



Prof. Yoram BOUHNİK

## Prise en charge du patient opéré

- Savoir les modalités de suivi d'un patient opéré
- Connaître les indications d'un traitement prophylactique



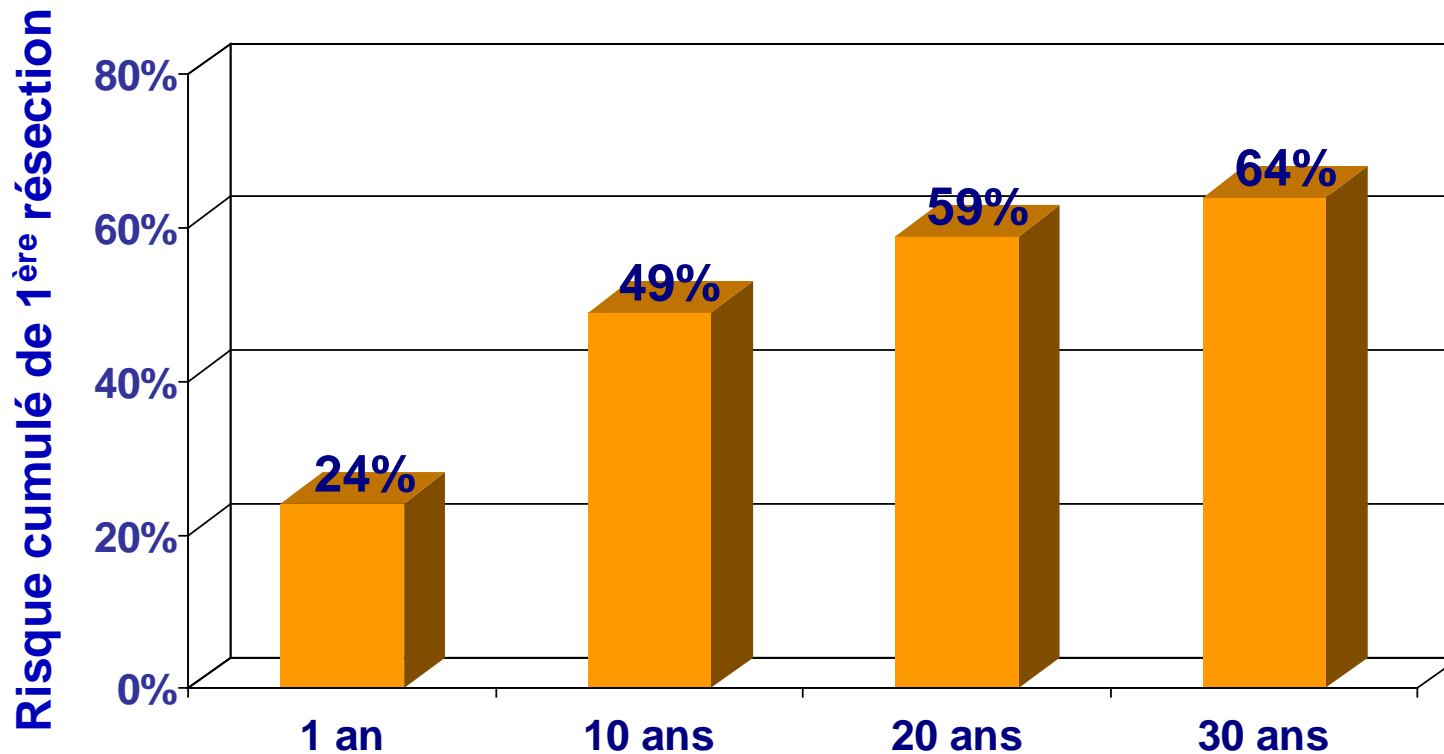
# Conflits d'intérêts

- Le Professeur Yoram BOUHNİK n'a pas déclaré de conflits d'intérêts.

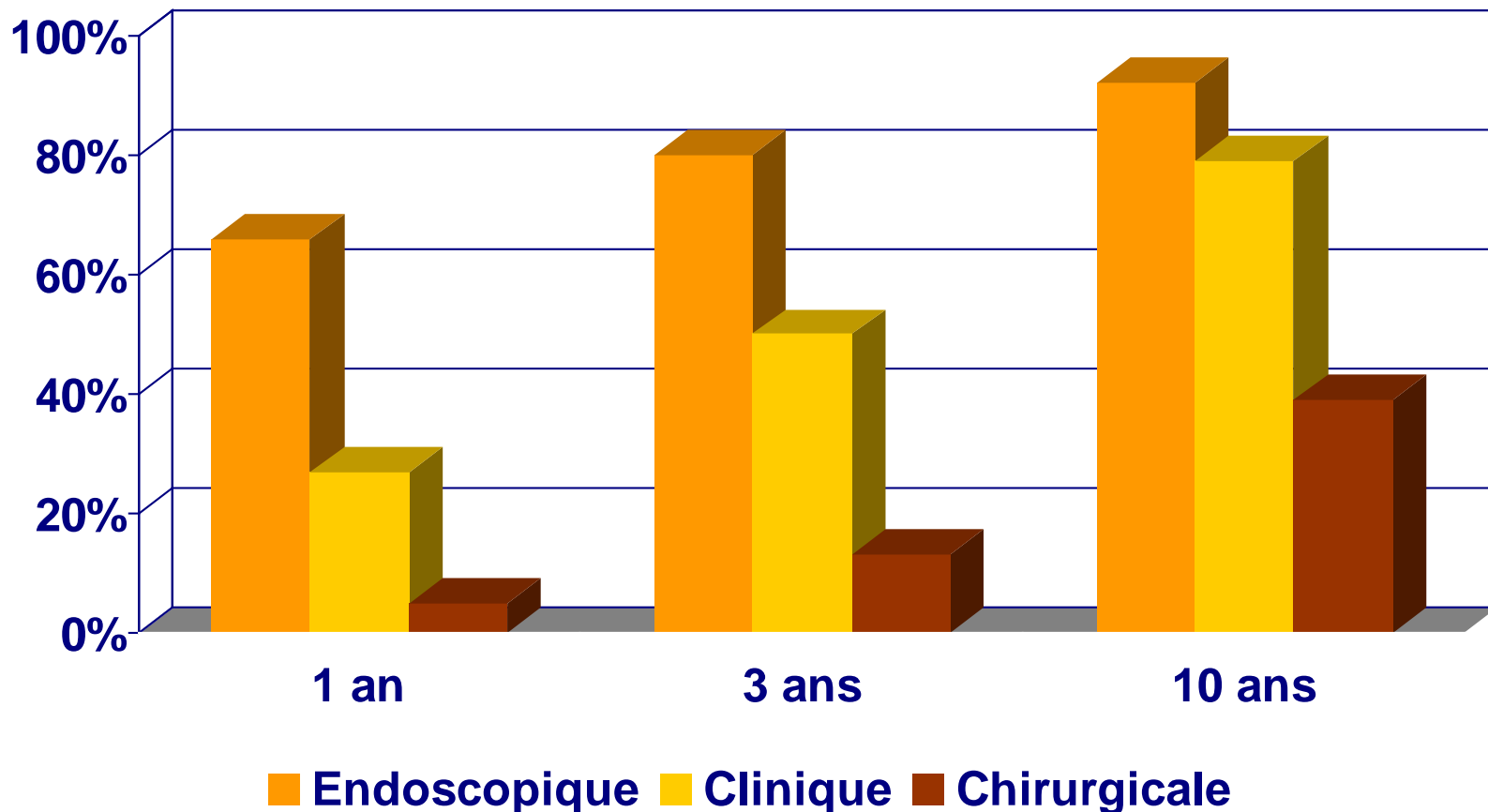
# Risque de résection intestinale au cours de la maladie de Crohn : Etude de cohorte en population

## Comté d'Olmsted, Minnesota (1940 – 2001)

Cas incidents, n=314; Suivi 13.2 (0.1-58) ans; Chirurgie 58%



# Récidive endoscopique, clinique et chirurgicale après résection intestinale pour maladie de Crohn



# Facteurs de risque de récurrence postopératoire de MC

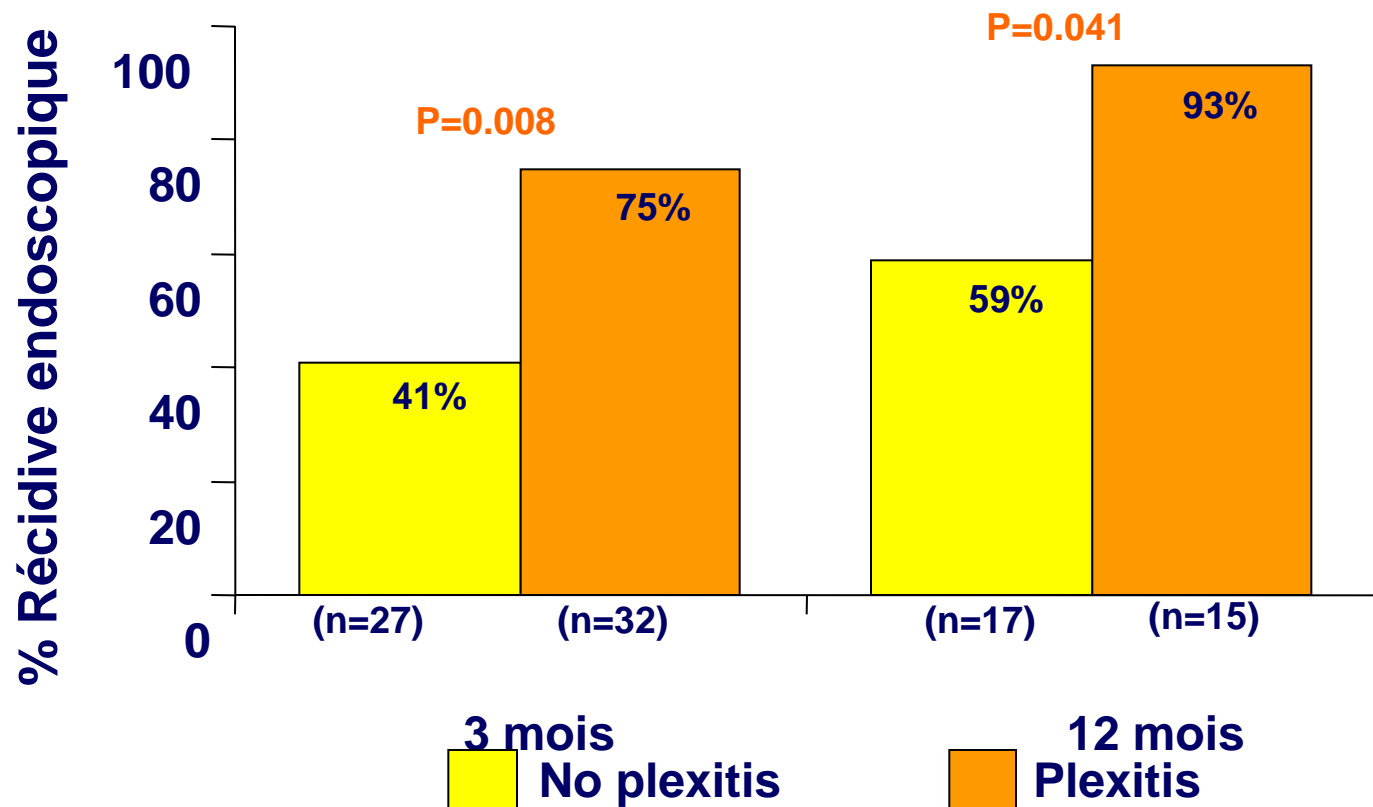
- **FDR reconnus**

- Tabac [OR 2.2; IC<sub>95%</sub> : 1.2-38]
- Type d'intervention AIR>RIC>Iléostomie

- **FDR probables**

- Durée d'évolution de la maladie < 1 an
- Topographie colique
- Forme pénétrante
- Mutation NOD2/Card15
- Plexite myentérique sur les marges de résection

# La plexite myentérique sur la marge proximale de résection est prédictive de la récurrence endoscopique au cours de la MC



*Plexite : presence  $\geq 1$  cellule inflammatoire adjacente à/ ou dans un ganglion mésentérique ou une cellule nerveuse*

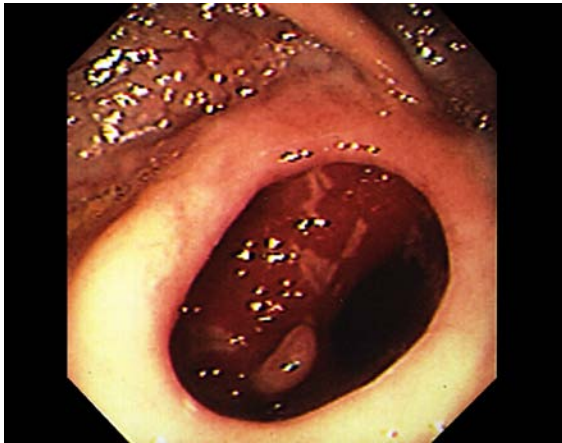
# Récidive endoscopique iléale post-opératoire : Score de Rutgeerts

Stade i0	Pas de lésions
Stade i1	≤ 5 ulc. aphtoïdes
Stade i2	> 5 ulc. aphtoïdes avec muqueuse intercalaire normale ou ulc. plus larges ou ulc. anastomotique
Stade i3	Iléite diffuse avec muqueuse intercalaire inflammatoire
Stade i4	Iléite diffuse avec ulc. creusantes, nodules ou sténose

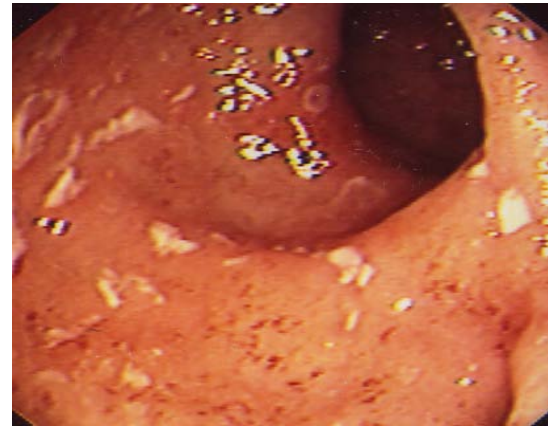
# Maladie de Crohn

## Le score de Rutgeerts

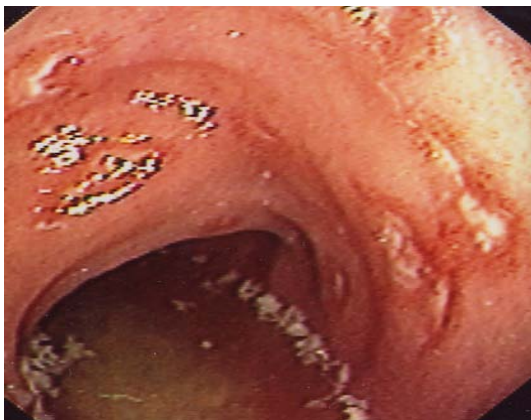
*Gastroenterology 1990 ; 99 : 956-63*



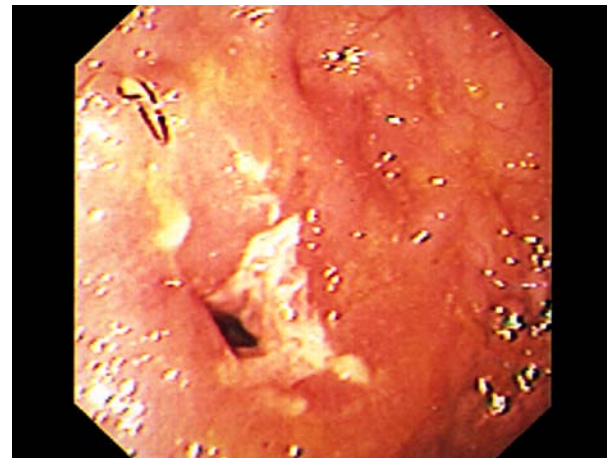
Stade i1



Stade i3



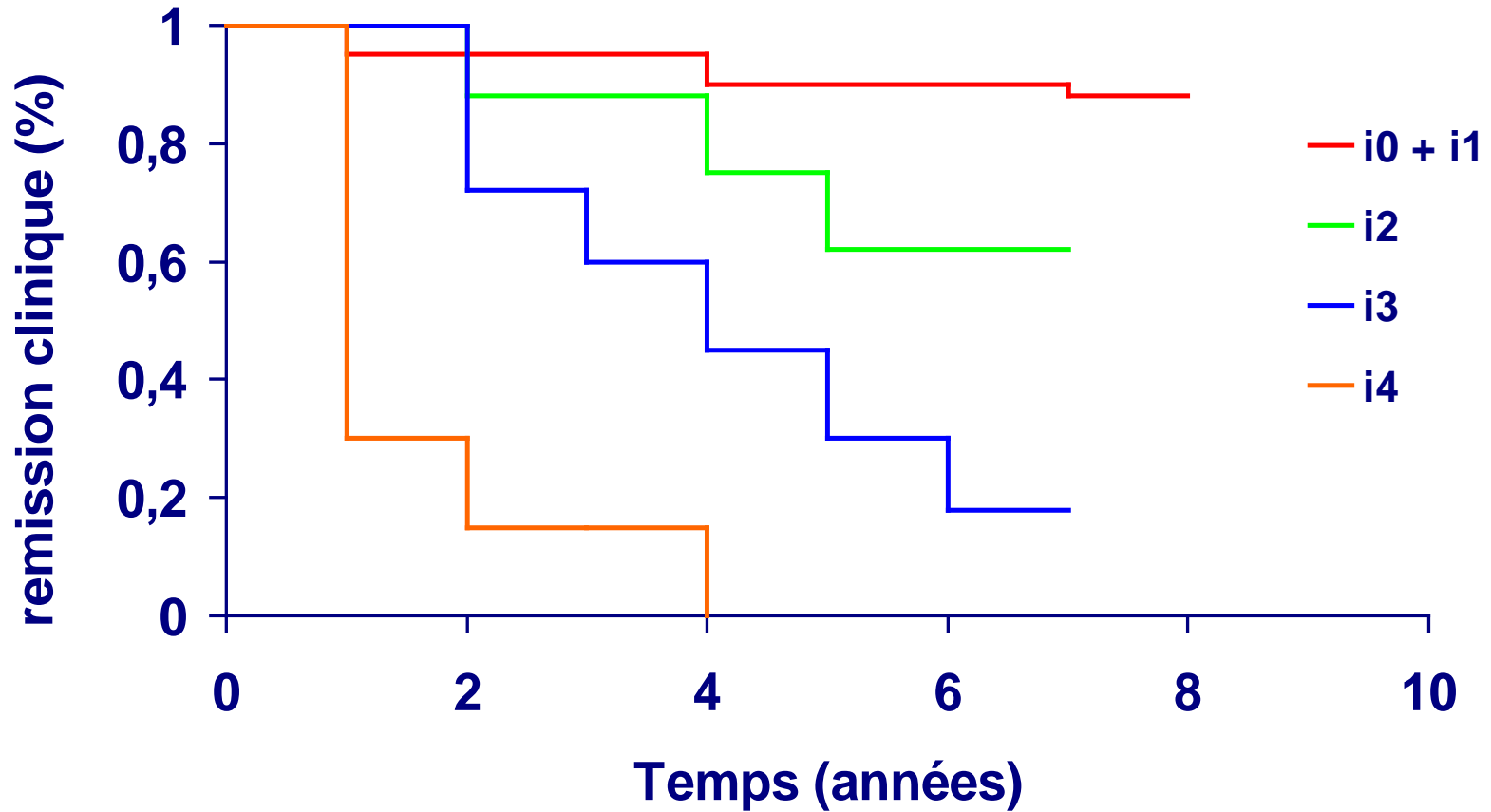
Stade i2



Stade i4



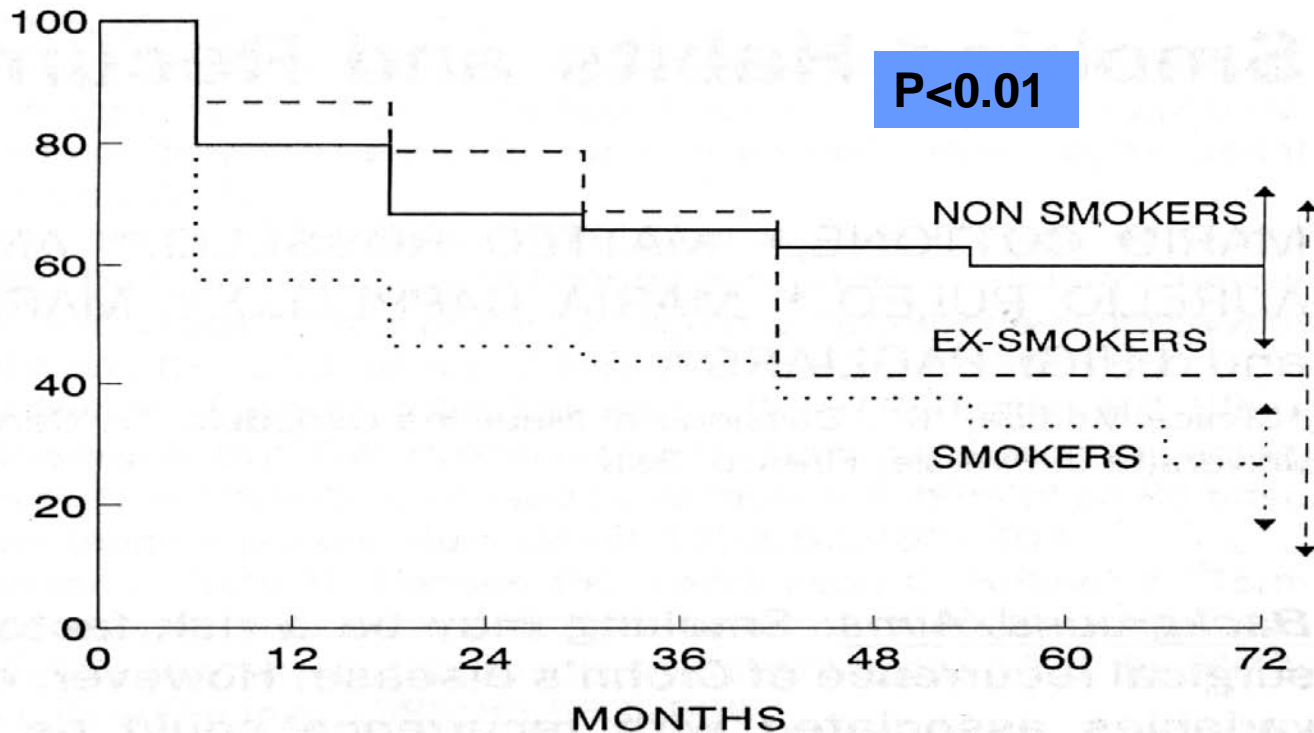
# Récidive clinique selon la sévérité des lésions endoscopiques initiales



# Traitements préventifs de la récurrence postopératoire évalués dans des ECR au cours de la MC

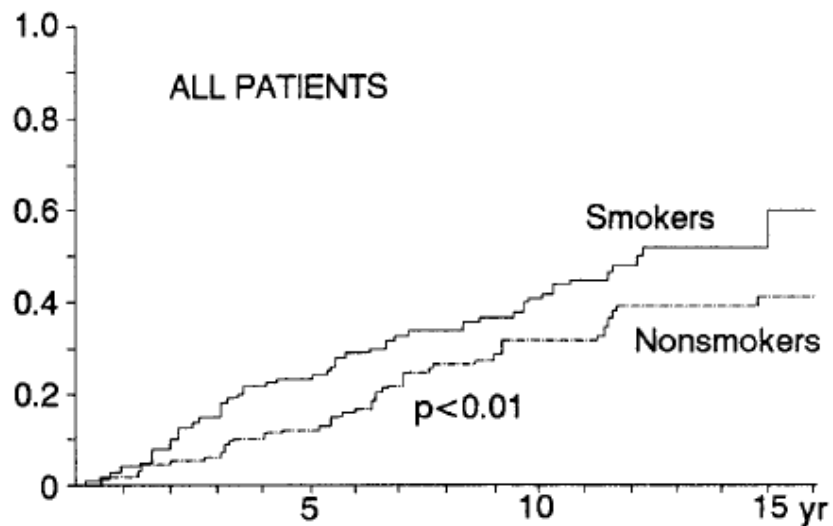
	<b>ECR</b>	<b>Meta-analyse</b>	<b>Résultats</b>
<b>Antibiotiques</b>	2	0	Pas d'effet sur le long terme
<b>Probiotiques</b>	4	1	Globalement négatifs
<b>Corticoïdes</b>	5	2	Pas d'effet
<b>5-ASA</b>	10	3	↘RC 10-15% ↘RE 15-20%
<b>Immuno-Suppresseurs</b>	2	0	± idem 5-ASA

# Effet du tabagisme sur le maintien en rémission après chirurgie pour MC



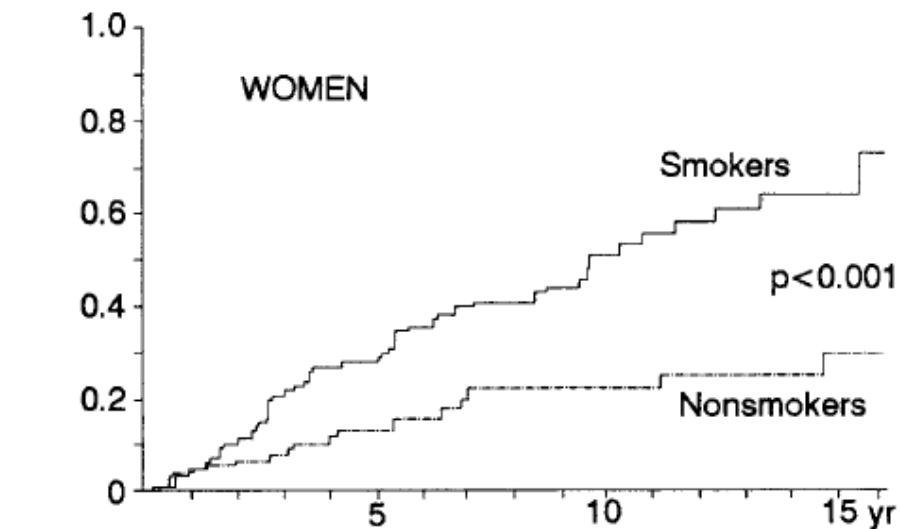
NON-SMOKERS	53	35	27	24	20	18
EX-SMOKERS	19	11	10	8	5	2
SMOKERS	110	52	37	29	24	21

# Tabac et recours aux immunosuppresseurs après chirurgie pour MC



No. of patients at risk

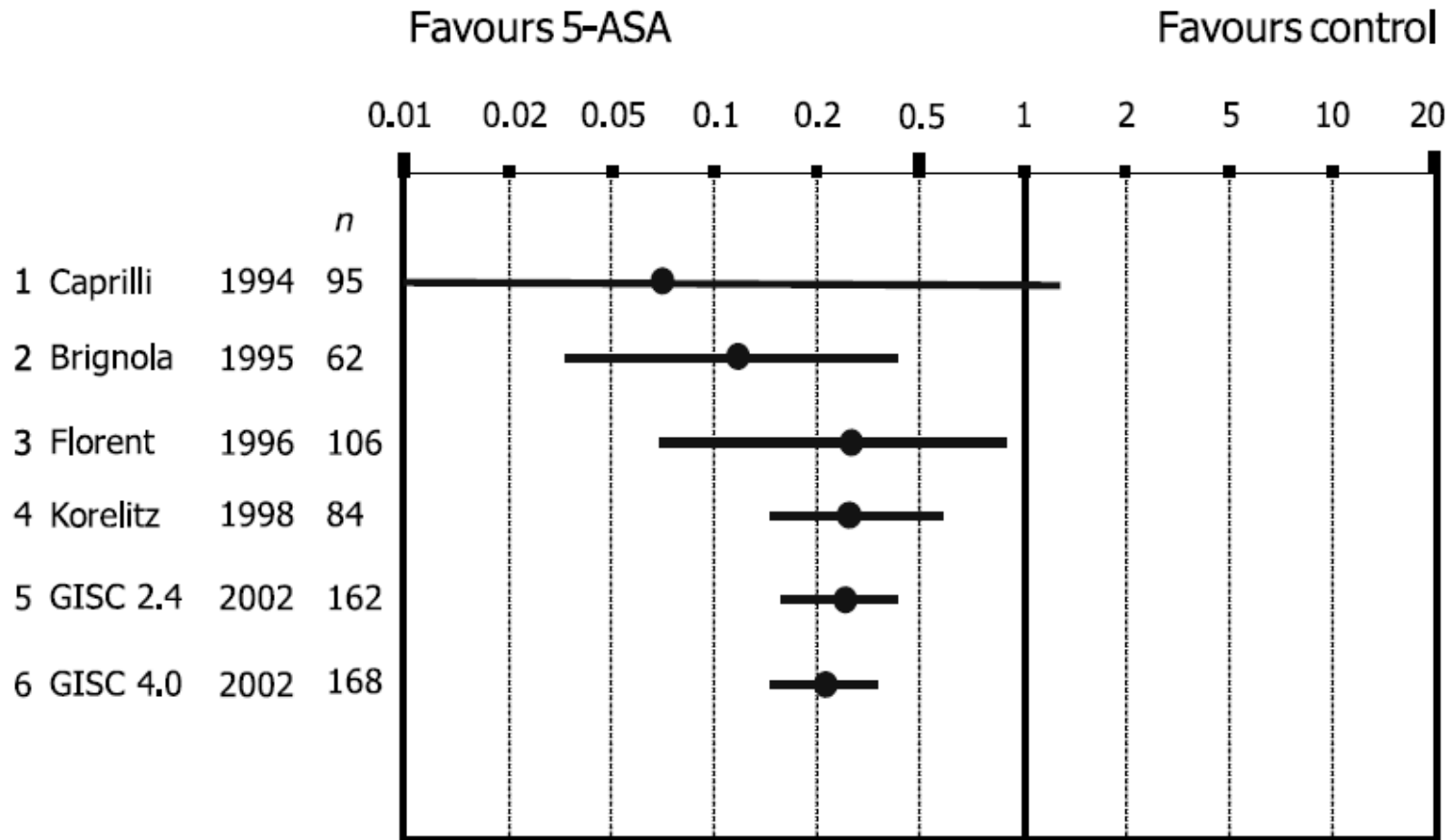
Nonsm.	198	161	120	96	69	52	37	27	20
Sm.	202	155	114	89	66	50	31	19	7



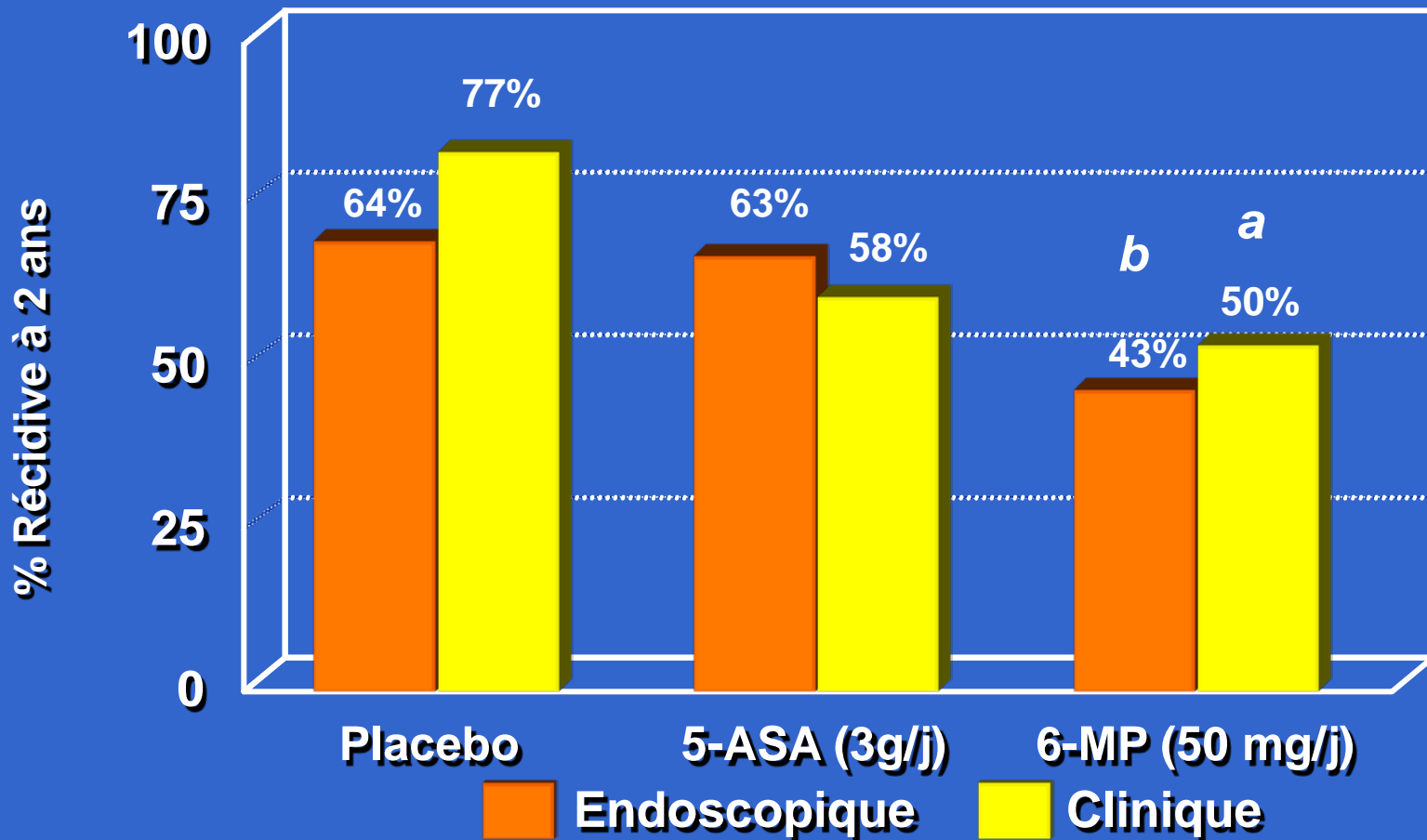
No. of patients at risk

Nonsm.	115	91	64	51	41	38	26	21	15
Sm.	130	102	70	54	42	27	16	11	4

# Méta-analyse évaluant l'effet de la mésalazine dans la prévention de la récurrence endoscopique post-opératoire sévère (> i2) de la MC



# Prévention des rechutes post-opératoires de la MC comparaison 6-MP, 5-ASA et placebo (ECR, n=131)



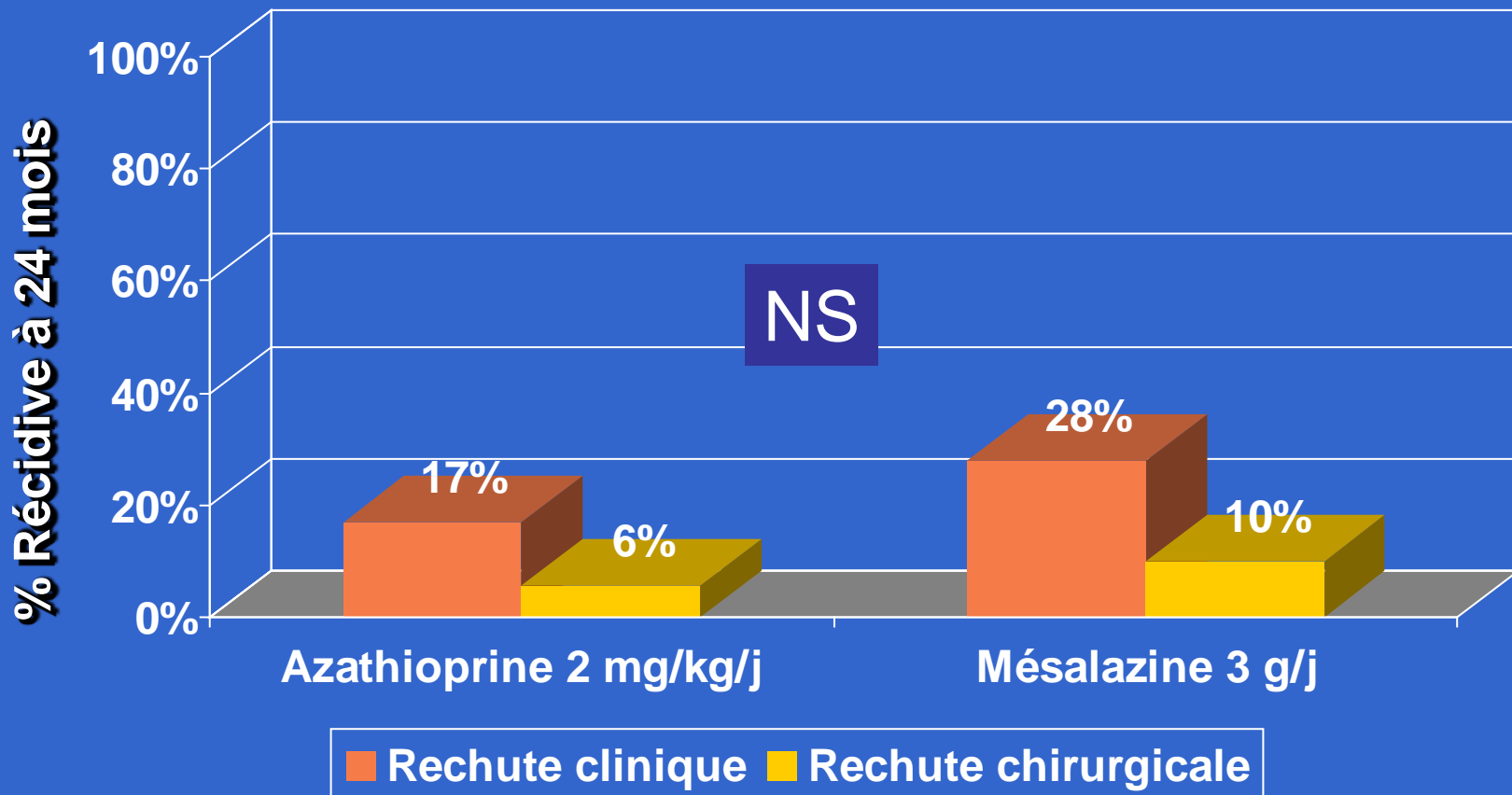
<sup>a</sup> 6-MP vs placebo : HR 0.52;  $P = 0.045$

<sup>b</sup> 6-MP vs placebo : HR 0.48;  $P = 0.030$

Hanauer S et al. *Gastroenterology* 2004;127:723-9

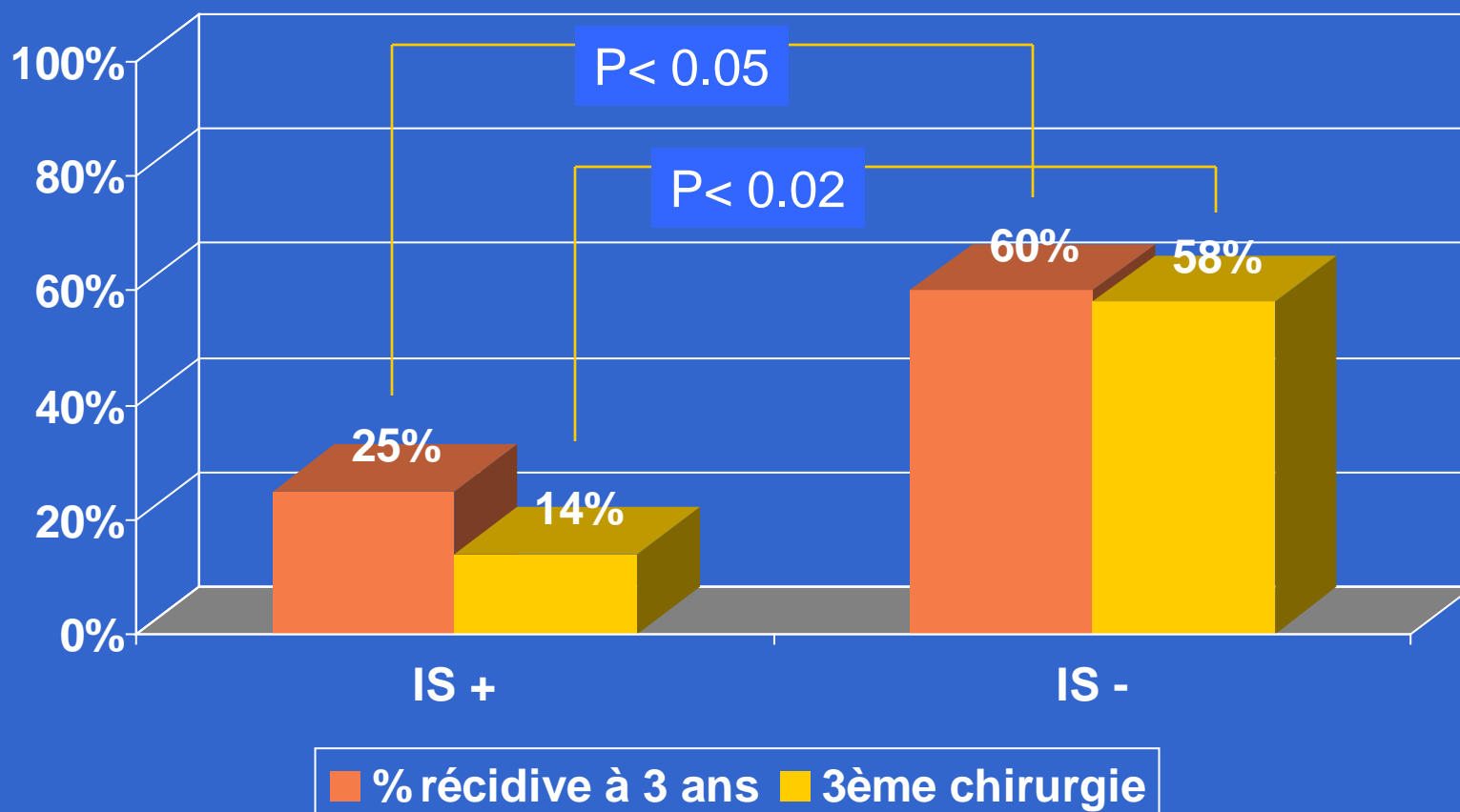
# Prévention des rechutes post-opératoires de la MC

## Comparaison Azathioprine et 5-ASA (ECR, ouvert, n=142)



# Effet des immunosuppresseurs dans la prévention de la 3ème rechute post-opératoire de la MC

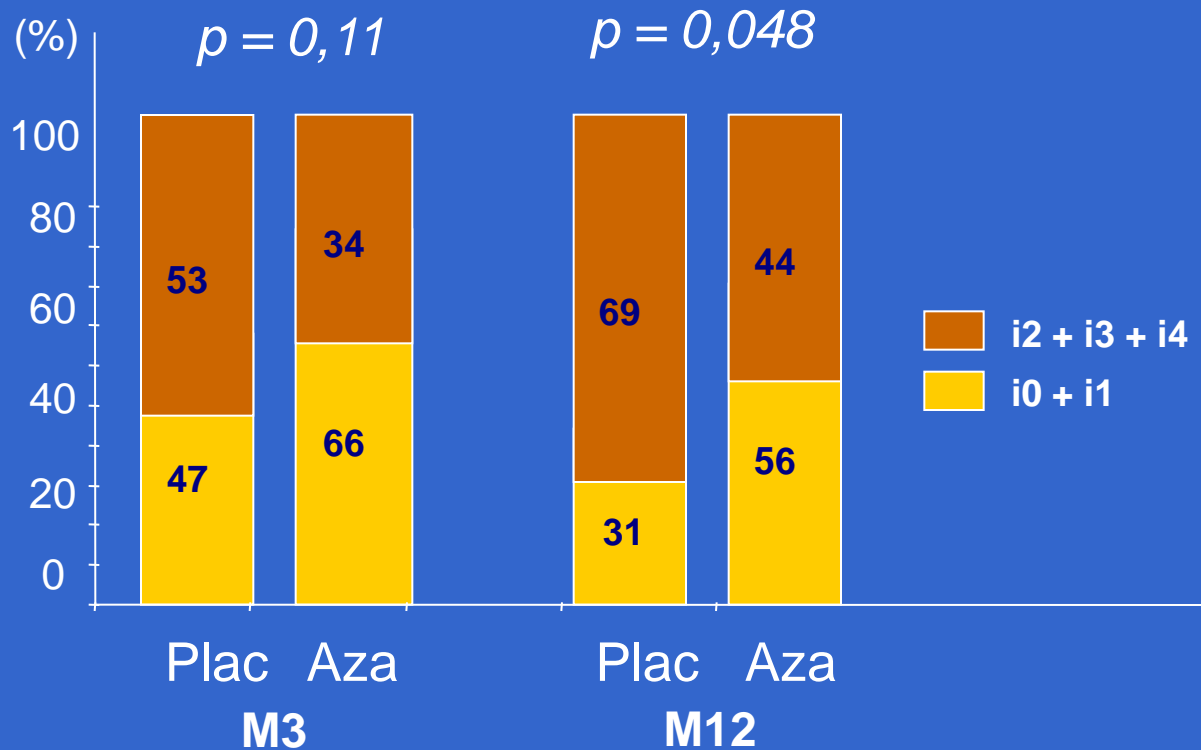
Essai ouvert, n=26





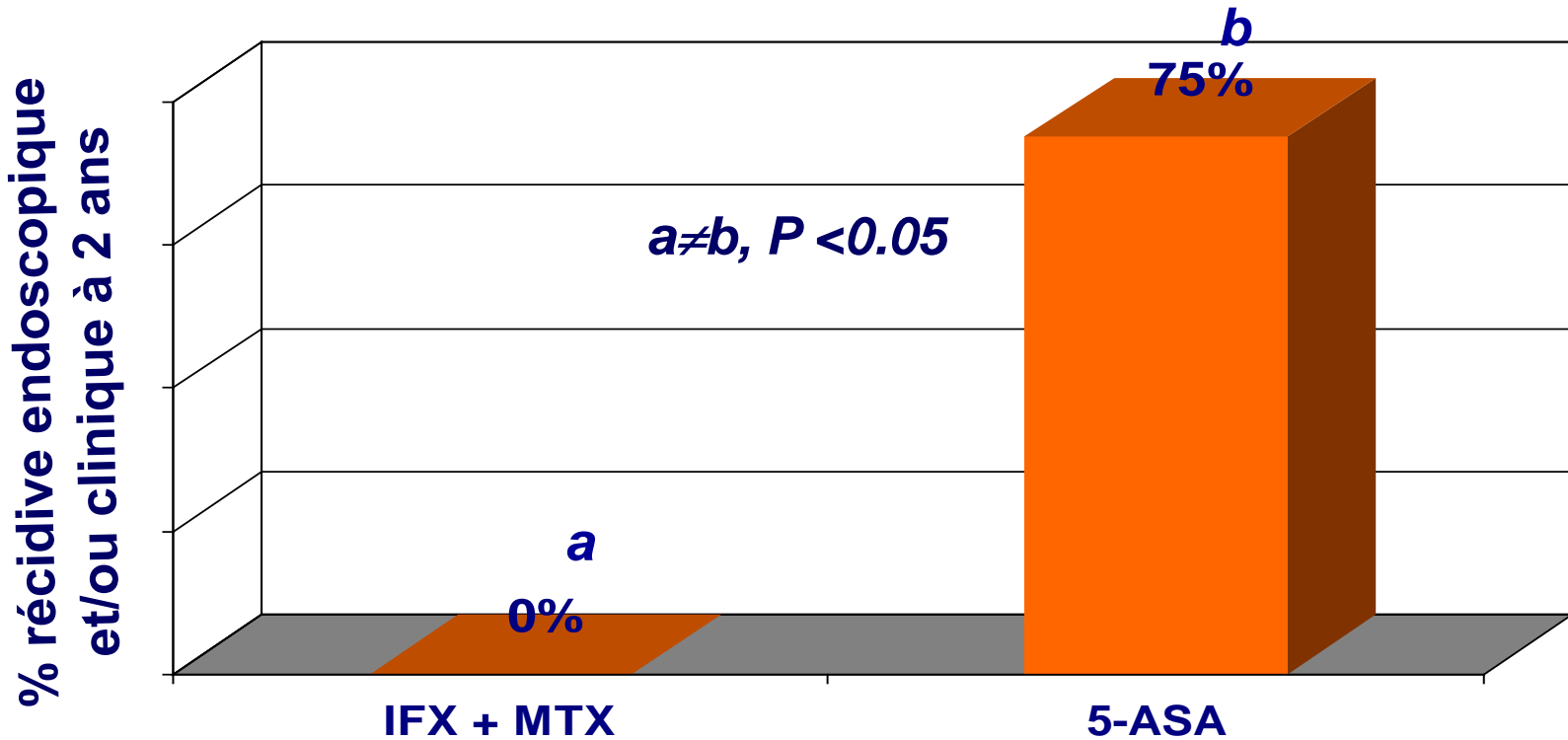
# L'azathioprine et le métronidazole sont efficaces en prévention de la récurrence postopératoire

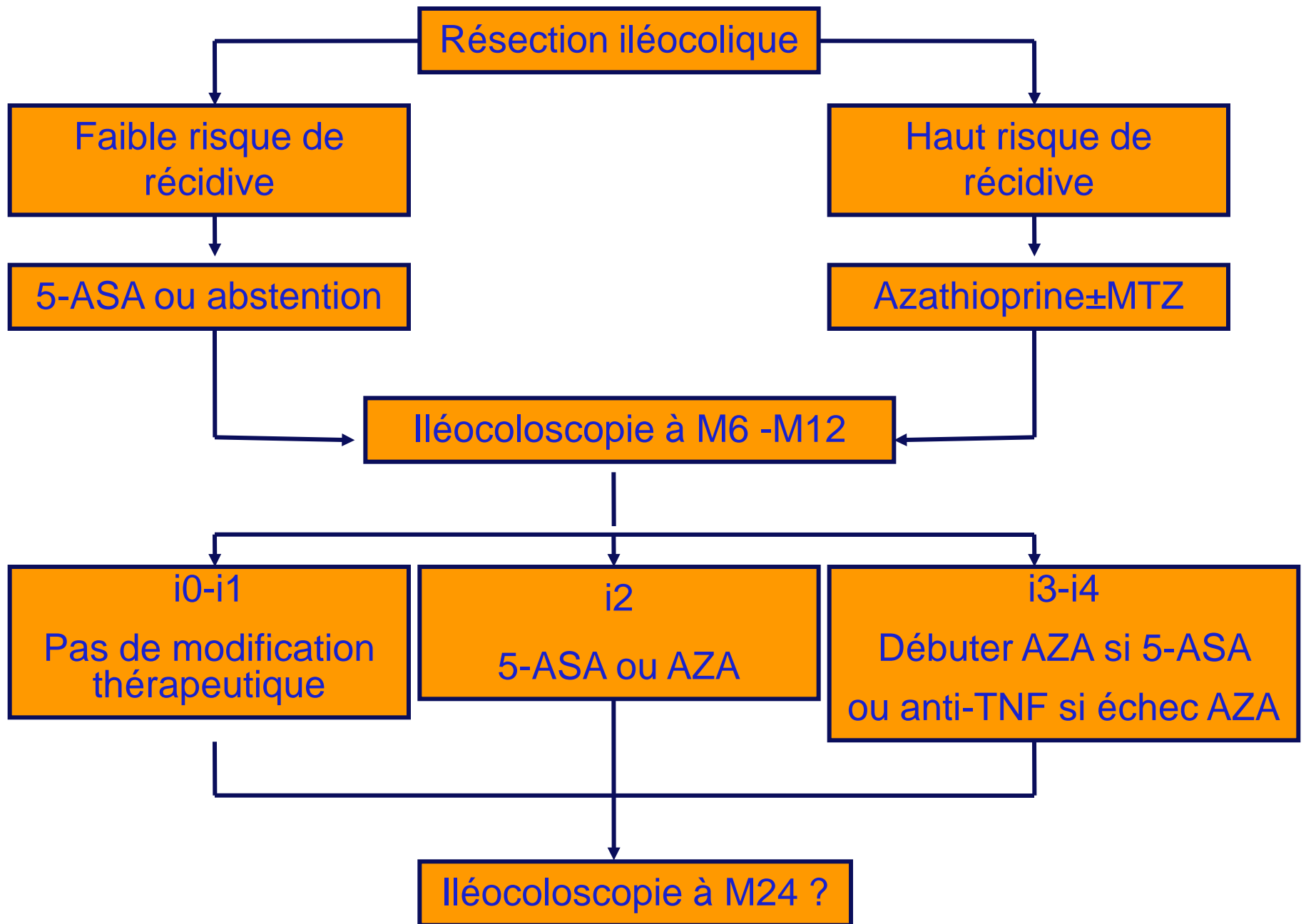
- **Essai prospectif**, multicentrique contrôlé
  - 81 patients ayant eu une résection iléo-caecale randomisés en deux groupes :
  - métronidazole (MTZ) 750 mg/j pendant 3 mois + azathioprine (AZA) 2 mg/kg/j pendant un an versus métronidazole 750 mg/j + placebo



# Infliximab + methotrexate vs 5-ASA dans la prévention de la récurrence postopératoire de la MC iléocolique

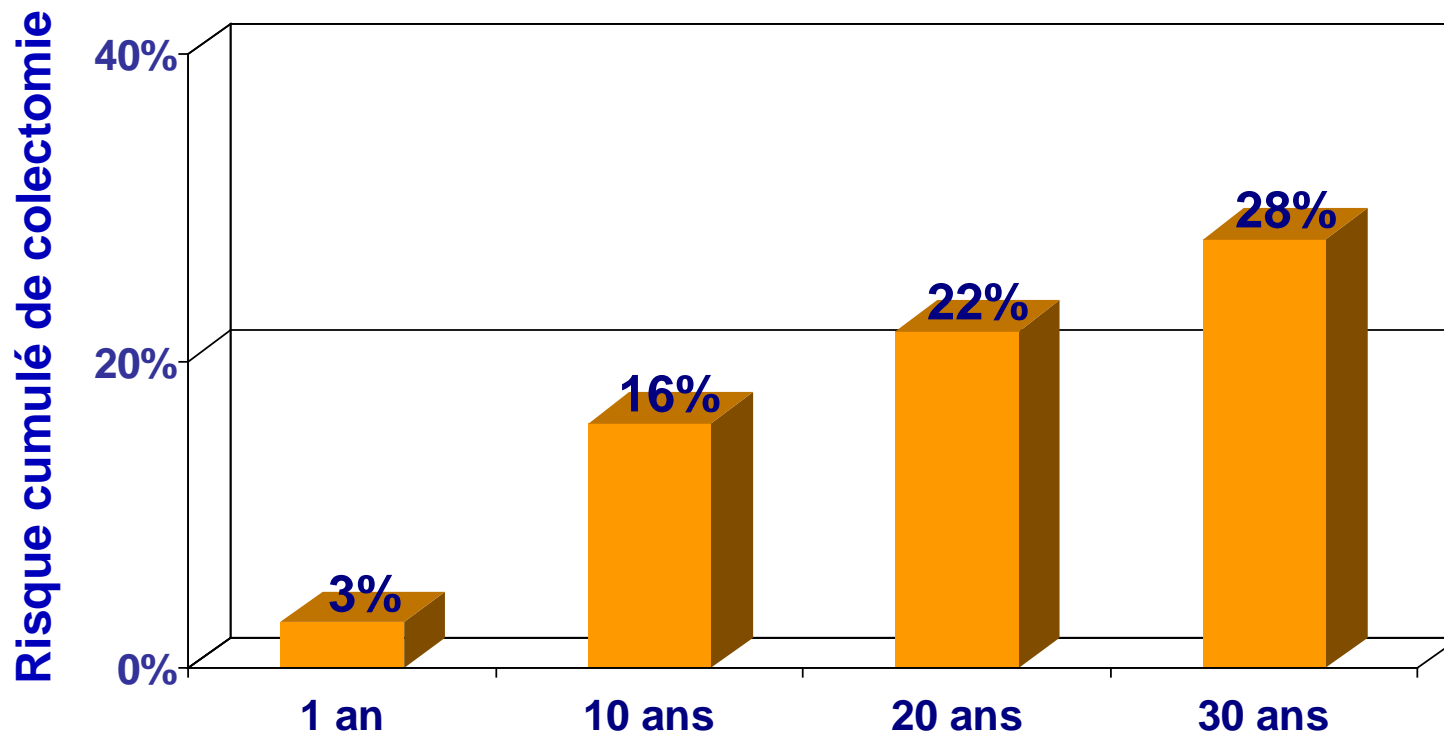
Etude pilote, en ouvert, MTX oral 10 mg/sem  
n=23, Suivi 24 mois



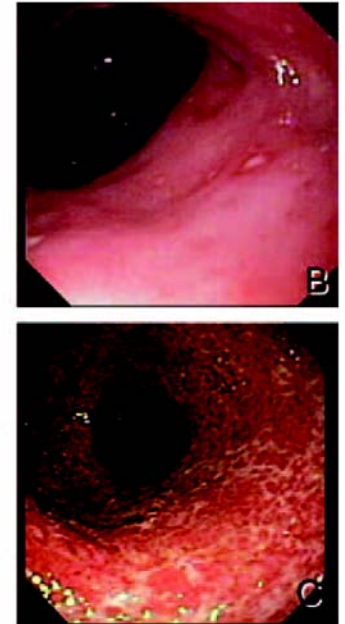
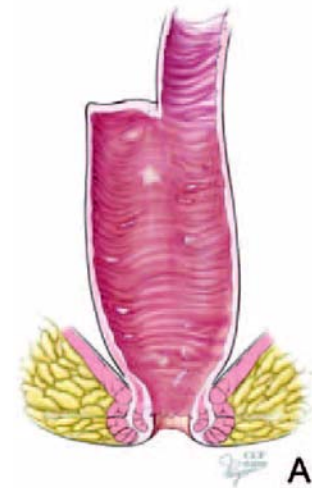
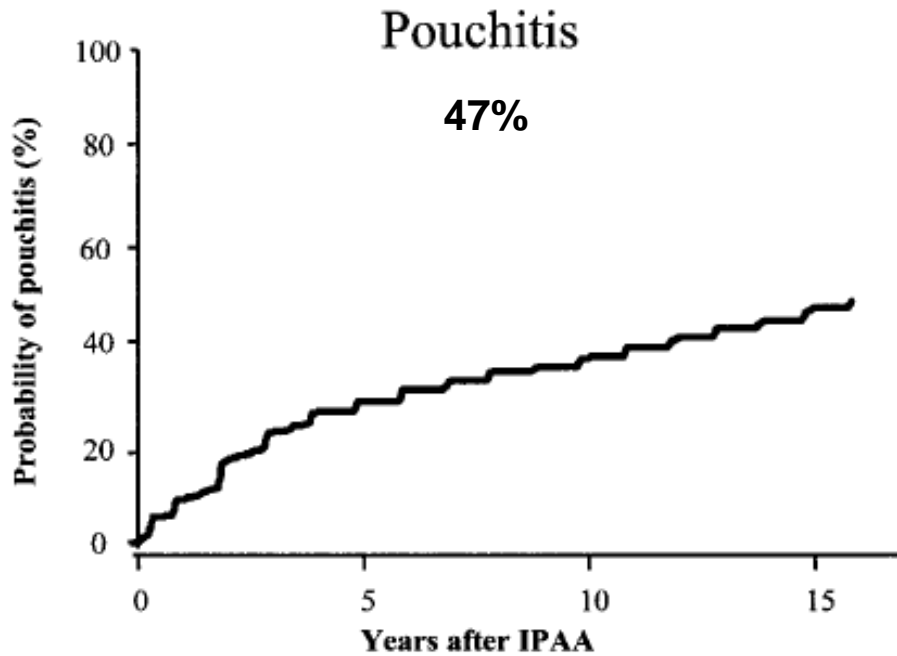


# Risque de résection intestinale au cours de la RCH : Etude de cohorte en population *Comté d'Olmsted, Minnesota (1940 – 2001)*

Cas incidents, n=368; Suivi 15.1 (0.1-58) ans



# AIA: Risque de pouchite



FDR de pouchite chronique :

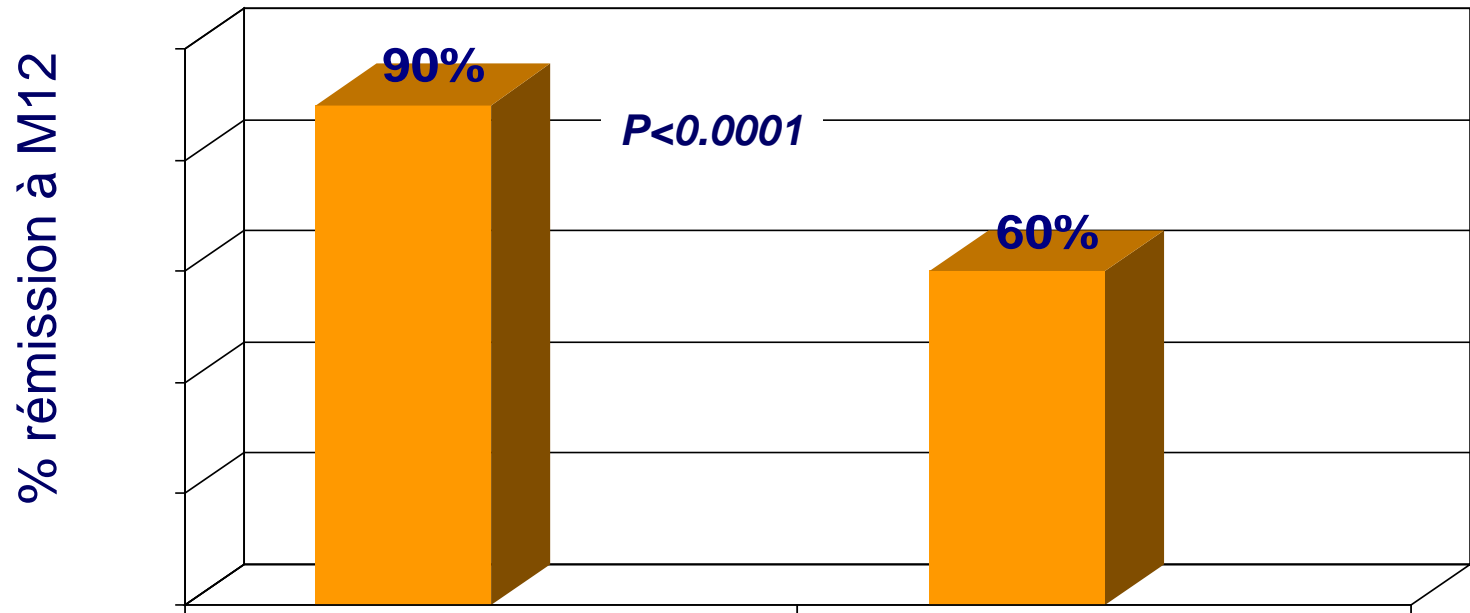
- Manifestations extradiigestives
- Thrombocytose
- Durée de suivi

*Fleshner P et al. CGH 2007.5:952-8.*

*Hahnloser et al, Annals of Surgery 2004; 240:615-23*

# Prophylaxie primaire de la pouchite par VSL#3

ECR, DA, n=40,  
VSL#3 3g/j ou placebo pendant 12 mois



# Quelle surveillance proposer après anastomose iléorectale ?

- **Intervention de plus en plus pratiquée**
  - risque d'hypofertilité féminine après AIA
  - meilleur confort digestif après AIR
- **Risque de rechute > 50%**
  - Traitement médical : le plus souvent nécessaire
  - Proctectomie secondaire : 20% (rechute ++)
  - Aucune étude n'a évalué l'efficacité de ttt préventifs
  - Traitements locaux +++
- **Risque de dysplasie sur rectum restant**
  - Risque de DHG/Cancer : 15% après 30 ans (3 études de cohorte biaisées)
  - Intérêt d'une prophylaxie par 5-ASA ?
  - Surveillance endoscopique identique à celle qui aurait été proposée en l'absence de colectomie (Chromoendoscopie + biopsies systématiques)



# Les Points forts

- **Maladie de Crohn**
  - Le sevrage tabagique est probablement le meilleur traitement préventif de la récurrence postopératoire + + +
  - La récurrence endoscopique précède la récurrence clinique et doit être appréciée par le score de Rutgeerts
  - L'instauration et le choix d'un traitement préventif de la récurrence doit être basé sur le risque individuel et/ou sur les résultats de l'iléocoloscopie au 6<sup>ème</sup> -12<sup>ème</sup> mois
- **Rectocolite hémorragique**
  - L'AIA expose au risque de pouchite
  - L'AIR a un meilleur résultat fonctionnel que l'AIA mais est associée à un risque accru de récurrence et de dysplasie/cancer sur le rectum restant