

Les mauvais résultats de la coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale

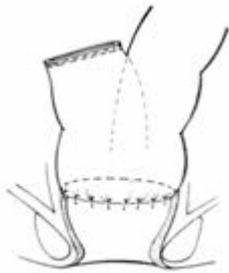
J. Cosnes
Service de Gastroentérologie et Nutrition
hôpital St-Antoine

07/11/2006

Echecs de l'AIA

1

La coloproctectomie totale avec réservoir iléal et anastomose iléo-anale (AIA)



07/11/2006

Echecs de l'AIA

2

L 'AIA est une merveilleuse intervention

- met un terme à des années de handicap en rapport avec impériosité, incontinence et mépris de soi

- Mayo Clinic¹ (n=1310) transit 6/1 0 impériosité
10% incontinence nuit > jour « pouch failure » 9% à 10 ans

- 98% des opérés ayant > 10 ans de recul recommanderaient cette opération aux autres malades²

¹ Meagher et al. *Br J Surgery* 1998 ; ² Wheeler et al. *DCR* 2005

07/11/2006

Echecs de l'AIA

3

L 'AIA est une merveilleuse intervention, mais :

- une chirurgie longue (2-3 tps) et difficile
- taux élevé de complications post-opératoires
 - sepsis pelvien 30%
 - fistule du réservoir
 - fistule et sténose de l 'anastomose
- diminution par 3 de la fécondité chez la femme
- résultat fonctionnel parfois moyen
- possible reprise d'un processus inflammatoire intestinal

07/11/2006

Echecs de l'AIA

4

Les mauvais résultats de l 'AIA

- 1 - les principales entités pathologiques après AIA
- 2 - les autres problèmes rencontrés
- 3 - l 'aboutissement des échecs
- 4 - conclusion (conduite pratique)

07/11/2006

Echecs de l'AIA

5

1

les principales entités pathologiques
après AIA

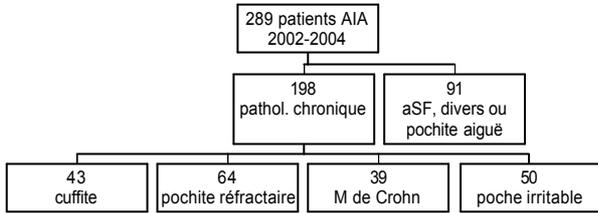
07/11/2006

Echecs de l'AIA

6

les diagnostics retenus à la « Pouchitis Clinic »

Shen et al *Clin GEH* 2006



07/11/2006

Echecs de l'AIA

7

Les différentes entités pathologiques après AIA

- la « cuffite »
- la pochite
 - aiguë
 - récidivante ou chronique active
- la maladie de Crohn secondaire
- le syndrome de la poche irritable

07/11/2006

Echecs de l'AIA

8

la cuffite

07/11/2006

Echecs de l'AIA

9

Le « cuff » : manchon ou îlots de muqueuse rectale résiduelle en aval de l'anastomose



07/11/2006

Echecs de l'AIA

10

la cuffite

Persistance de la RCH susanale
glaires + sang, impériosité, hypocontinence
→ traitements locaux

Risques de dysplasie et cancer
8 dysplasies / 178 suivis > 10 ans ¹ (5% à 10 ans)
surtout dans les 3 1ères années²
risque ↑ si AIA pour dysplasie ou K (→ 42%) ³
→ surveillance histologique annuelle
→ mucosectomie complémentaire si dysplasie
ou mauvaise compliance

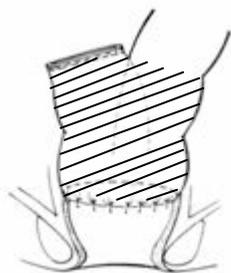
¹ Remzi DCR 2003 ; ² O'Riordain DCR 2000 ; ³ Johnson DCR 1983

07/11/2006

Echecs de l'AIA

11

La pochite

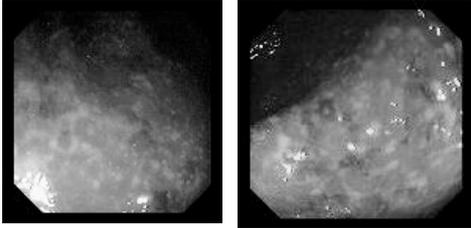


07/11/2006

Echecs de l'AIA

12

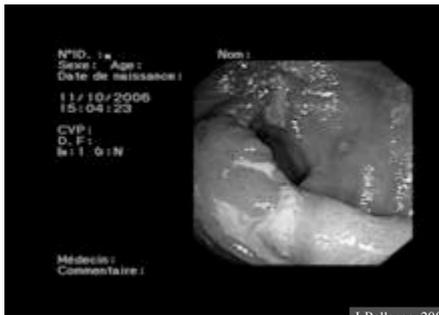
Pochite : aspect endoscopique



07/11/2006

Echecs de l'AIA

13

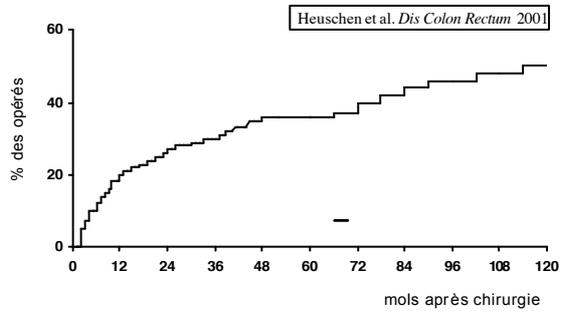


07/11/2006

Echecs de l'AIA

14

Risque cumulé de pochite après AIA pour RCH



07/11/2006

Echecs de l'AIA

15

2 types de pochite

- Pochites aigus:
épisodes aigus répondant aux antibiotiques :
 - 50% au moins 1 épisode
 - 33% 2 à 3 épisodes
- Pochites chroniques:
non réponse au traitement antibiotique
ou récurrence à l'arrêt
ou présence de > 6 épisodes en < 6 mois
ou pochite hémorragique chronique
 - 5 à 15%

07/11/2006

Echecs de l'AIA

16

la maladie de Crohn secondaire

07/11/2006

Echecs de l'AIA

17

Risque de M de Crohn secondaire

Cleveland Clinic¹
1965 AIA pour RCH → 74 M de Crohn 2aires (3,8%)

Mayo Clinic²
29 cas parmi les 500 1ers Rémission
diagnostic MC sur fistules périanales
fistule chronique du réservoir
iléite d'amont > 5 cm

étude cas-témoins³ (7 vs 9) : 0 facteur prédictif

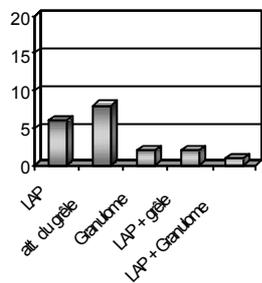
¹ Fazio et al *Ann Surg* 2003 ; ² Colombelet al *Am J GE* 2003 ; ³ Rahul et al *GE* 2004

07/11/2006

Echecs de l'AIA

18

209 AIA de cohorte. 19 M de Crohn secondaires (9%)
 les raisons du diagnostic de MC :



07/11/2006

Echecs de l'AIA

19

le syndrome de la poche irritable

07/11/2006

Echecs de l'AIA

20

le syndrome de la poche irritable

SPI si : diarrhée + douleurs > 12 semaines par an
 0 pochite, 0 iléite, 0 cuffite

barostat 7 SPI vs. 9 témoins (AIA avec bon résultat)
 compliance de la poche =
 ↑ tonus post-prandial =
 à pression = perception gaz, envie d 'aller à la selle
 et douleur SPI >> témoins

scores de qualité de vie SPI < témoins

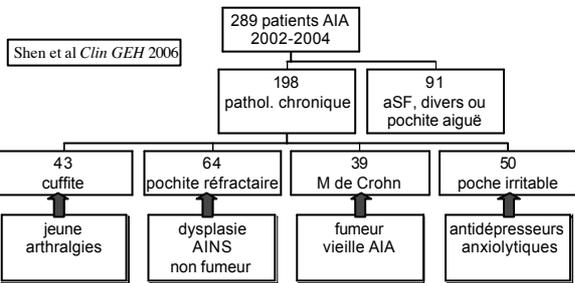
† Shen B et al. *Gastroenterology* 2004 (abstract)

07/11/2006

Echecs de l'AIA

21

les diagnostics retenus à la « Pouchitis Clinic » et leurs facteurs de risque



07/11/2006

Echecs de l'AIA

22

2

les autres problèmes rencontrés
après AIA

07/11/2006

Echecs de l'AIA

23

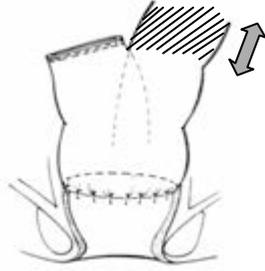
l'iléite en amont du réservoir

07/11/2006

Echecs de l'AIA

24

L' iléite en amont du réservoir



07/11/2006

Echecs de l'AIA

25

L' iléite d' amont

Iléite inflammatoire ulcérée parfois sténosante
étendue du réservoir vers l' amont (10-20 à 50 cm)
peu améliorée par Tts AB, + par corticoïdes

St Mark 's¹

571 AIA → 15 iléites d' amont (MC et AINS exclus)
lésions max 1^{er} cm pré-poche puis ↓
9 + sténose dt 2 sévères, 1 + fistule
10 + lésions du réservoir (7 pochite ; 3 fistule)
anapath inflammation sévère non spécifique
AB, corticoïdes, IS, dilatation endoscopique
exérèse chirurgicale n=5

¹ Bell AJ et al. *Colorectal Dis* 2006

07/11/2006

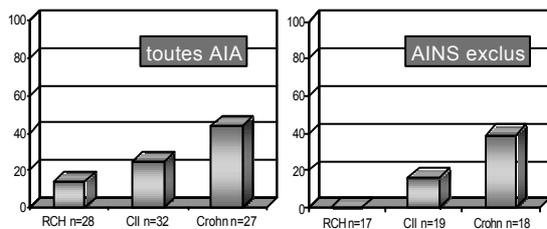
Echecs de l'AIA

26

L' iléite d' amont est associée au diagnostic de MC :

Wolf et al *Gastroenterology* 2004

% de patients porteurs d'ulcérations de l' iléon d' amont
en fonction du diagnostic final après AIA



07/11/2006

Echecs de l'AIA

27

la dysplasie et le cancer du réservoir

07/11/2006

Echecs de l'AIA

28

Risque de cancer sur le réservoir

atrophie villositaire chronique + inflammation (10% à 5-10 ans)
pseudo-métaplasie colique → dysplasie → cancer

- cas isolés de K dans poche de Kock ou d 'AIA
- Suède 149 opérés / 7 AVT / 5 dysplasies
- Toronto 106 patients à risque (pochite chronique ou vieux réservoir ou opéré pour KCR) → 33 AVT + 1 dysplasie de bas grade

Garcia-Armengo et al *DCR* 1998 ; Setti-Carraro et al *Gut* 1994 ; Guilberg et al *GE* 1997
Thompson-Fawcett et al *DCR* 2000 et *GE* 2001 ; Sarigolet al *J Ped GN* 1999

07/11/2006

Echecs de l'AIA

29

le mauvais résultat fonctionnel sans explication morphologique et sans poche irritable

07/11/2006

Echecs de l'AIA

30

Les mauvais résultats fonctionnels sans syndrome de la poche irritable

- l'incontinence
 - ← patient âgé, grossesses multiples
- la dyschésie et les difficultés d'évacuation
 - ← lésion péri-anale (IRM)
 - ← sténose ou diaphragme de l'anastomose
 - dilatation digitale
 - réfection de l'anastomose

Melville et al Gut 1994

07/11/2006

Echecs de l'AIA

31

3

l'aboutissement des échecs de l'AIA

07/11/2006

Echecs de l'AIA

32

Les mauvais résultats après AIA

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| - cuffite | - dysplasie et K du cuff |
| - pochite chronique active | - dysplasie et K de la poche |
| - maladie de Crohn | - iléite d'amont |
| - poche irritable | - incontinence/dyschésie |

-----> échec de l'AIA et exérèse du réservoir

07/11/2006

Echecs de l'AIA

33

le risque d'iléostomie définitive

07/11/2006

Echecs de l'AIA

34

Les échecs définitifs de l'AIA
(nécessité d'enlever ou de dériver le réservoir)

- Oxford

151 opérés suivis > 100 mois (méd. 142 mois)
19 iléostomies (13%)

- St Marks'

153 opérés recul > 5 ans
11 iléostomies (7%)

- Mayo Clinic (n=1310)

2% à 1 an, 9% à 10 ans

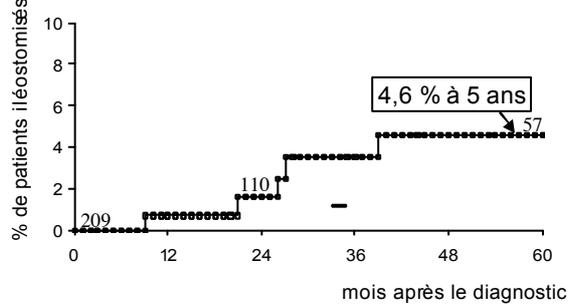
07/11/2006

Echecs de l'AIA

35

Risque cumulé d'iléostomie définitive après AIA

cohorte Rothschild-St-Antoine 1983-2006 n=209

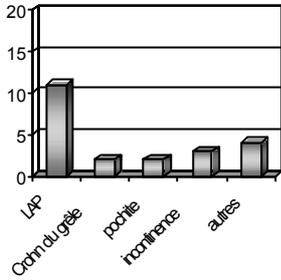


07/11/2006

Echecs de l'AIA

36

282 AIA vues à St-Antoine 1983-2006, 23 iléostomisés
 dont 6 sur les 209 AIA de cohorte (3%)
 les raisons de la mise en stomie :



07/11/2006

Echecs de l'AIA

37

4

Conclusion et conduite pratique
 devant un mauvais résultat de l' AIA

07/11/2006

Echecs de l'AIA

38

Conclusion et conduite pratique

- 1) vérifier l'anus : LAP ?
- 2) vérifier l'anastomose : sténose ?
- 3) anoscopie : cuffite ?
- 4) endoscopie + biopsies : pochite ? iléite d'amont ?

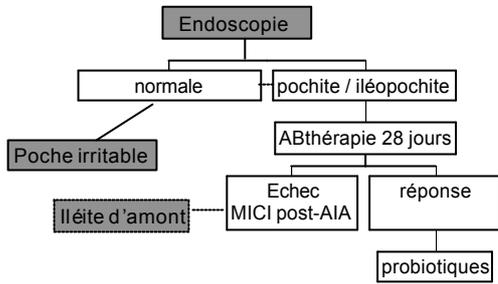
± opacification du grêle, IRM pelvienne

07/11/2006

Echecs de l'AIA

39

Conduite du traitement (1)

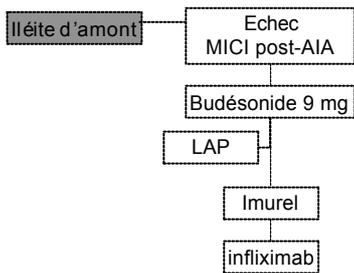


07/11/2006

Echecs de l'AIA

40

Conduite du traitement (2)



07/11/2006

Echecs de l'AIA

41

les critères pour le Dg de M de Crohn

- +++ granulome épithélioïde
LAP (ulcérations, pseudo-marisques, OS)
- ++ ulcérations de l'iléon d'amont > 5 cm
lésions Rx ou endoscopiques évocatrices
sténose, fistule de l'iléon d'amont
- + pochite chronique active résistant aux AB
fistule tardive du réservoir
fistule ano-vaginale
- 0 fistule précoce du réservoir
sténose de l'anastomose

07/11/2006

Echecs de l'AIA

42
