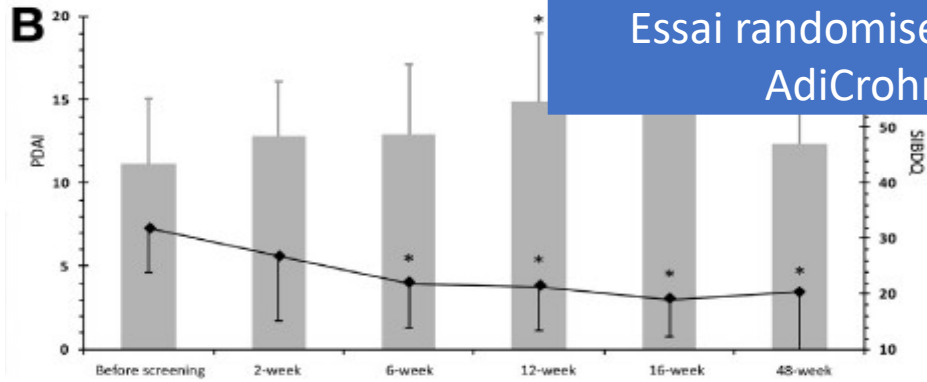
Auto-géniques

Allogéniques

Long-term Safety and Efficacy of Local Microinjection Combining Autologous Microfat and Adipose-Derived Stromal Vascular Fraction for the Treatment of Refractory Perianal Fistula in Crohn's Disease

Mélanie Serrero,^{1,2} Fanny Grimaud,³ Cécile Philandrianos,⁴ Carine Visée,⁵ Florence Sabatier,^{3,6} and Jean-Charles Grimaud^{1,2}

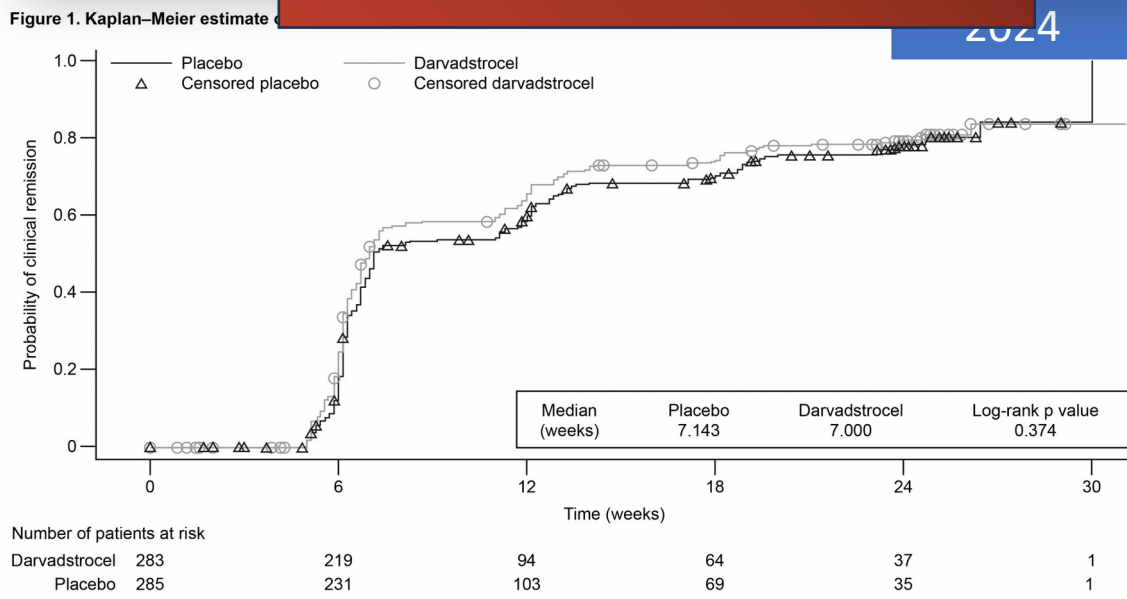
Gastroenterology 2019;156:2335–2337



Efficacité 70%
Essai randomisé en cours
AdiCrohn 2

OP18
Efficacy and safety of darvadstrocel in Crohn's Disease: results from the phase 3 OP18 study
Z. Serclova¹, D. Garcia-Olmo², S. ...
P. Nazarey¹², E. Wright¹³, L. Raffaelli¹⁴, J. ...
McKay¹¹, ...

Retiré du marché UE



p value is based on a stratified log-rank test adjusting for IWRS randomization stratification factors. IWRS, interactive web response system.



Classe 2a Objectif Réparation

- Fistule symptomatique
- Périnée conservable

Traitement médical ± surveillance

Classe 2a Objectif réparation

- Fistule symptomatique

Médico-chirurgical (drainage, sétou)



Cellules souches



European Crohn's and Colitis Organisation





Classe 2a Objectif Réparation

- Fistule symptomatique
- Périnée conservable

Traitement médical ± surveillance

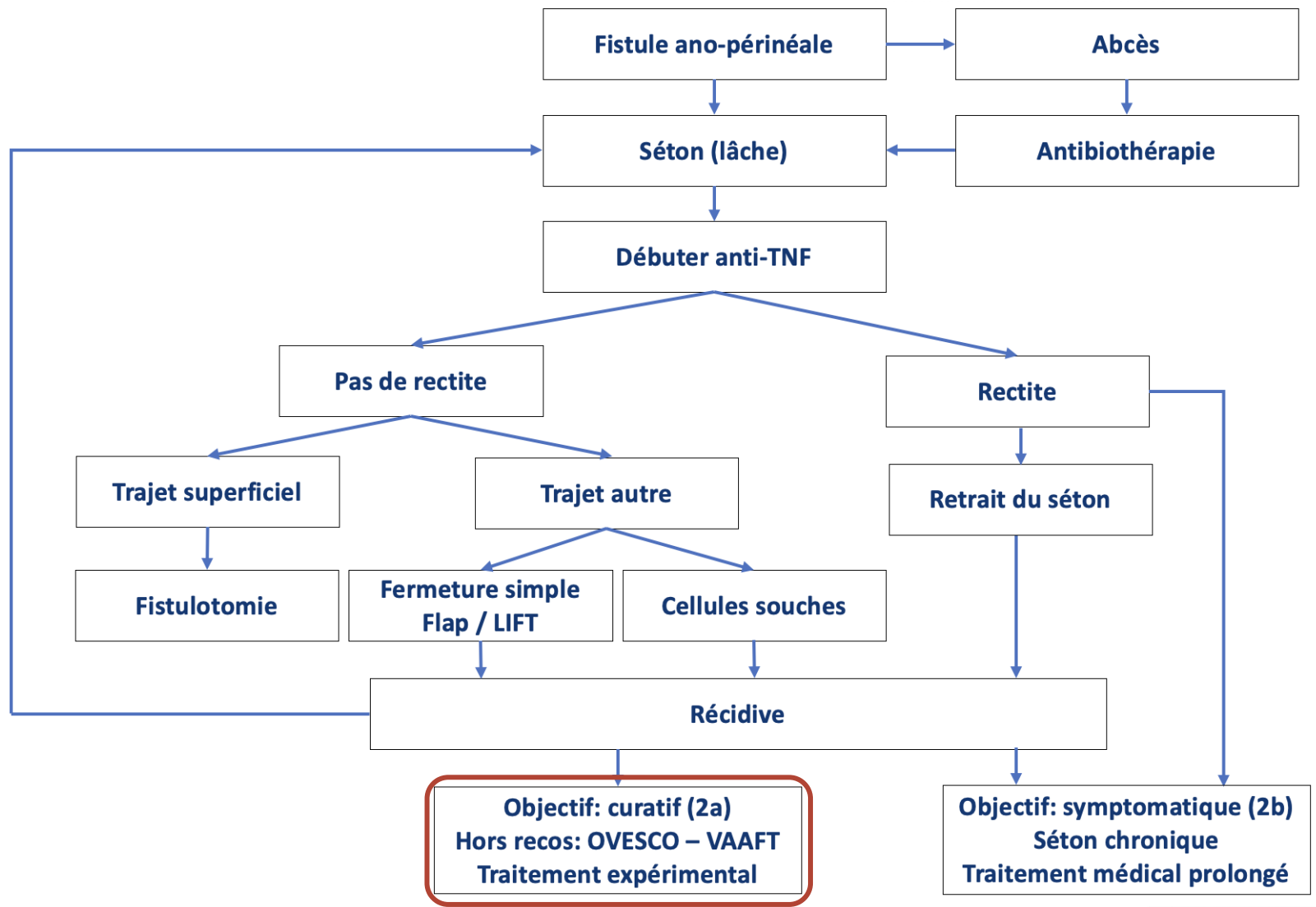
Classe 2a Objectif réparation

- Fistule symptomatique

Médico-chirurgical (drainage, séton)

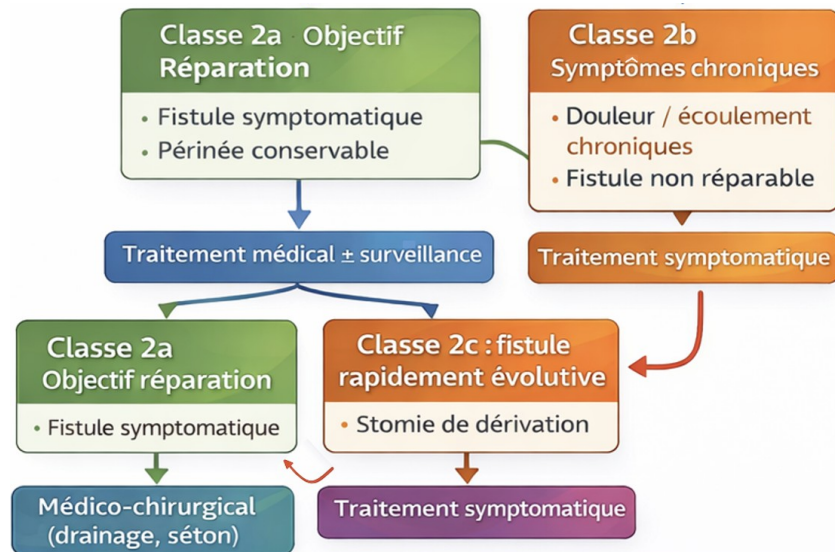
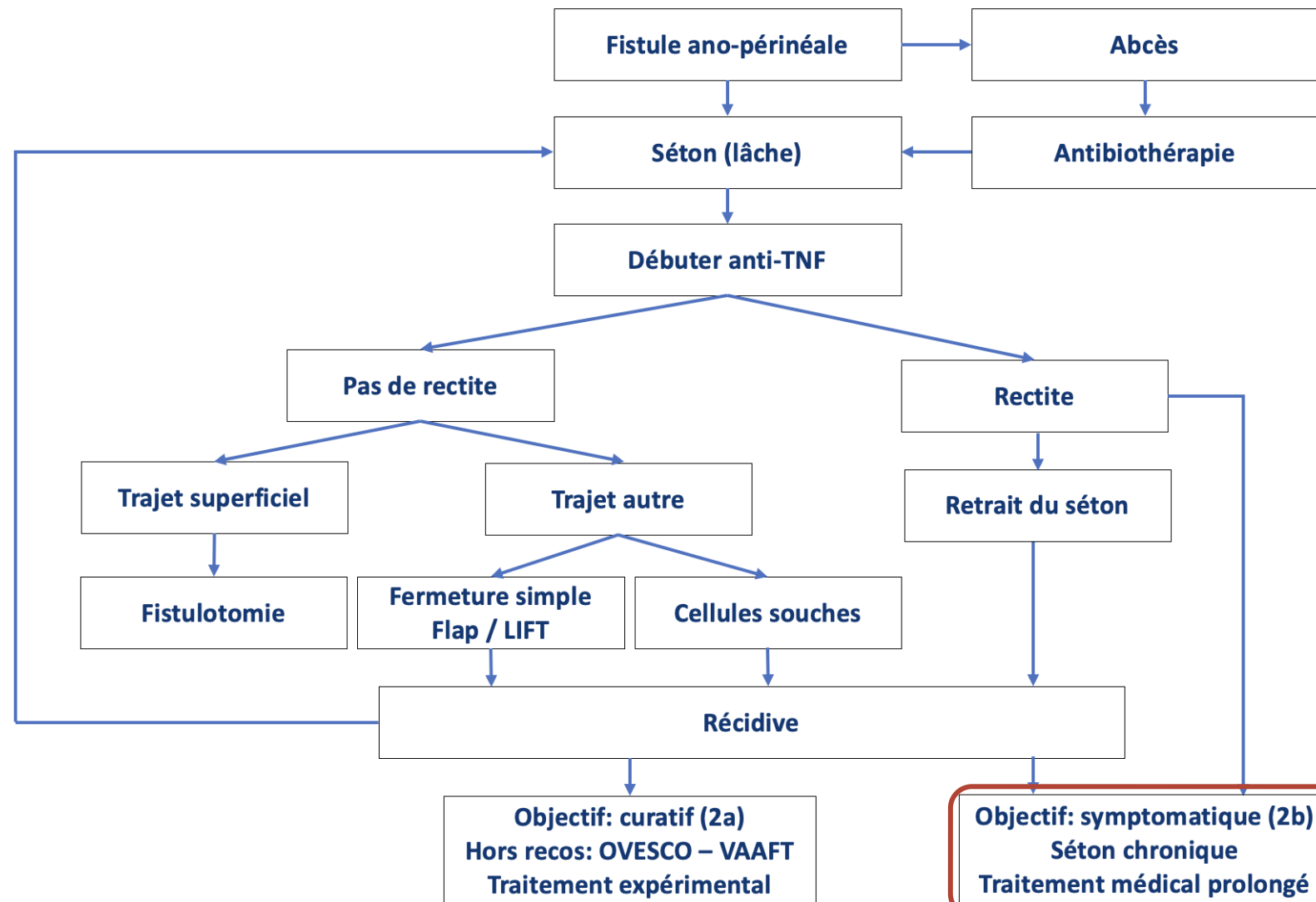


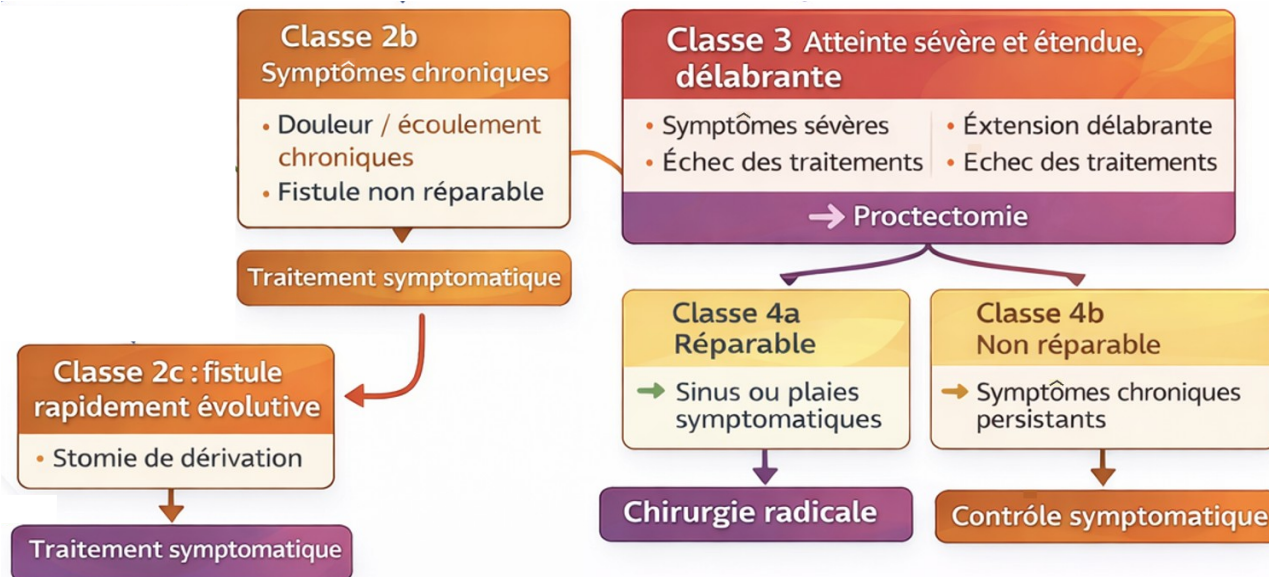
European Crohn's and Colitis Organisation





European Crohn's and Colitis Organisation





Intersphincteric proctectomy with end-colostomy for anorectal Crohn's disease results in early and severe proximal colonic recurrence

Anthony de Buck van Overstraeten^{a,*}, Albert M. Wolthuis^a, Séverine Vermeire^b, Gert Van Assche^b, Paul Rutgeerts^b, Freddy Penninckx^a, André D'Hoore^a

Dans les formes rapidement évolutives, en échec des traitements conservateurs, une stomie de dérivation (iléostomie ou colostomie) est indiquée (NP4).

Enfin, concernant les formes étendues et délabrantes, non améliorées par la stomie de dérivation, une proctectomie est proposée (NP4).



Journal of Crohn's and Colitis (2013) 7, e227–e231

Définir le bon moment pour la chirurgie

Faire le bilan

Préparer les malades

- Contrôle sepsis / inflammation
- Optimisation nutritionnelle

Anticiper

- Insuffisance surrénalienne postopératoire
- Biothérapie postopératoire

il est recommandé que les patients atteints de MC soient opérés dans des centres à haut volume (NP3),

Optimisation préopératoire



Généralités

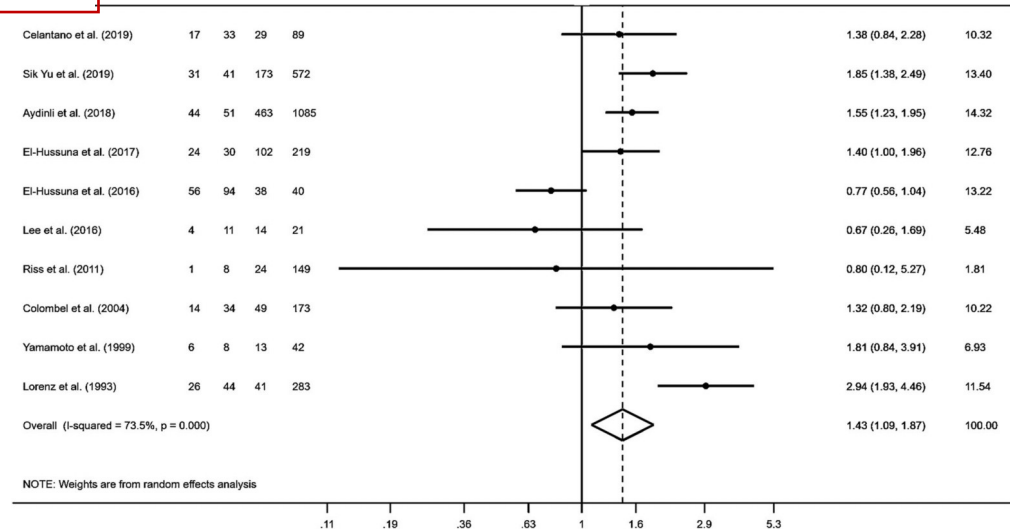
La chirurgie électorale doit être privilégiée face à la chirurgie en urgence afin de réduire la morbidité postopératoire et le taux de stomie (NP2).



A systemic review and metaanalysis of postoperative outcomes in urgent and elective bowel resection in patients with Crohn's disease

Linnea Samsø Udholm¹ • Simon Ladefoged Rasmussen¹ • Thyge K. Madsbøll¹ • Mohammed Omairi² • Alaa El-Hussuna¹

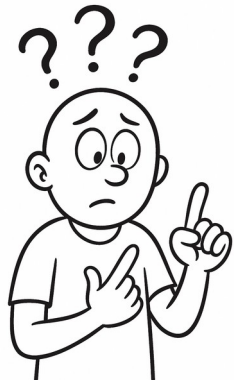
Ne pas opérer en urgence +++



Morbidité postop

Généralités

Après optimisation préopératoire, l'indication du type de chirurgie doit être réévaluée, notamment l'indication de stomie temporaire et la longueur de résection (NP3).



Bilan préopératoire

Iléo-coloscopie

Entéro-IRM (entéro-scanner)

Après optimisation, refaire entéro-IRM +++

Optimisation préopératoire



Nutrition

Preoperative oral polymeric diet enriched with transforming growth factor-beta 2 (Modulen) could decrease postoperative morbidity after surgery for complicated ileocolonic Crohn's disease

Nathan Beupel^a, Antoine Brouquet^a, Solafah Abdalla^a, Franck Carbonnel^b, Christophe Penna^a and Stéphane Benoist^a

	Population (N = 56)	without ANS-TGF-β2 (N = 21)	with ANS-TGF-β2 (N = 35)	p ^a
Temporary defunctioning ileocolostomy	4 (7.1)	0	4 (11.4)	.286
Stapled/hand sewn anastomosis	24 (42.9)/28 (50)	8 (38.1)/13 (61.9)	16 (45.7)/15 (42.9)	.112
Associated procedures	12 (21.4)	3 (14.3)	9 (25.7)	.503
Overall postoperative morbidity	13 (23.2)	5 (23.8)	8 (22.9)	1.000
Infectious abdominal complications	10 (17.9)	5 (23.8)	5 (14.3)	.476
Anastomotic leakage	1 (1.8)	0	1 (2.8)	1.000
Postoperative abscess	7 (12.5)	3 (14.3)	4 (11.4)	1.000
Wound infection	2 (3.6)	2 (9.5)	0	.136
Severe complications (grade III-IV)	4 (7.1)	2 (9.5)	2 (5.7)	.625
Reoperation	3 (5.4)	2 (9.5)	1 (2.8)	.549
Ileocolostomy and/or complications	16 (28.6)	5 (23.8)	11 (31.4)	.761
Mean length of stay ± SD	7.76 ± 4.12	8.29 ± 6.19	7.46 ± 2.17	.222

une évaluation nutritionnelle préopératoire par des diététiciens spécialisés est recommandée (NP2) et une optimisation par nutrition entérale est la stratégie optimale dans ce contexte (NP3).

The role of exclusive enteral nutrition in the pre-operative optimisation of adult patients with Crohn's disease. A systematic review

Gordon-Dixon, A, Gore-Rodney, J, Hampal, R, Ross, R, Miah, A, Adegboye, ARA & Grimes, CE

Author post-print (accepted) deposited by Coventry University's Repository

Population « à risque »:

Formes sténosantes, perforantes, corticothérapie, dénutrition

Beupel, et al. Scand J Gastroenterol 2017.
Gordon-Dixon, et al. ESPEN Clin Nutr 2021.

Optimisation préopératoire

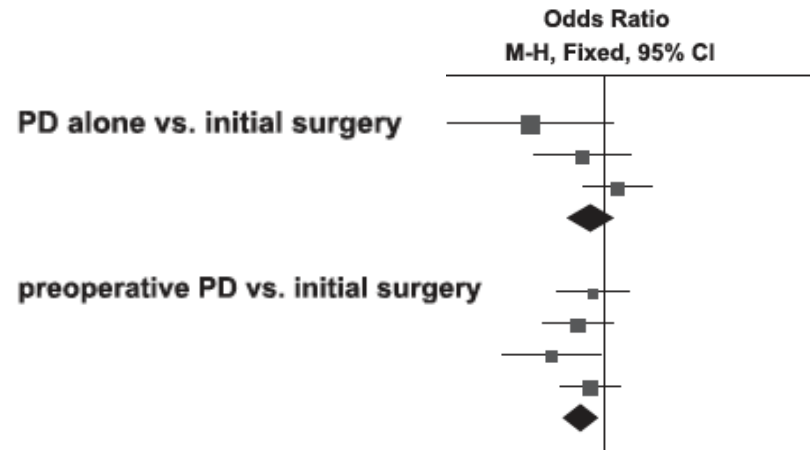
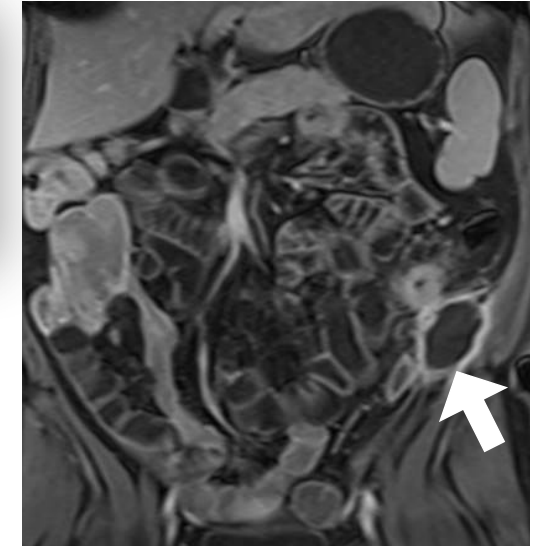


Formes perforantes

Preoperative Percutaneous Drainage of Spontaneous Intra-Abdominal Abscess in Patients With Crohn's Disease A Meta-Analysis

Xiaosheng He, MD,* Xutao Lin, MD,* Lei Lian, MD, PhD,†
Juami Huang, MD,* Qiuqiong Yao, RN,* Zexian Chen, MD,*
Dejun Fan, MD,* Xiaojian Wu, MD, PhD,* and Ping Lan, MD, PhD*

J Clin Gastroenterol 2015;49:e82–e90



↘ Morbidité
si drainage = «bridge to surgery»

Concernant le **contrôle du sepsis en préopératoire**, recommandé (NP3), celui-ci inclut le **drainage percutané d'abcès intra-abdominal associé à une antibiothérapie intraveineuse (NP3)**.

Certains patients sélectionnés avec abcès peuvent être traités de manière conservatrice (i.e., antibiothérapie & drainage percutané). En revanche, la chirurgie est recommandée après drainage lorsque l'abcès survient sous traitement médical, ou en cas d'échec du traitement conservateur (NP4).

Formes perforantes

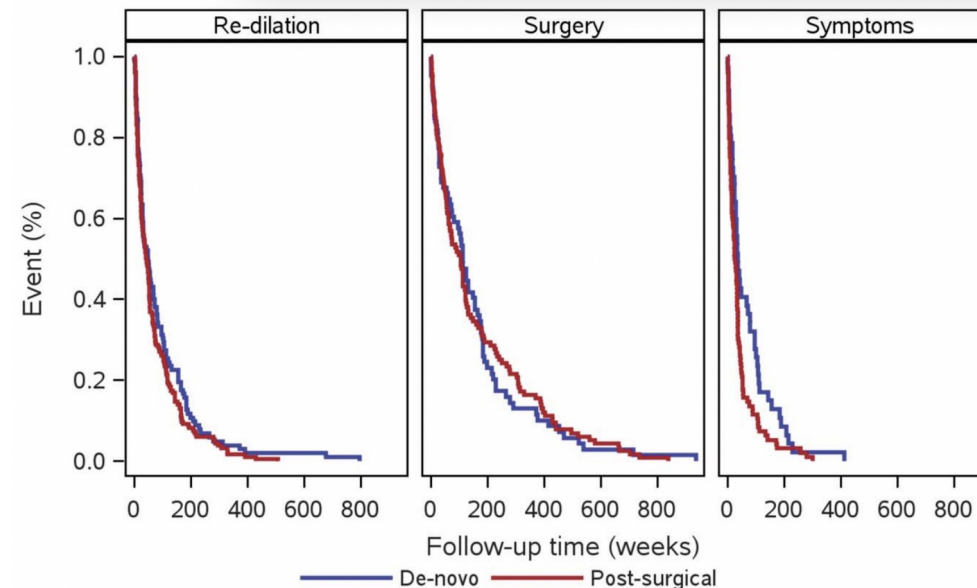
La dilatation endoscopique est une option thérapeutique lorsque la sténose est courte (< 5 cm) et que l'expertise endoscopique de cette technique est présente dans le centre de prise en charge (NP2).

A Pooled Analysis of Efficacy, Safety, and Long-term Outcome of Endoscopic Balloon Dilation Therapy for Patients with Strictureing Crohn's Disease

Dominik Bettenworth, MD,* Anders Gustavsson, MD,[†] Ashish Atreja, MD, PhD,[‡] Rocio Lopez, PhD,[§] Curt Tysk, MD, PhD,[†] Gert van Assche, MD, PhD,^{||} and Florian Rieder, MD^{¶,**}

TABLE 2. 6-, 12-, and 24-Month Rates of Events

Outcome	% (95% CI)		
	6-month	12-month	24-month
Symptoms	35.9 (4.8–56.9)	62.1 (27.6–80.2)	75.9 (31.0–91.6)
Redilation	36.5 (24.6–45.9)	51.8 (36.0–63.6)	73.5 (56.8–83.8)
Surgery	17.5 (11.8–22.9)	30.1 (17.4–40.9)	42.9 (23.7–57.4)



Formes sténosantes

La dilatation endoscopique est une option thérapeutique lorsque la sténose est courte (< 5 cm) et que l'expertise endoscopique de cette technique est présente dans le centre de prise en charge (NP2).

A Pooled Analysis of Efficacy, Safety, and Long-term Outcome of Endoscopic Balloon Dilation Therapy for Patients with Stricture Crohn's Disease

Dominik Bettenworth, MD,* Anders Gustavsson, MD,[†] Ashish Atreja, MD, PhD,[‡] Rocio Lopez, PhD,[§] Curt Tysk, MD, PhD,[†] Gert van Assche, MD, PhD,^{||} and Florian Rieder, MD^{¶, **}

TABLE 3. Factors Associated with Need for Surgery

Factor	Univariable HR (95% CI)	P	Multivariable HR (95% CI)	P
Stricture location				
Duodenum versus jejunum/ileum	1.7 (0.55–5.6)	0.35	4.7 (1.09–20.3)	0.038
Duodenum versus colon	2.0 (0.58–6.6)	0.28	5.6 (1.2–26.6)	0.03
Jejunum/ileum versus colon	1.1 (0.72–1.7)	0.62	1.2 (0.66–2.2)	0.56
De novo versus postsurgical stricture	1.05 (0.78–1.4)	0.76	1.2 (0.76–1.8)	0.48
Length of stricture (1 cm increase)	1.08 (1.02–1.1)	0.005	1.08 (1.02–1.1)	0.008
Active CD at the time of dilation	1.3 (0.88–2.0)	0.18	—	—
Max. caliber of dilation (1 mm increase)	0.96 (0.91–1.01)	0.14	0.96 (0.89–1.03)	0.22
Length of balloon (1 cm increase)	1.1 (0.53–2.3)	0.78	—	—
Pressure of dilation (1 psi increase)	1.00 (0.99–1.01)	0.95	—	—
Time of inflation (1 min increase)	1.3 (0.48–3.3)	0.64	—	—
Steroid injection	1.01 (0.52–2.0)	0.97	0.64 (0.24–1.8)	0.39
Accessory endoscopic therapies	2.0 (0.64–6.5)	0.22	1.1 (0.26–5.0)	0.87

Optimisation préopératoire

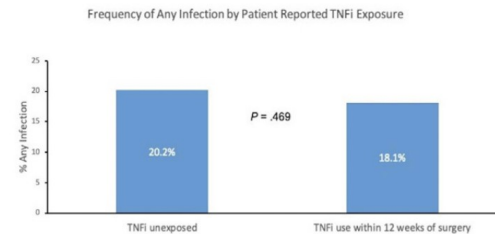
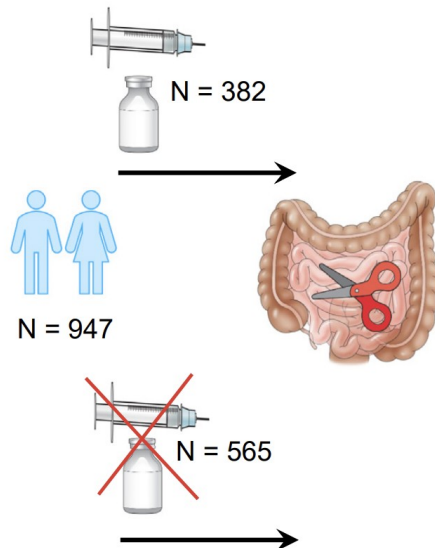


Arrêt des traitements

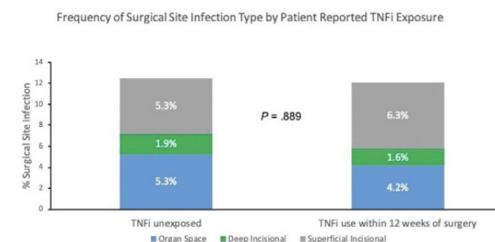
Du fait du risque accru de morbidité postopératoire, **il est recommandé de réduire progressivement les doses de corticoïdes lorsque cela est possible (NP2).**

ne pas interrompre les biothérapies en préopératoire du fait de l'absence de surrisque démontré pour les anti-TNF (NP3), le vedolizumab (NP3) et l'ustekinumab (NP4).

Prospective Cohort Study to Investigate the Safety of Preoperative Tumor Necrosis Factor Inhibitor Exposure in Patients with Inflammatory Bowel Disease Undergoing Intra-abdominal Surgery (PUCCINI)



Not associated with Any Infection or SSI

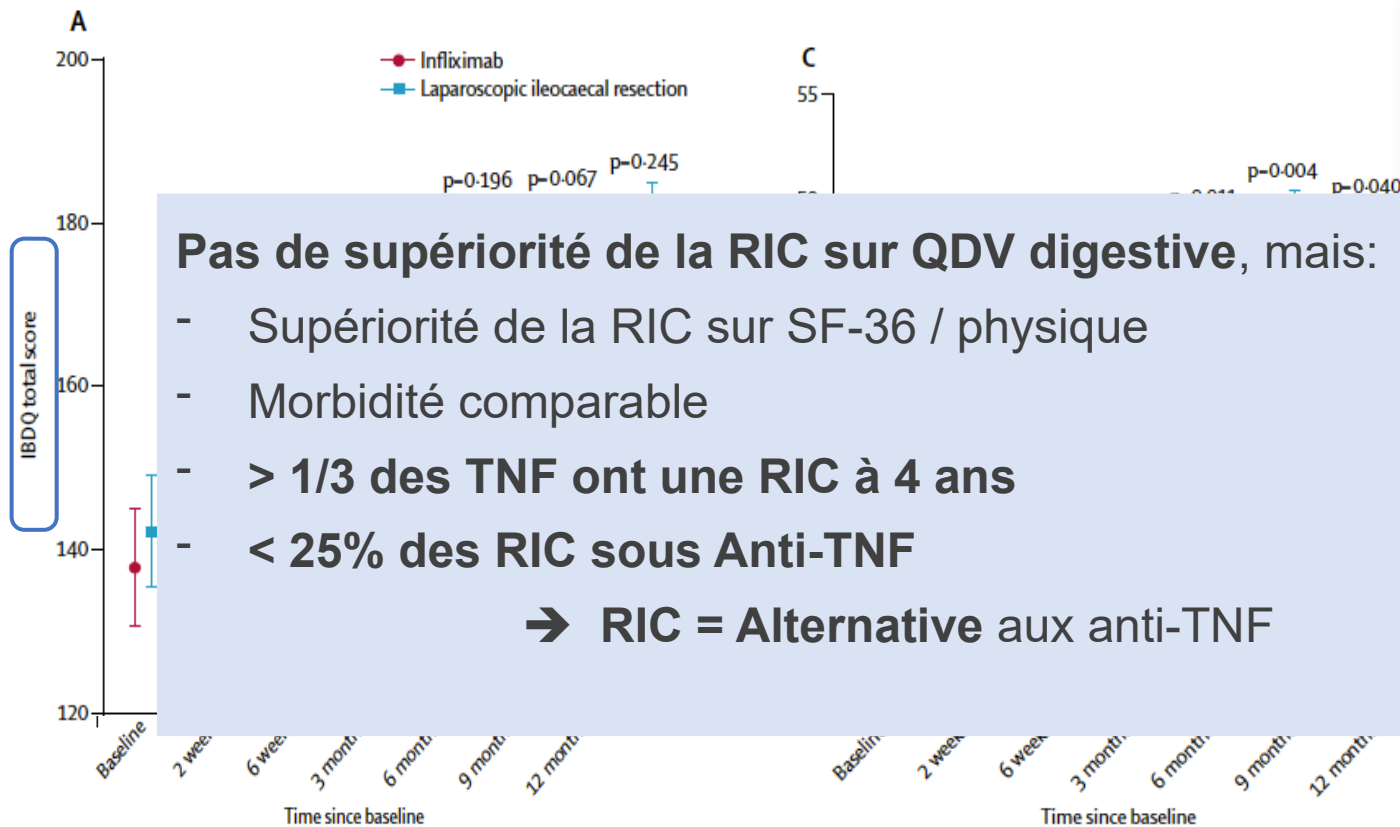


Corticosteroids
 + association with Any Infection & SSI

Nouvelle indication opératoire: B1



la résection laparoscopique est une alternative à l'infliximab (NP2) et à l'adalimumab (NP4) dans les atteintes iléales terminales ou iléo-caecales limitées.



Laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab for terminal ileitis in Crohn's disease: a randomised controlled, open-label, multicentre trial

Cyriel Y Ponsioen, E Joline de Groof, Emma J Eshuis, Tjibbe J Gardenbroek, Patrick M M Bossuyt, Ailsa Hart, Janindra Warusavitane, Christianne J Buskens, Ad A van Bodegraven, Menno A Brink, Esther C J Consten, Bart A van Wagenveld, Marno C M Rijk, Rogier M P H Crolla, Casper G Noomen, Alexander P J Houdijk, Rosalie C Mallant, Maarten Boom, Willem A Marsman, Hein B Stockmann, Bregje Mol, A Jeroen de Groof, Pieter C Stokkers, Geert R D'Haens, Willem A Bemelman, on behalf of the LIRIC study group*

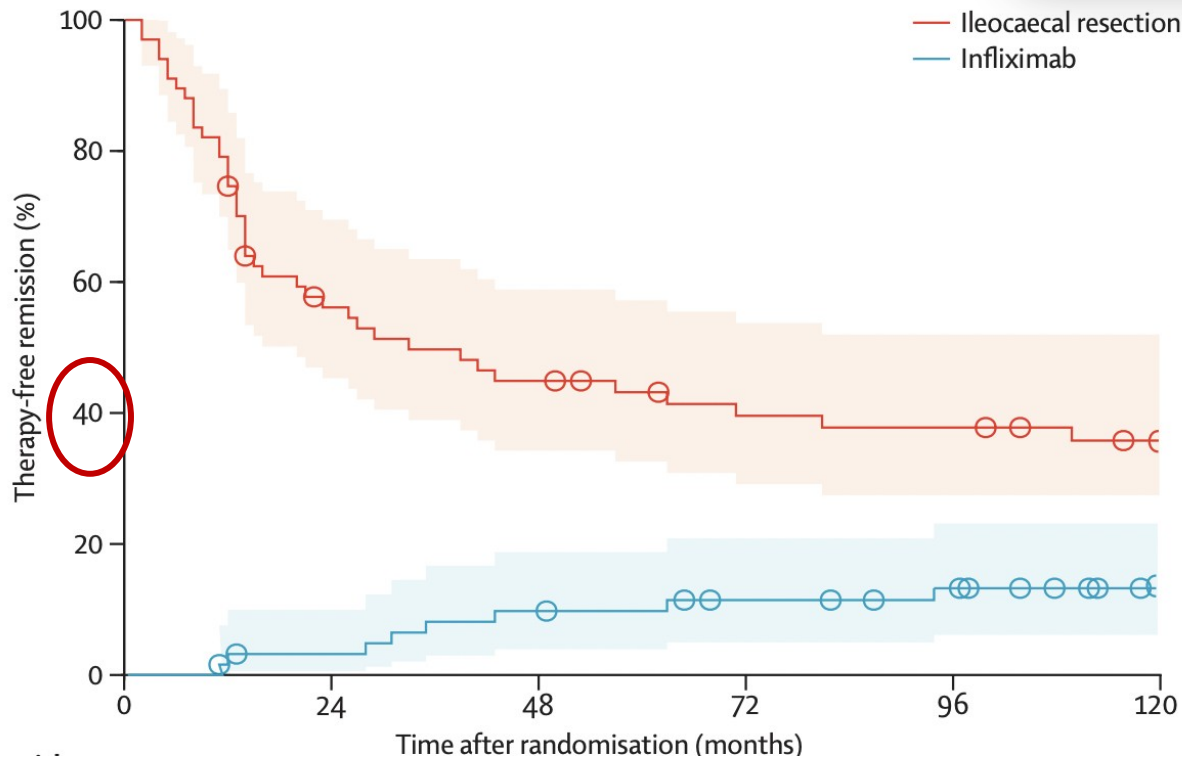
Nouvelle indication opératoire: B1



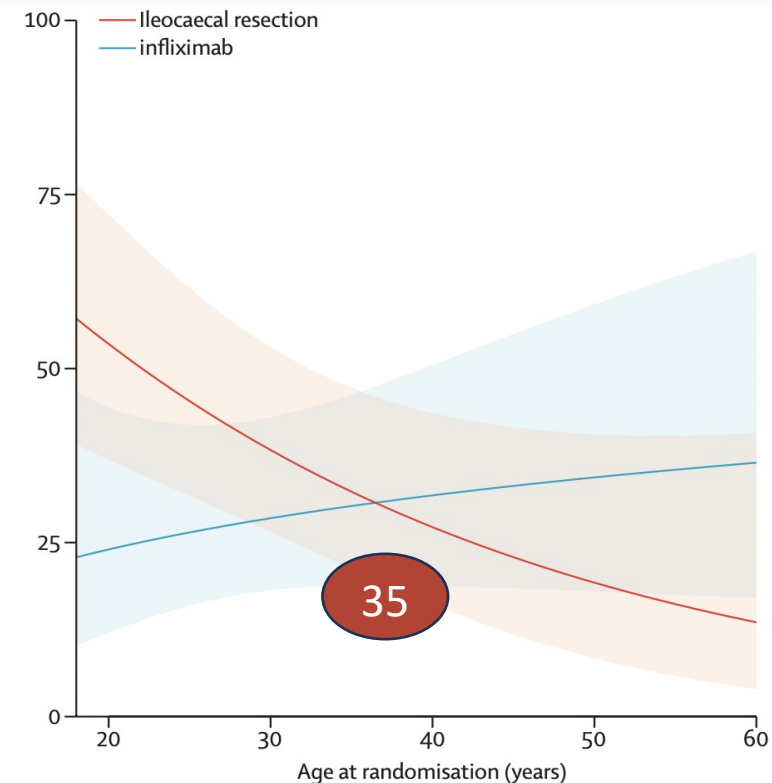
European
Crohn's and Colitis
Organisation

Ileocaecal resection versus infliximab for ileal Crohn's disease: retrospective 10-year follow-up of the LIR!C trial

Lotte Oldenburg*, Anouck E G Haanappel*, Mahsoem Ali, Carolijn Bosman, Christianne J Buskens, Cyriel Y Ponsioen, Geert R D'Haens, Willem A Bemelman, on behalf of the LIR!C study group



A Clinical remission within 10 years



Modalités chirurgicales



Quelle anastomose?

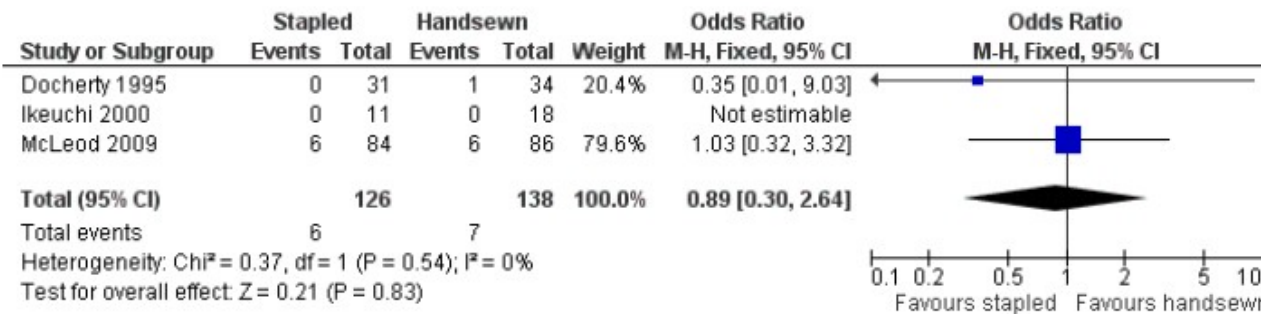
Concernant le type d'anastomose, il est recommandé de réaliser une anastomose latéro-latérale mécanique après résection iléo-caecale ou résection d'intestin grêle (NP3) mais l'anastomose Kono-S est une alternative dans les résections iléo-caecales (NP3).



Cochrane Database of Systematic Reviews

Stapled versus handsewn methods for ileocolic anastomoses (Review)

Choy PYG, Bissett IP, Docherty JG, Parry BR, Merrie A, Fitzgerald A



He, et al. Dig Dis Sci 2014.
 Choy, et al. Cochrane Database Syst Rev 2011.
 Simillis, et al. Dis Colon Rectum 2007.
 Huang, et al. J Crohns Colitis 2015.

Modalités chirurgicales



European
Crohn's and Colitis
Organisation

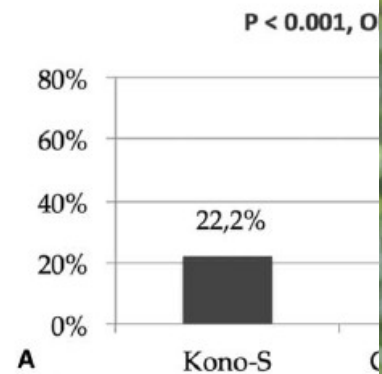
Quelle anastomose?

Concernant le type d'anastomose, **il est recommandé de réaliser une anastomose latéro-latérale mécanique après résection iléo-caecale ou résection d'intestin grêle (NP3) mais l'anastomose Kono-S est une alternative dans les résections iléo-caecales (NP3).**

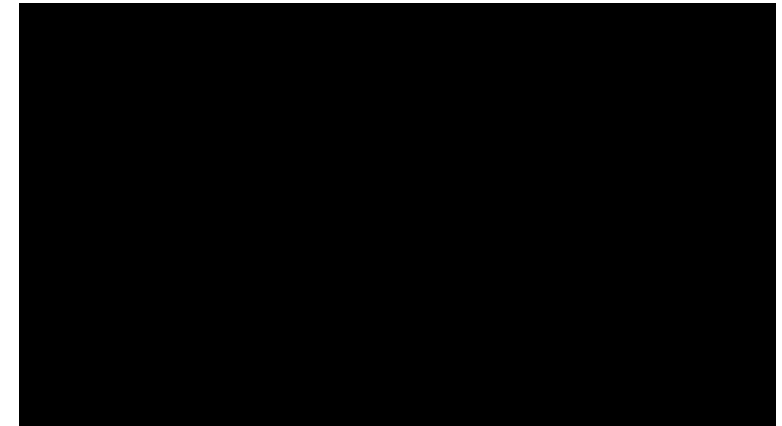
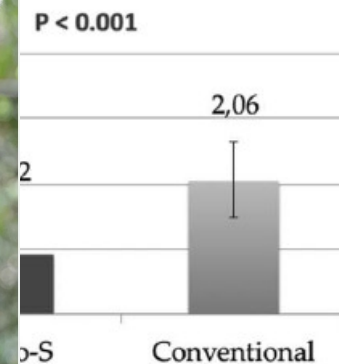
Surgical Prevention of Anastomotic Recurrence by Excluding Mesentery in Crohn's Disease: The SuPREMe-CD Study - A Randomized Clinical Trial

Gaetano Luglio, MD,*✉ Antonio Rispo, MD, PhD,† Nicola Imperatore, MD,† Mariano Cesare Giglio, MD,* Alfonso Amendola, MD,* Francesca Paola Tropeano, MD,* Roberto Peltrini, MD,* Fabiana Castiglione, MD,† Giovanni Domenico De Palma, Prof,‡ and Luigi Bucci, Prof*

Presence of any Endoscopic Recurrence



Endoscopic Recurrence (from 0 to 4)



Résu

is

Modalités chirurgicales



Stomie?

on suggère de réaliser une stomie temporaire lorsque l'optimisation préopératoire est insuffisante (NP4)

Risk Factors for Intra-Abdominal Septic Complications After a First Ileocecal Resection for Crohn's Disease: A Multivariate Analysis in 161 Consecutive Patients

Arnaud Alves, M.D., Ph.D.,¹ Yves Panis, M.D., Ph.D.,¹ Yoram Bouhnik, M.D., Ph.D.,² Marc Pocard, M.D., Ph.D.,³ Eric Vicaut, M.D.,³ Patrice Valleur, M.D.³

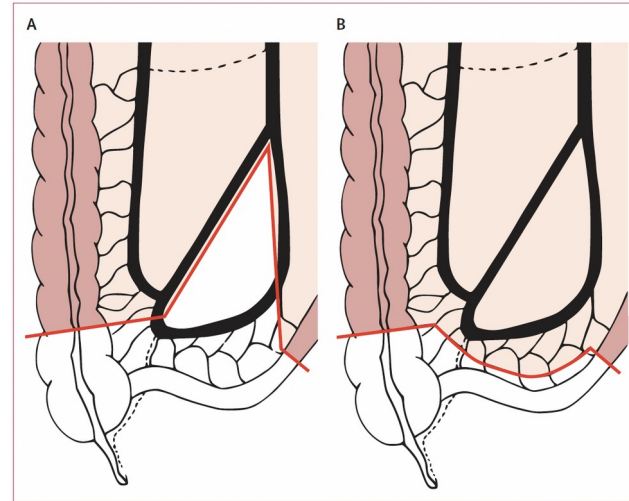
	Group 1 (n=15)	Group 2 (n=146)	P Value
Age (yr)	32 ± 13	33 ± 10	NS
Male/female ratio	10/5	71/75	NS
ASA score	2.1 ± 0.7	1.9 ± 0.4	NS
Body mass index (kg/m ²)	20 ± 3	20 ± 4	NS
Smoking history	6 (40)	35 (24)	NS
Weight loss (>10%)	9 (60)	28 (19)	0.0014
Previous laparotomy	8 (53)	59 (40)	NS
Duration of disease (mo)	88 ± 60	54 ± 54	0.02
Perianal CD	4 (27)	30 (20)	NS
Mean number of acute episode	4 ± 2	3 ± 1	0.0004
Preoperative steroids treatment >3 mo	11 (73)	48 (33)	0.02
CD complicated by abscess or fistula	6 (40)	32 (22)	0.015
Preoperative percutaneous drainage	1 (7)	9 (6)	NS
Emergency surgery	2 (13)	5 (3)	NS
Surgeon (senior/junior)	12/3	108/28	NS
Laparoscopic procedure	4 (27)	53 (36)	NS
Intraperitoneal abscess	4 (27)	6 (4)	0.0025
Intraperitoneal fistula	8 (54)	31 (21)	0.03
Associated surgical procedures	7 (47)	36 (25)	NS

0-1 FDR 0 ISO
 2 FDR 16% ISO
3 FDR 27% ISO
 ≥ 3 FDR: iléo-colostomie

Modalités chirurgicales

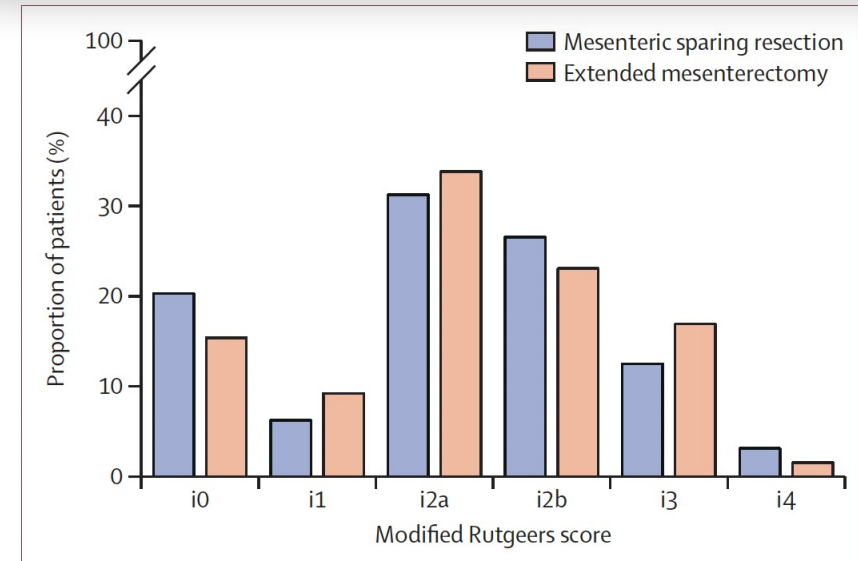


Curage?



Effect of mesenteric sparing or extended resection in primary ileocolic resection for Crohn's disease on postoperative endoscopic recurrence (SPICY): an international, randomised controlled trial

Eline M L van der Does de Willebois, Vittoria Bellato, Marjolijn Duijvestein, Jarmila D W van der Bilt, Koen van Dongen, Antonino Spinelli, Geert R D'Haens, Marco W Mundt, Federica Furfaro, Silvio Danese, Andrea Vignali, Willem A Bemelman, Christianne J Buskens, on behalf of the SPICY collaborator group*



	Extended mesenteric resection (N=66)	Mesenteric sparing (N=65)	Relative risk (95% CI)	Mean difference (95% CI)	p value
Endoscopic recurrence	28 (42%)	28 (43%)	0.985 (0.663 to 1.464)	..	1.0
Time from surgery until endoscopy, months	6.0 (6-7)	6.5 (6-8)	..	-0.076 (-0.765 to 0.612)	0.967

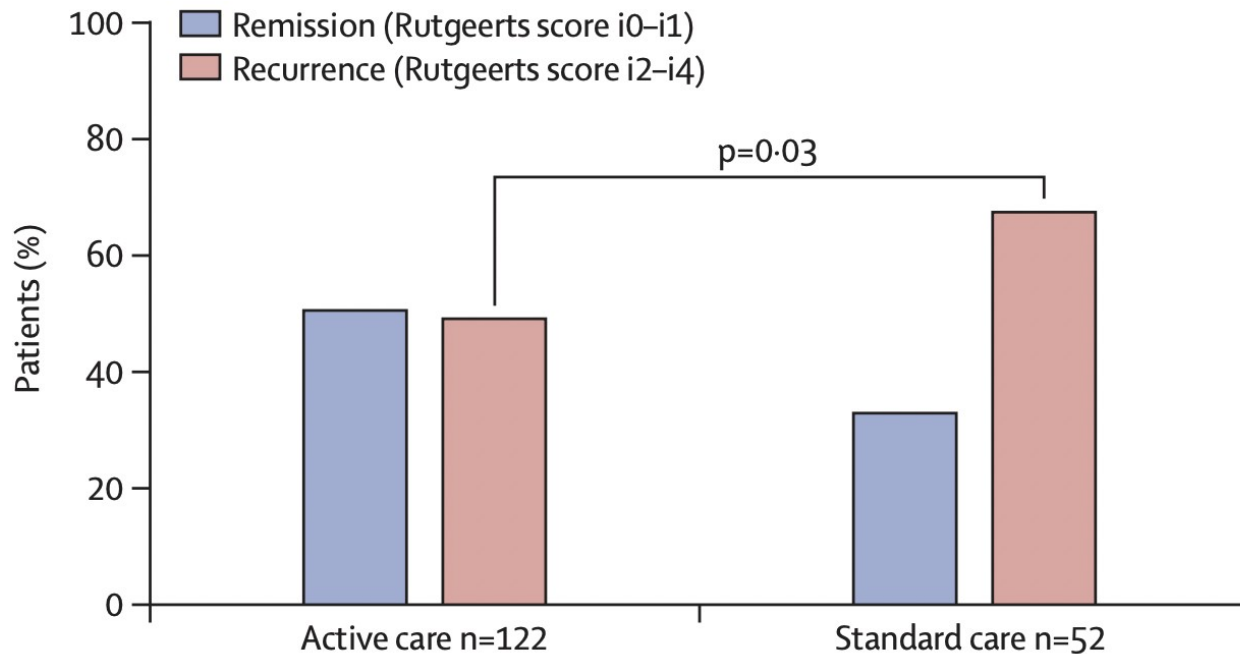
Data are n (%) or median (IQR) unless otherwise specified. Data are by intention to treat.

Table 2: Endoscopic recurrence

pas de donnée permettant de recommander une exérèse étendue du mésentère (NP4) est caduque et que l'exérèse

Contrôle endoscopique à 6 mois +++

Une surveillance endoscopique est recommandée dans les 6 à 12 mois suivant la résection chirurgicale (NP2)



Crohn's disease management after intestinal resection: a randomised trial

Peter De Cruz, Michael A Kamm, Amy L Hamilton, Kathryn J Ritchie, Efrosinia O Krejany, Alexandra Gorelik, Danny Liew, Lani Prideaux, Ian C Lawrance, Jane M Andrews, Peter A Bampton, Peter R Gibson, Miles Sparrow, Rupert W Leong, Timothy H Florin, Richard B Geary, Graham Radford-Smith, Finlay A Macrae, Henry Debinski, Warwick Selby, Ian Kronborg, Michael J Johnston, Rodney Woods, P Ross Elliott, Sally J Bell, Steven J Brown, William R Connell, Paul V Desmond

Prévention de la récurrence

Une prévention postopératoire de la récurrence par biothérapie est suggérée pour les patients à haut risque (NP3).

Quels patients? Débat en cours...

Strong :
- active smoking

To be discussed :
- history of prior ileocolonic resection

JOURNAL ARTICLE ACCEPTED MANUSCRIPT
Results of the Eighth Scientific Workshop of ECCO: Pathophysiology and risk factors of postoperative Crohn's disease recurrence after an ileocolic resection

Pauline Rivière, Gabriele Bislenghi, Nassim Hammoudi, Bram Verstockt, Steven Brown, Me Paulo Gustavo Kof the 8 th Scientific more

Journal of Crohn's
Published: 18 Ap

JOURNAL ARTICLE ACCEPTED MANUSCRIPT
Results of the Eighth Scientific Workshop: Prevention and treatment of postoperative recurrence in patients with Crohn's disease undergoing an ileocolonic resection with ileocolonic anastomosis

Marc Ferrante, Lieven Pouillon, Miriam Mañosa, Edoardo Savarin

JOURNAL ARTICLE ACCEPTED MANUSCRIPT
Results of the Eighth Scientific Workshop of ECCO: Diagnosing postoperative recurrence of Crohn's disease after an ileocolonic resection with ileocolonic anastomosis

Gabriele Dragoni, Mariangela Allocca, Pär Myrelid, Nurulamin M Noor, Nassim Hammoudi, the 8 th Scientific Workshop of the European Crohn's and Colitis Organisation, Pauline Rivière, Yves Panis, Marc Ferrante

Journal of Crohn's and Colitis, ijad055, <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/ijad055>
Published: 18 April 2023 Article history



21st Congress of ECCO, February 18–21, 2026, Stockholm, Sweden

Thrombo-prophylaxie

une thromboprophylaxie prolongée
est recommandée après retour à domicile (NP2).



Optimising the perioperative pathway (enhanced recovery after surgery (ERAS), outpatient surgery), while it helps reduce risk, is not sufficient on its own to eliminate the need for pharmacological thromboprophylaxis, especially for patients with additional risk factors.



> 2 ou 4 semaines?

Points forts



European
Crohn's and Colitis
Organisation

- Les nouvelles recommandations ECCO détaillent la prise en charge de la maladie ano-périnéale fistulisante.
- La prise en charge initiale de la maladie de Crohn ano-périnéale repose sur le drainage premier par un **séton lâche**, le **contrôle d'un sepsis** éventuel puis la mise en place d'une **biothérapie de type anti-TNF** en première intention.
- Les stratégies validées en cas de fistule ano-périnéale sont la **fermeture simple**, le **lambeau d'avancement** et la ligature du trajet intersphinctérien (**LIFT**) après **2 à 8 semaines** de traitement médical associé au séton.
- Concernant les atteintes lumineales, l'indication chirurgicale et le type de chirurgie doivent être réévalués après **optimisation préopératoire** et réalisation d'une **nouvelle entéro-IRM**.
- La **résection iléo-caecale laparoscopique est une alternative aux anti-TNF** dans les atteintes **inflammatoires pures** iléales terminales ou iléo-caecales **courtes** (< 40 cm).