

RCH

Quand opérer ?



*Stéphane Berdah
CHU NORD - Marseille*

RCH : quand opérer ?

Objectifs pédagogiques

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

Introduction

- ✓ **Objectifs** du traitement chirurgical:
 - ✓ **Réséquer l'ensemble de la muqueuse** colorectale
 - ✓ Déjà malade ou susceptible de le devenir

- ✓ **Indications:**
 - ✓ En urgence: CAG
 - ✓ « A froid »:
 - ✓ Résistance au traitement
 - ✓ Microrectie
 - ✓ Dysplasie / Cancer

RCH : quand opérer ?

Introduction

Taux de colectomie

Durée d'évolution	RCH	Pancolite
5 ans	20%	32%
10 ans	28%	42%
25 ans	45%	65%

Kuriyama M, et al. Dis Colon Rectum 2006; 49: 1307-15.

Leijonmark, Gut 1990



FMC HGE

Association Française
de Formation Médicale Continue
en Hépatogastro-entérologie

RCH : quand opérer ?

Introduction

Taux de colectomie à 10 ans

≈ 10%*

En baisse ?**

**Hoie et coll. Gastroenterology 2007*

***Gilaad et coll. Am J Gastroenterol 2012*

Introduction

- ✓ Options chirurgicales:
 - ✓ En urgence: CST
 - ✓ « A froid »:
 - ✓ CPT + AIA
 - ✓ CPT + iléostomie définitive
 - ✓ Colectomie totale + AIR

- ✓ Dernières recommandations = 2012 (ECCO)

Dignass A, et al. J Crohns Colitis 2012; 6: 991-1030.

Introduction

MAIS évolution constante:

✓ **Laparoscopie = référence**

Ahmed Ali U, et al. Cochrane Database Syst Rev 2009; (1): CD006267.

Tilney HS, et al. Int J Colorectal Dis 2007; 22: 531-42.

Fleming FJ, et al. Dis Colon Rectum 2011; 54: 176-82.

✓ **Nouvelles approches (mono-trocart, robotique)**

Maggiori L, et al. Colorectal Dis 2012; 14: e643-54.

Fichera A, et al. J Gastrointest Surg 2011; 15: 1909-16.

Miller AT, et al. J Gastrointest Surg 2012; 16: 587-94.

✓ **Fertilité**

Bartels SA, et al. Ann Surg 2012; 256: 1045-8.

Beyer-Berjot L, et al. Ann Surg 2013 [sous presse].

Effet des traitements préopératoires

✓ Corticothérapie:

- ✓ Augmentation des **complications infectieuses** globales et majeures
- ✓ Augmentation du taux de **fistules** anastomotiques?

*Aberra FN, et al. Gastroenterology 2003; 125: 320-7.
Lake JP, et al. J Gastrointest Surg 2004; 8: 547-51.*

✓ Anti-TNF:

- ✓ Initialement considérés comme FDR de complications postopératoires (infectieuses)
- ✓ MAIS études récentes **discordantes**

*Selvasekar CR, et al. J Am Coll Surg 2007; 204: 956-62.
Bregnbak D, et al. J Crohns Colitis 2012; 6: 281-6.
Coquet-Reinier B, et al. Surg Endosc 2010; 24: 1866-71.*

✓ Autres traitements: pas d'effet délétère

RCH : quand opérer ?

Quel centre chirurgical?

- ✓ Augmentation de la mortalité postopératoire dans les centres de faible volume (*i.e.* ≤ 3 colectomies pour RCH par an)
- ✓ **Recommandations ECCO** : réaliser au moins 10 AIA par an (grade D)

*Kaplan GG, et al. Gastroenterology 2008; 134: 680-7.
Dignass A, et al. J Crohns Colitis 2012; 6: 991-1030.*

RCH : quand opérer ?

CAG et Indication opératoire

- ✓ **CST avec double stomie** iléale et sigmoïdienne indiquée en urgence ou semi-urgence:
 - ✓ **CAG résistant** au traitement médical
 - ✓ **CAG compliquée**
 - ✓ Syndrome toxique (10%)
 - ✓ Mégacôlon toxique (colectasie) (5 %)
 - ✓ Perforation colique (4%)
 - ✓ Hémorragie massive (1,5 %)
 - ✓ **Corticothérapie** ≥ 20 mg de prednisolone/j > 6 sem

(grade C)

RCH : quand opérer ?

CAG et Indication opératoire

CAG non compliquée:

- ✓ Prise en charge d'emblée **multidisciplinaire**
- ✓ Evaluation de l'efficacité du traitement à J3:
 - ✓ Fréquence des selles
 - ✓ CRP
 - ✓ > 8 selles/j ou 3 à 8 selles + CRP > 45 mg/L = CST dans 85% des cas

Dignass A, et al. J Crohns Colitis 2012; 6: 991-1030.

RCH : quand opérer ?

CAG et Indication opératoire

- ✓ « **Timing** » de cette chirurgie en semi-urgence?
 - ✓ **J4 – J7** = avis d'experts
 - ✓ Thérapeutiques médicales de seconde ligne (ciclosporine, infliximab): diminution du taux de CST de 30-70% à 10-20%
 - ✓ Eviter un délai trop long (> 14 jours) entre l'admission et la CST: triple morbi-mortalité postopératoire

Travis SP, et al. J Crohns Colitis. 2008; 2: 24-62.

Laharie D, et al. Lancet 2012; 380: 1909–15.

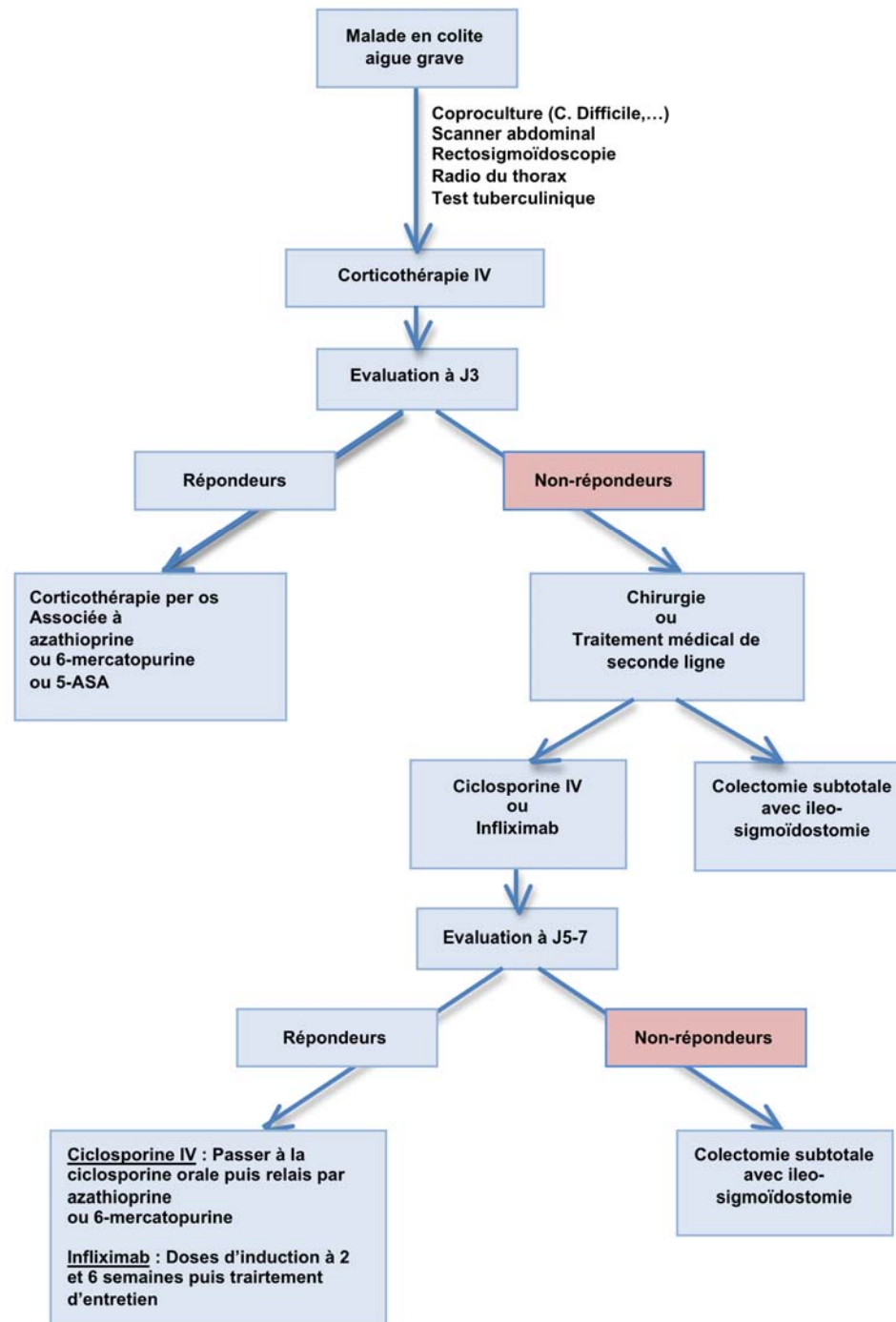
Dayan B, et al. World J Gastroenterol 2012; 18: 3833-3838.

De Silva S, et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2011; 9: 972-80.



FMC HGE

Association Française
de Formation Médicale Continue
en Hépatogastro-entérologie



Bitton A, et al. Am J Gastroenterol. 2012;107:179-94.



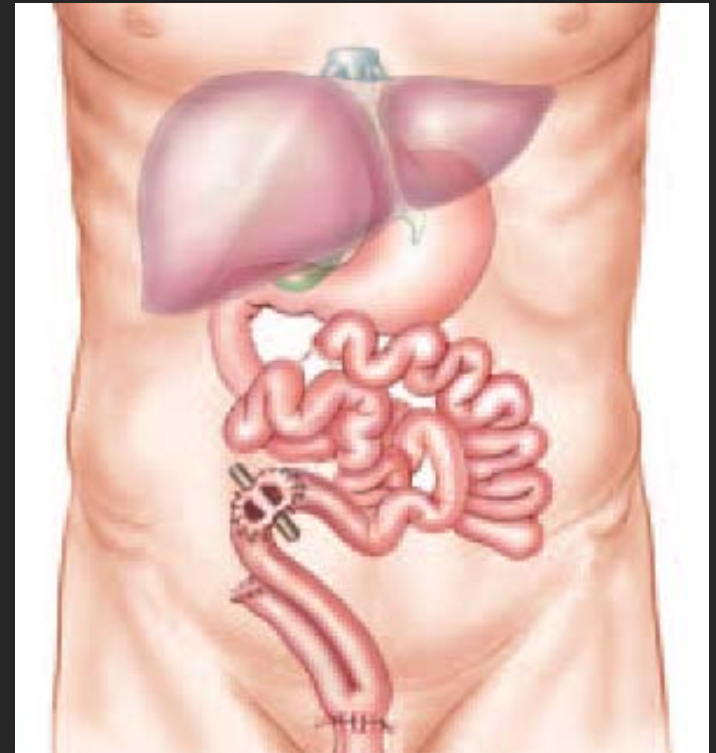
FMC HGE

Association Française
de Formation Médicale Continue
en Hépatogastro-entérologie

RCH : quand opérer ?

CPT et AIA

- ✓ Traitement chirurgical de **référence** de la RCH:
 - ✓ **Guérison** (résection de l'ensemble de la muqueuse colorectale)
 - ✓ **Conservation sphinctérienne**
- ✓ Modalités:
 - ✓ 3 temps après CST (dénutrition et/ou l'imprégnation cortisonique)
 - ✓ 2 temps avec CPT d'emblée



Bretagnol, Paris EMC 2009

RCH : quand opérer ?

AIA et résistance au traitement

- ✓ Rémission sous traitement médical = fréq des selles < 3/j, sans saignement ni impériosité
- ✓ Si **corticorésistance ou échec des IS**:
 - ✓ Anti-TNF généralement proposés en 1^{ère} ligne
 - ✓ **Chirurgie élektive en seconde ligne**
- ✓ Autres indications d'AIA:
 - ✓ **Poussées fréquentes** (*i.e.* >2 poussées /an)
 - ✓ **Rechutes précoces** (*i.e.* <3 mois) malgré un traitement médical bien conduit

*Kuriyama M, et al. Dis Colon Rectum. 2006; 49: 1307-15.
Dignass A, et al. J Crohns Colitis 2012; 6: 991-1030.*

RCH : quand opérer ?

AIA et dysplasie / cancer

- ✓ Risque de CCR & RCH: 2,5% à 20 ans, 10% à 40 ans
- ✓ Sur-risque de CCR dans:
 - ✓ Colite ancienne
 - ✓ Cholangite sclérosante associée
- ✓ Pronostic semble équivalent à celui des CCR sporadiques

Rutter MD, et al. Gut 2004;53:1813–6.

Jess T, et al. Gastroenterology. 2012 Aug;143(2):375-81.

RCH : quand opérer ?

AIA et dysplasie / cancer

Indication opératoire:

- ✓ Indiscutable :
 - ✓ **DALM**
 - ✓ Dysplasie de **haut grade**
 - ✓ **Cancer**
- ✓ Pas de consensus pour les lésions en dysplasie de bas grade sur muqueuse plane ou en relief (ALM ou adénome) :
 - ✓ Chirurgie ou
 - ✓ Surveillance endoscopique étroite
 - ✓ Léger bénéfice pour la chirurgie: années ajustées à la qualité de vie et coût
- ✓ **Sténose colique** : risque de dégénérescence 25%-30%

RCH : quand opérer ?

AIA: contre-indications

- ✓ Mauvais état sphinctérien (TR, manométrie)
- ✓ Doute avec une maladie de Crohn (patients sélectionnés)

- ✓ Indication de manométrie:
 - ✓ Troubles sphinctériens connus
 - ✓ Age > 70 ans (pas une CI à lui seul)

- ✓ Fertilité?

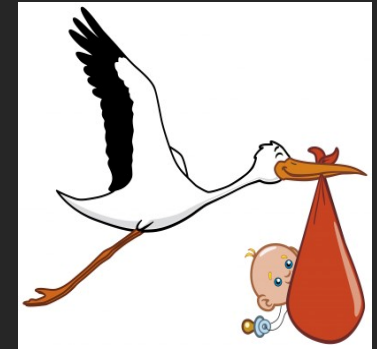
Itzkowitz SH, et al. Inflamm Bowel Dis. 2005; 11: 314-21.

Takao Y, et al. Ann Surg. 1998; 227: 187-94.

Panis Y, et al. Lancet. 1996; 347: 854-7.

RCH : quand opérer ?

AIA et fertilité



✓ Diminuée après laparotomie mais...

Méta-analyses	Année	Patientes, n	Etiologie	Tentatives de grossesse, n	Infertilité, %	Comparaison
Waljee	2006	481	RCH + PAF	-	48%	RR=3.2 / PG
Cornish	2007	650	RCH + PAF	-	43%	-
Rajaratnam	2011	1076	RCH + PAF	457	63%	RR=3.9 / PG

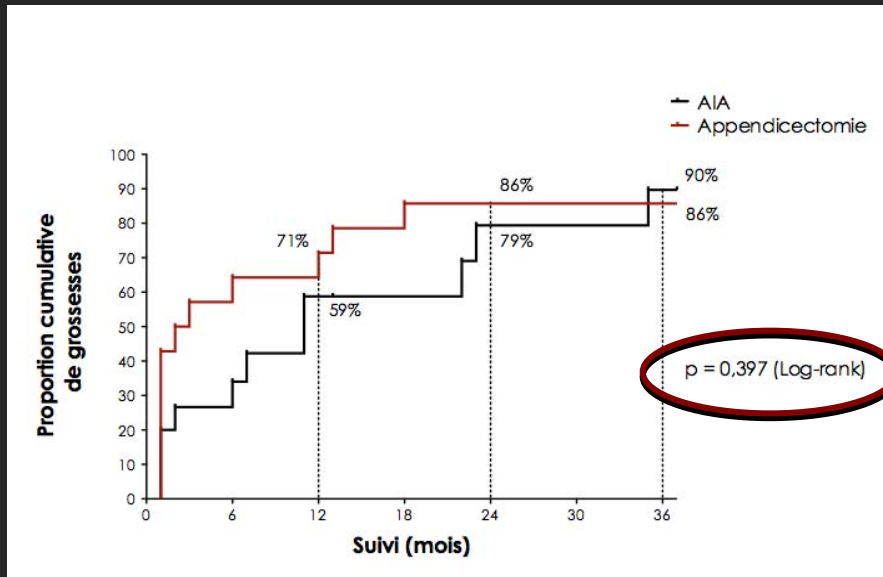
Waljee, et al. *Gut*. 2006; 55 : 1575-80.

Cornish, et al. *Dis Colon Rectum*. 2007; 50 : 1128-38.

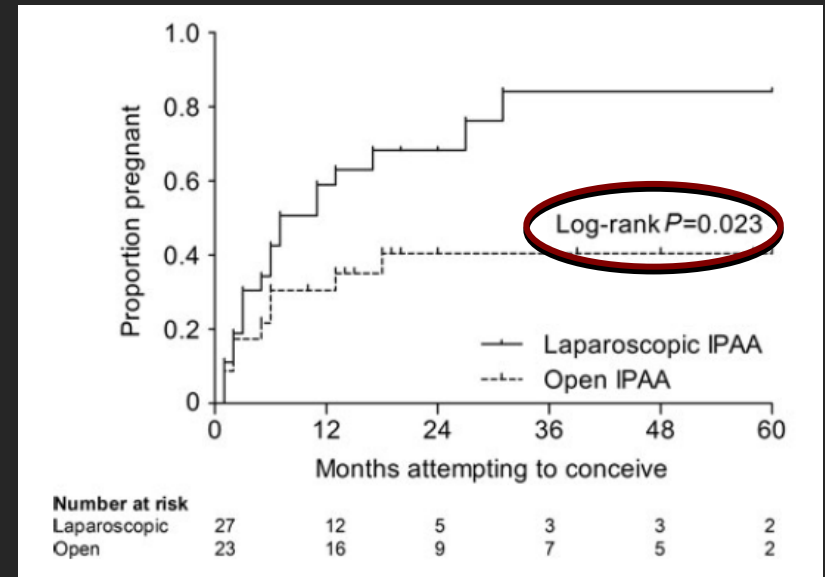
Rajaratnam, et al. *Int J Colorectal Dis*. 2011 (sous presse).

AIA et fertilité

✓ Semble non modifiée après laparoscopie



Beyer-Berjot L, et al. *Ann Surg* 2013
[sous presse].



Bartels SA, et al. *Ann Surg* 2012; 256:
1045-8.

AIR

- ✓ Peut être envisagée si les critères suivants sont respectés:
 - ✓ **Rectum « conservable »**: ie peu inflammatoire et sans microrectie
 - ✓ **RCH <10 ans**
 - ✓ **Absence de dysplasie/cancer**
- ✓ **Indications:**
 - ✓ Doute sur maladie de Crohn
 - ✓ Fonction sphinctérienne altérée
 - ✓ Femme jeune désireuse de grossesse
- ✓ **Bilan:**
 - ✓ Coloscopie et rectoscopie
 - ✓ Scanner abdominopelvien avec rectographie et reconstruction sagittale

Iléostomie définitive

- ✓ Quasi disparition des indications:
 - ✓ **Echec d'AIA**
 - ✓ **Envahissement tumoral du sphincter**
 - ✓ **Lésion sphinctérienne et CI AIR**
- ✓ ¼ des patients supportent mal leur iléostomie sur un plan social
- ✓ Iléostomie continente (poche de Kock):
 - ✓ Qualité de vie comparable à celle de la population générale
 - ✓ Complications postopératoires fréquentes

RCH : quand opérer ?

Messages à retenir

1. En cas de colite, grave et 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.
2. La laparoscopie peut être proposée dans la majorité des cas pour le traitement chirurgical de la RCH. Ceci nécessite cependant une expérience à la fois de la prise en charge des MICI mais aussi de la chirurgie laparoscopique avancée.
3. La laparoscopie permet une moindre baisse de la fertilité après anastomose iléo-anale. Dans la discussion préopératoire avec une femme en période d'activité génitale, ceci doit être mis en balance avec une anastomose iléo-rectale qui donne peu ou pas de baisse de la fertilité postopératoire mais qui nécessite dans la majorité des cas une proctectomie secondaire.
4. Seules les dysplasies de bas grade, les ALM et les adénomes peuvent éventuellement échapper à la chirurgie sous réserve d'une surveillance très stricte.
5. En dehors de la corticothérapie, les thérapeutiques médicales ne semblent pas influencer significativement les suites de la chirurgie de la RCH