

# Rectocolite hémorragique : quand opérer ?

## Objectifs pédagogiques

- Quels sont les signes devant conduire à proposer une intervention chirurgicale en cas de colite aiguë ?
- Effet des traitements préopératoires sur le résultat ?
- Comment choisir le moment optimal ?
- Quels sont les signes devant conduire à proposer une intervention chirurgicale en cas de dysplasie/cancer ?
- Quelle technique opératoire en fonction de la situation (aiguë *versus* à froid) ?
- Quel impact sur la fertilité en fonction de l'intervention ?

## Introduction

Le traitement chirurgical de la rectocolite hémorragique (RCH) a pour objectif de réséquer l'ensemble de la muqueuse colorectale déjà malade ou susceptible de le devenir [1]. Les indications opératoires sont, en urgence, la colite aiguë grave (CAG) et, « à froid », la résistance au traitement médical, la présence d'une microrectie et l'existence d'une dégénérescence en dysplasie ou cancer.

Des recommandations quant à la prise en charge de la RCH ont été rédigées en 2008 [2], basées sur le consensus de l'Organisation Européenne des MICI (ECCO). Ce dernier a été réactualisé en 2012 [3] mais les indications continuent de se modifier car le traitement chirurgical de la RCH évolue en per-

manence. En effet, l'approche laparoscopique n'apparaît plus comme une simple option thérapeutique mais comme la voie d'abord de référence [4], et d'autres techniques sont actuellement en début d'évaluations telles que le trocart unique ou la robotique. Enfin, la question du risque d'infertilité féminine après anastomose iléo-anale (AIA) a également évolué avec l'approche laparoscopique [5, 6].

## Indications thérapeutiques

Il convient de distinguer la colectomie subtotale, intervention réalisée en urgence dans le cadre d'une CAG et qui n'est pas une intervention définitive, des interventions qui seront réalisées de manière élective (« à froid »). Trois types d'interventions chirurgicales peuvent alors être proposés : la coloproctectomie totale (CPT) avec AIA, qui est l'intervention de référence, la CPT avec iléostomie définitive et la colectomie totale avec anastomose iléo-rectale (AIR).

Seule la CPT, qu'elle soit associée à une conservation sphinctérienne ou à la confection d'une iléostomie définitive, permet la résection en totalité des lésions de RCH et de réduire ainsi à leur minimum les risques inflammatoire et dégénératif. La colectomie totale avec AIR est une intervention plus simple techniquement, mieux tolérée, mais qui expose au risque de rectite et de cancer sur le rectum laissé en place.

---

Stéphane Berdah

---

## Colectomie subtotale

La conférence de consensus ECCO a recommandé la colectomie subtotale première en urgence ou semi-urgence dans la CAG ne répondant pas au traitement médical, la CAG compliquée, ou en cas de corticothérapie  $\geq 20$  mg de prednisolone par jour pendant plus de 6 semaines (recommandations de grade C) [2]. La colectomie subtotale est en effet une intervention sûre y compris chez des patients fragiles, avec une mortalité inférieure à 1 % et une morbidité d'environ 20 à 30 % [7]. Elle sera réalisée sans remise en continuité, avec double stomie iléale et sigmoïdienne.

Si 12 % de l'ensemble des patients présentant une RCH seront à terme opérés, ce pourcentage s'élève à 40 % après hospitalisation pour CAG [8]. Le diagnostic de CAG est basé sur des critères clinico-biologiques (critères de Truelove & Witts [9] (Tableau I), critères d'Oxford [3]). La CAG peut être d'emblée compliquée par un syndrome toxique (10 %), un mégacôlon toxique (ou colectasie) (5 %), une perforation colique (4 %), ou une hémorragie massive (1,5 %). Le syndrome toxique se traduit par l'association d'une altération de l'état général, d'une fièvre et d'une déshydratation majeure. Le mégacôlon toxique est défini par une dilatation colique  $\geq 6$  cm non obstructive, segmentaire ou totale, associée à un syndrome toxique. Son évolution naturelle est la perforation colique, qui est associée à une mortalité de 50 % [10].

Tableau I. Classification de Truelove et Witts selon l'activité de la rectocolite ulcéro-hémorragique [9]

|                                  | Atteinte légère | Atteinte modérée | Atteinte sévère |
|----------------------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| Nombre de selles sanglantes/jour | < 4             | 4 – 6            | ≥ 6             |
| Pouls (battements par minute)    | < 90            | 90               | > 90            |
| Température (°C)                 | < 37,5          | 37,5 – 37,8      | > 37,8          |
| Hémoglobininémie (g/dL)          | > 11,5          | 10,5 – 11,5      | < 10,5          |
| CRP (mg/L)                       | Normale         | ≤ 30             | > 30            |

Son diagnostic nécessite donc un traitement médical agressif et une prise en charge chirurgicale dans les 24 premières heures en l'absence d'amélioration [2]. La présence d'une perforation ou d'une hémorragie nécessite un traitement chirurgical de première intention, en urgence [7]. Dans les formes non compliquées, un traitement médical premier est recommandé, associant l'arrêt de l'alimentation orale à une corticothérapie par voie veineuse à fortes doses (recommandation de grade B). La prise en charge doit être d'emblée multidisciplinaire, faisant intervenir gastro-entérologues et chirurgiens [2]. L'efficacité du traitement sera évaluée à J3 sur la fréquence des selles et la CRP, et la colectomie sera discutée en cas de détérioration ou d'absence d'amélioration. En pratique, la présence de > 8 selles par jour ou l'association de 3 à 8 selles par jour et d'une CRP > 45 mg/L est hautement prédictive de recours au traitement chirurgical (85 % des cas) [11]. Cependant, le « timing » de cette chirurgie réalisée en semi-urgence est mal défini et repose essentiellement sur des avis d'experts, qui le situent entre J4 et J72. Ils doivent cependant prendre en compte l'introduction de thérapeutiques médicales de seconde ligne : la ciclosporine et l'infliximab ont démontré une efficacité équivalente chez les malades ayant résisté à la corticothérapie [12]. Cette attitude médicale semble avoir fait baisser le taux de colectomie en urgence de 30-70 % à 10-20 % [13]. La problématique est d'éviter de proposer trop précocement la chirurgie chez un patient qui aurait répondu au traitement médical, sans augmenter la morbidité et la mortalité

par une intervention réalisée trop tardivement. En effet, un délai trop long (> 14 jours) entre l'admission pour CAG et la colectomie subtotalaire triple la morbi-mortalité postopératoire [14]. La Figure 1 propose un arbre décisionnel issu d'une conférence de consensus canadienne [15].

### Indications d'anastomose iléo-anale

Développée par Parks et Nicholls en 1978, la CPT avec AIA est le traitement chirurgical de référence de la RCH car elle répond au double objectif de guérison (résection de l'ensemble de la muqueuse colorectale) et de conservation sphinctérienne. L'AIA peut être réalisée soit en 3 temps après colectomie subtotalaire (la résection consiste alors en une proctectomie complémentaire), soit en 2 temps avec CPT d'emblée. Le troisième « temps » fait ici référence à la fermeture de l'iléostomie de protection. L'AIA en 2 temps est indiquée en cas de résistance au traitement médical bien conduit, de rechutes précoces et fréquentes, de dysplasie, de cancer colorectal, de microrectie ou de sténose colique. Certains auteurs réalisent, pour des malades sélectionnés, des CPT avec AIA en un temps, c'est-à-dire sans iléostomie de protection.

La dénutrition et/ou l'imprégnation cortisonique doivent faire préférer une intervention chirurgicale en 3 temps : colectomie subtotalaire avec iléo-sigmoïdostomie (premier temps) puis proctectomie et AIA protégée par une iléostomie (deuxième temps) enfin fermeture de l'iléostomie de protection (troisième temps).

Selon le consensus ECCO, une rémission est obtenue sous traitement médi-

cal si la fréquence des selles est inférieure à 3 par jour, sans saignement ni impériosité [3]. En cas de cortico-résistance ou d'échec des immunosuppresseurs, les anti-TNF sont généralement proposés en première ligne, et la chirurgie élective en seconde ligne (ECCO 2012). Elle sera également proposée chez des patients ayant des poussées fréquentes (i.e. plus de 2 poussées par an) et des rechutes précoces (i.e. avant 3 mois de rémission) malgré un traitement médical bien conduit [1]. Contrairement à ce qui était avancé au début de leur utilisation dans la RCH, la prise d'anti-TNF ne semble pas augmenter le taux de complication après AIA [16] de même les thiopurines.

Une métaanalyse a évalué le risque de cancer colorectal dans la RCH à 2 % après 10 ans d'évolution, 8 % à 20 ans et 18 % à 30 ans [17]. Plusieurs études plus récentes ont cependant revu ces chiffres à la baisse. Pour Rutter, le risque actuel de cancer était de 2,5 % à 20 ans, 7,6 % à 30 ans et 10,8 % à 40 ans [18]. Dans l'étude de registre de Jess [19], il ne retrouvait de surrisque de cancer colorectal que dans certains sous-groupes, notamment les colites anciennes et les malades ayant une cholangite sclérosante associée. Une meilleure prise en charge thérapeutique et la surveillance endoscopique expliquent probablement cette évolution. Le pronostic du cancer développé sur RCH semble équivalent à celui des cancers colorectaux sporadiques avec une survie à 5 ans comparable (54 % vs 53 %, p = 0,94). S'il existe une indication opératoire indiscutable en cas de DALM (Dysplasia associated lesion mass), de dysplasie de haut grade ou de cancer, il n'y a pas de consensus quant au traitement des lésions en dysplasie de bas grade sur muqueuse plane ou en relief (ALM : sur muqueuse atteinte avec un pourtour non dysplasique, ou adénome : sur muqueuse saine). Les deux prises en charge possibles sont soit la chirurgie, soit une surveillance endoscopique étroite, après exérèse des ALM et adénomes [17]. Une étude récente a

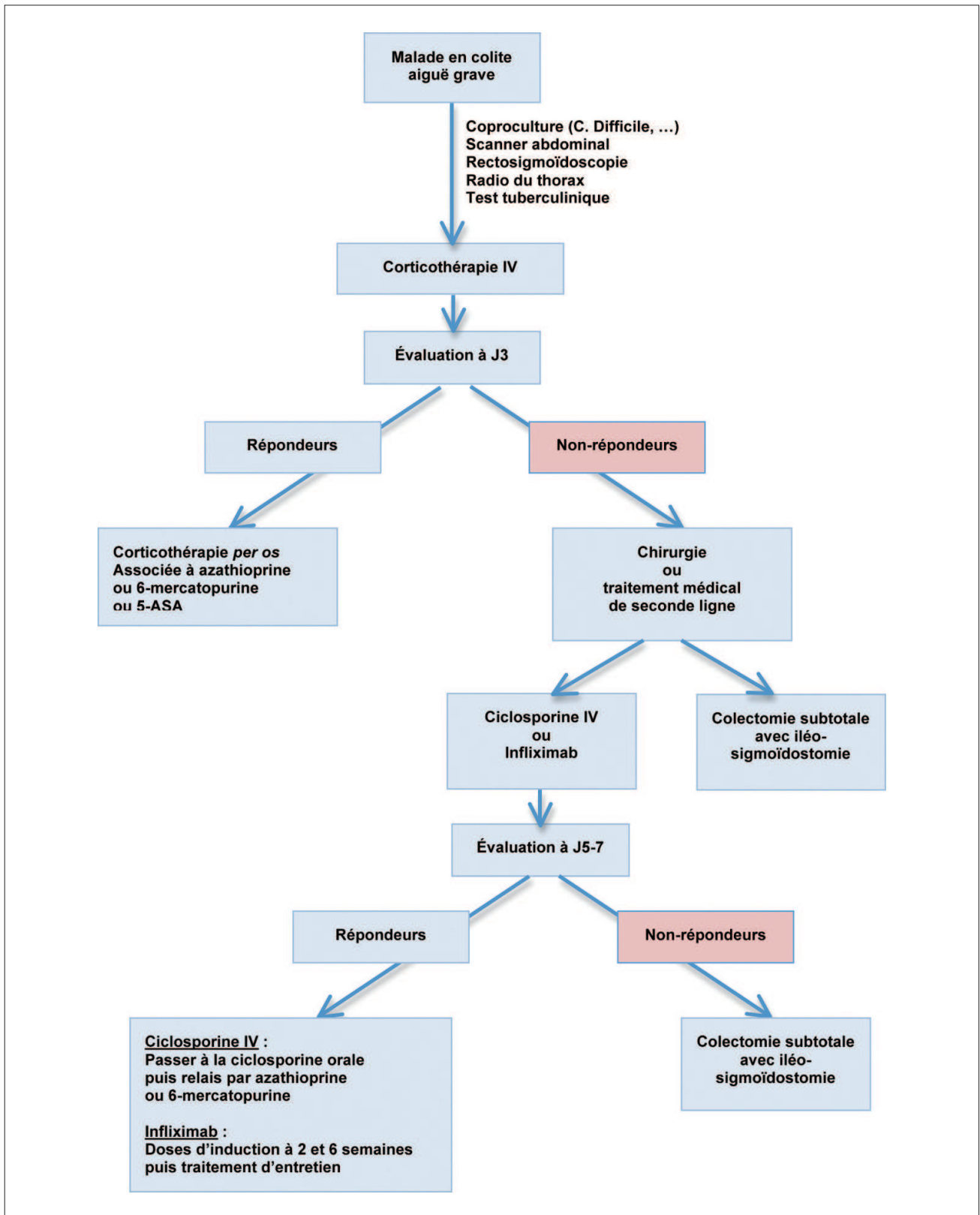


Figure 1. Arbre décisionnel pour la prise en charge des malades adultes hospitalisés pour colite aiguë grave selon Bitton *et al.*

cependant mis en évidence un léger bénéfice à opter pour la chirurgie en termes d'années ajustées à la qualité de vie et de coût [21]. Enfin, bien que la majorité des sténoses coliques soient bénignes, leur risque de dégénérescence est important (25 %-30 %). Toute sténose colique doit être considérée comme suspecte et donc être opérée dans la RCH.

La contre-indication principale de l'AIA est le mauvais état sphinctérien. Celui-ci est évalué avant tout par le toucher rectal mais aussi par une manométrie anorectale, réalisée en cas de troubles sphinctériens connus et chez les personnes âgées de plus de 70 ans [22]. En effet, si la fonction sphinctérienne est moins bonne chez le sujet âgé, les résultats fonctionnels de l'AIA varient peu avec l'âge [20]. L'âge avancé, seul, ne constitue donc pas une contre-indication à l'AIA mais une évaluation de la fonction sphinctérienne préopératoire est nécessaire. La seconde contre-indication, relative, est le doute avec une maladie de Crohn. En effet, seuls des patients très sélectionnés présentant une maladie de Crohn colorectale avec un rectum non conservable et sans atteinte périnéale ni grêle peuvent être traités par AIA [24]. Certaines études ont mis en évidence une augmentation des échecs de réservoir dans les cancers du rectum (16 % vs 7 %, p < 0,01), du fait du traitement adjuvant et de la progression de la maladie [25]. Cependant, une étude récente a comparé de manière rétrospective AIA et iléostomie définitive dans les cancers du rectum sur RCH : 69 % des tumeurs étaient de stade I et II, le taux d'échec de réservoir était de 18 % et le type d'intervention n'avait pas d'impact sur le taux de récurrence ni sur la survie. La conclusion des auteurs était que le cancer rectal de stade précoce ne devait pas contre-indiquer l'AIA [26].

### Anastomose iléo-anale et fertilité

La fertilité préopératoire des patientes présentant une RCH est comparable à celle de la population générale, y

Tableau II. Infertilité après AIA par laparotomie, résultats de trois métaanalyses

| Métaanalyses    | Année | Patientes (n) | Étiologie | Tentatives de grossesse (n) | Infertilité (%) | Comparaison   |
|-----------------|-------|---------------|-----------|-----------------------------|-----------------|---------------|
| Waljee [29]     | 2006  | 481           | RCH + PAF | -                           | 48              | RR = 3,2 / PG |
| Cornish [30]    | 2007  | 650           | RCH + PAF | -                           | 43              | -             |
| Rajaratnam [31] | 2011  | 1076          | RCH + PAF | 457                         | 63              | RR = 3,9 / PG |

RCH : rectocolite hémorragique ; PAF : polyadénomatose familiale ; RR = risque relatif ; PG : population générale.

compris sous traitement médical [27]. En outre, la grossesse est d'évolution normale en cas de quiescence de la maladie, mais son issue est plus incertaine en période inflammatoire. Plusieurs études ont évalué la baisse de fertilité après AIA par laparotomie : si les résultats varient beaucoup d'une étude à l'autre (17 % à 93 %), toutes montrent une fertilité inférieure à celle de la population générale [28] et 3 métaanalyses abondent dans ce sens, avec une infertilité de 43 % à 63 % et un risque relatif (RR) de 3,2 à 3,9 (Tableau II) [29-31]. Ces études avaient conduit jusqu'à présent à contre-indiquer de manière relative l'AIA chez la femme jeune désireuse de grossesse.

Deux études récentes ont cependant remis en question cette attitude en évaluant l'infertilité après AIA laparoscopique. Bartels *et al.* ont comparé 27 tentatives de grossesses après AIA laparoscopique et 23 après AIA par voie conventionnelle. Il existait une fertilité supérieure dans le groupe laparoscopie (p = 0,023) [5]. Dans la seconde étude portant sur 63 malades opérées par laparoscopie, le taux d'infertilité était de 27 % et il n'existait pas de différence de fertilité postopératoire avec des patientes ayant eu une appendicectomie (p = 0,397) [6]. Cette meilleure préservation de la fertilité peut s'expliquer d'une part par la diminution des adhérences pelviennes après AIA laparoscopique [32] et d'autre part par la technique de dissection pelvienne qui, en l'absence de dysplasie ou cancer, est réalisée au contact du rectum, respectant ainsi l'anatomie tubo-ovarienne (en particulier les fossettes ovariennes). En cas d'atteinte rectale (rectite, microrectie)

ou de dysplasie/cancer, c'est donc l'AIA qui est indiquée y compris chez la femme jeune, mais la voie d'abord laparoscopique doit être privilégiée.

### Quand opter pour l'anastomose iléo-rectale ?

La colectomie subtotale avec AIR semble permettre de conserver une fertilité postopératoire égale à celle de la population générale. Elle permet également d'obtenir de meilleurs résultats fonctionnels que l'AIA (fréquence et consistance des selles, souillures diurnes et nocturnes, incontinence), sans pour autant être associée à une meilleure qualité de vie [33]. Elle peut donc constituer une alternative intéressante à l'AIA. La CPT avec AIR peut être envisagée si les trois critères suivants sont respectés :

- rectum « conservable », c'est-à-dire peu inflammatoire et sans microrectie ;
- RCH évoluant depuis moins de 10 ans ;
- absence de dysplasie/cancer [2].

Il est donc nécessaire de réaliser dans le bilan préopératoire une coloscopie complète pour s'assurer de l'absence de lésion tumorale, une rectoscopie à la recherche d'une inflammation et une rectographie aux hydrosolubles de profil, ou un scanner abdominopelvien avec rectographie et reconstruction sagittale, pour contrôler l'absence de microrectie. On pourra alors envisager de réaliser une AIR dans les indications suivantes :

- doute sur le diagnostic de maladie de Crohn ;

- fonction sphinctérienne altérée, en particulier chez les patients âgés de plus de 70 ans ;
- femme jeune désireuse de grossesse.

## Place de l'iléostomie définitive

L'avènement de l'AIA a fait quasiment disparaître les indications de CPT avec iléostomie définitive. Cette intervention sera principalement réalisée après échec d'AIA, en cas d'envahissement tumoral du sphincter anal, ou en cas de lésion sphinctérienne chez des patients qui ne peuvent pas bénéficier d'une AIR [34]. À long terme, environ un quart des patients supportent mal leur iléostomie sur un plan social. La confection d'une iléostomie continente (poche de Kock), où l'évacuation des selles est faite par un sondage régulier, permet d'obtenir une qualité de vie comparable à celle de la population générale. Cependant, cette intervention est techniquement difficile et associée à des complications postopératoires fréquentes, en particulier des désinvasions (42 %) [34].

## Références

1. Kuriyama M, Kato J, Fujimoto T, Nasu J, Miyaike J, Morita T, et al. Risk factors and indications for colectomy in ulcerative colitis patients are different according to patient's clinical background. *Dis Colon Rectum* 2006; 49(9):1307-15.
2. Travis SP, Stange EF, Lemann M, Oresland T, Bemelman WA, Chowers Y, et al. European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis: Current management. *J Crohns Colitis* 2008;2(1): 24-62.
3. Dignass A, Lindsay JO, Sturm A, et al. Second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Current management. *Journal of Crohn's and Colitis* 2012 (sous presse).
4. Ahmed Ali U, Keus F, Heikens JT, Bemelman WA, Berdah SV, Gooszen HG, et al. Open *versus* laparoscopic (assisted) ileo pouch anal anastomosis for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1:CD006267.
5. Bartels SA, D'Hoore A, Cuesta MA, Bendsorp AJ, Lucas C, Bemelman WA. Significantly Increased Pregnancy Rates After Laparoscopic Restorative Proctocolectomy: A Cross-Sectional Study. *Ann Surg* 2012.
6. Beyer-Berjot L, Maggiori L, Lefevre JH, Birnbaum D, Berdah S, Panis Y. A total laparoscopic approach reduces the infertility rate after ileal pouch-anal anastomosis: a two-center study. *Ann Surg* 2012 (sous presse).
7. Alves A, Panis Y, Bouhnik Y, Maylin V, Lavergne-Slove A, Valleur P. Subtotal colectomy for severe acute colitis: a 20-year experience of a tertiary care center with an aggressive and early surgical policy. *J Am Coll Surg* 2003;197(3):379-85.
8. Dinesen LC, Walsh AJ, Protic MN, Heap G, Cummings F, Warren BF, et al. The pattern and outcome of acute severe colitis. *J Crohns Colitis* 2010; 4(4):431-7.
9. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Br Med J* 1955; 2(4947): 1041-8.
10. Gan SI, Beck PL. A new look at toxic megacolon: an update and review of incidence, etiology, pathogenesis, and management. *Am J Gastroenterol* 2003; 98(11):2363-71.
11. Travis S, Satsangi J, Lemann M. Predicting the need for colectomy in severe ulcerative colitis: a critical appraisal of clinical parameters and currently available biomarkers. *Gut* 2011;60(1):3-9.
12. Laharie D, Bourreille A, Branche J, et al. Ciclosporin *versus* infliximab in patients with severe ulcerative colitis refractory to intravenous steroids: a parallel, open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2012;380: 1909-15.
13. Dayan B, Turner D. Role of surgery in severe ulcerative colitis in the era of medical rescue therapy. *World J Gastroenterol* 2012 August 7;18(29): 3833-8.
14. de Silva S, Ma C, Proulx MC, Crespín M, Kaplan BS, Hubbard J, et al. Postoperative complications and mortality following colectomy for ulcerative colitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9(11):972-80.
15. Bitton A, Buie D, Enns R, Feagan BG, Jones JL, Marshall JK, Whittaker S, Griffiths AM, Panaccione R; Canadian Association of Gastroenterology Severe Ulcerative Colitis Consensus Group. Treatment of hospitalized adult patients with severe ulcerative colitis: Toronto consensus statements. *Am J Gastroenterol* 2012;107(2):179-94.
16. Coquet-Reinier B, Berdah SV, Grimaud JC, Birnbaum D, Cougard PA, Barthet M, Desjeux A, Moutardier V, Brunet C. Preoperative infliximab treatment and postoperative complications after laparoscopic restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis: a case-matched study. *Surg Endosc* 2010;24(8):1866-71.
17. Eaden JA, Abrams KR, Mayberry JF. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis. *Gut* 2001;48(4):526-35.
18. Rutter MD, Saunders BP, Wilkinson KH, Rumbles S, Schofield G, Kamm MA, et al. Cancer surveillance in longstanding ulcerative colitis: endoscopic appearances help predict cancer risk. *Gut* 2004;53:1813-6.
19. Jess T, Simonsen J, Jørgensen KT, Pedersen BV, Nielsen NM, Frisch M. Decreasing risk of colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease over 30 years. *Gastroenterology* 2012 Aug;143(2):375-81.
20. Itzkowitz SH, Present DH. Consensus conference: Colorectal cancer screening and surveillance in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2005;11(3):314-21.
21. Nguyen GC, Frick KD, Dassopoulos T. Medical decision analysis for the management of unifocal, flat, low-grade dysplasia in ulcerative colitis. *Gastrointest Endosc* 2009;69(7):1299-310.
22. Takao Y, Gilliland R, Noguera JJ, Weiss EG, Wexner SD. Is age relevant to functional outcome after restorative proctocolectomy for ulcerative colitis? Prospective assessment of 122 cases. *Ann Surg* 1998;227(2):187-94.

23. Hahnloser D, Pemberton JH, Wolff BG, Larson DR, Crownhart BS, Dozois RR. The effect of ageing on function and quality of life in ileal pouch patients: a single cohort experience of 409 patients with chronic ulcerative colitis. *Ann Surg* 2004;240(4):615-21; discussion 21-3.
24. Panis Y, Poupard B, Nemeth J, Lavergne A, Hautefeuille P, Valleur P. Ileal pouch/anal anastomosis for Crohn's disease. *Lancet* 1996;347(9005):854-7.
25. Radice E, Nelson H, Devine RM, Dozois RR, Nivatvongs S, Pemberton JH, et al. Ileal pouch-anal anastomosis in patients with colorectal cancer: long-term functional and oncologic outcomes. *Dis Colon Rectum* 1998; 41(1):11-7.
26. Merchea A, Wolff BG, Dozois EJ, Abdelsattar ZM, Harmsen WS, Larson DW. Clinical features and oncologic outcomes in patients with rectal cancer and ulcerative colitis: a single-institution experience. *Dis Colon Rectum* 2012;55(8):881-5.
27. Ording Olsen K, Juul S, Berndtsson I, Oresland T, Laurberg S. Ulcerative colitis: female fecundity before diagnosis, during disease, and after surgery compared with a population sample. *Gastroenterology* 2002; 122(1): 15-9.
28. Cornish JA, Tan E, Singh B, Bundock H, Mortensen N, Nicholls RJ, et al. Female infertility following restorative proctocolectomy. *Colorectal Dis* 2011;13(10):e339-44.
29. Waljee A, Waljee J, Morris AM, Higgins PD. Threefold increased risk of infertility: a meta-analysis of infertility after ileal pouch anal anastomosis in ulcerative colitis. *Gut* 2006; 55(11):1575-80.
30. Cornish JA, Tan E, Teare J, Teoh TG, Rai R, Darzi AW, et al. The effect of restorative proctocolectomy on sexual function, urinary function, fertility, pregnancy and delivery: a systematic review. *Dis Colon Rectum* 2007;50(8): 1128-38.
31. Rajaratnam SG, Eglinton TW, Hider P, Fearnhead NS. Impact of ileal pouch-anal anastomosis on female fertility: meta-analysis and systematic review. *Int J Colorectal Dis* 2011.
32. Hull TL, Joyce MR, Geisler DP, Coffey JC. Adhesions after laparoscopic and open ileal pouch-anal anastomosis surgery for ulcerative colitis. *Br J Surg* 2012;99(2):270-5.
33. Aziz O, Athanasiou T, Fazio VW, Nicholls RJ, Darzi AW, Church J, et al. Meta-analysis of observational studies of ileorectal *versus* ileal pouch-anal anastomosis for familial adenomatous polyposis. *Br J Surg* 2006;93(4):407-17.
34. Parc Y, Klouche M, Bennis M, Lefevre JH, Shields C, Tiret E. The continent ileostomy: an alternative to end ileostomy? Short and long-term results of a single institution series. *Dig Liver Dis* 2011;43(10):779-83.

## Les 5 points forts

- ❶ En cas de colite grave, la concertation médico-chirurgicale au début de la prise en charge est fondamentale. L'introduction de thérapeutiques médicales de deuxième voire de troisième ligne rend encore plus importante cette concertation afin de ne pas laisser passer le moment de la chirurgie.
- ❷ La laparoscopie peut être proposée dans la majorité des cas pour le traitement chirurgical de la RCH.
- ❸ L'anastomose iléo-anale par laparotomie diminue la fertilité chez la femme. L'anastomose iléo anale par laparoscopie et l'anastomose iléo-rectale n'ont pas d'effets délétères démontrés sur la fertilité.
- ❹ La coloproctectomie est formellement indiquée en cas de dysplasie de haut grade en muqueuse plane, DALM et cancer. Elle pourrait être évitée en cas de dysplasies de bas grade, d'ALM et d'adénomes, sous réserve d'une surveillance endoscopique stricte.
- ❺ En dehors de la corticothérapie, les thérapeutiques médicales ne semblent pas obérer significativement les suites de la chirurgie de la RCH.

## Question à choix unique

### Question 1

---

Lors d'une colite aiguë grave (*une seule réponse exacte*) :

- A. La coloscopie est nécessaire pour confirmer le diagnostic. La coloscopie est contre-indiquée dans ce contexte
- B. Les nouvelles thérapeutiques médicales de deuxième, voire de troisième ligne, ont permis de diminuer le recours à la chirurgie en urgence
- C. Après le succès d'une thérapeutique deuxième ligne, moins de 10 % des malades ont une colectomie dans l'année qui suit la colite grave

### Question 2

---

La laparoscopie pour le traitement chirurgical de la RCH (*une seule réponse exacte*) :

- A. Est contre-indiquée pour les interventions en urgence
- B. Ne peut être utilisée pour la réalisation des coloproctectomies totales avec anastomose iléo-anale que dans des cas très sélectionnés
- C. Est contre-indiquée en cas de cancer ou de dysplasie
- D. Nécessite une expérience combinée de la chirurgie des MICI et de la laparoscopie

### Question 3

---

Chez la femme en âge de procréer (*une seule réponse exacte*) :

- A. Une information doit être donnée sur le risque de baisse de la fertilité après chirurgie de la RCH
- B. L'anastomose iléo-rectale a une incidence importante sur la fertilité
- C. L'anastomose iléo-rectale doit toujours être privilégiée par rapport à l'anastomose iléo-anale, en raison du risque important de baisse de la fertilité
- D. La laparoscopie n'a pas permis d'améliorer la fertilité postopératoire après anastomose iléo-anale