

---

## TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE

---

### INTRODUCTION

La rectocolite hémorragique (RCH) est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, au même titre que la maladie de Crohn (MC).

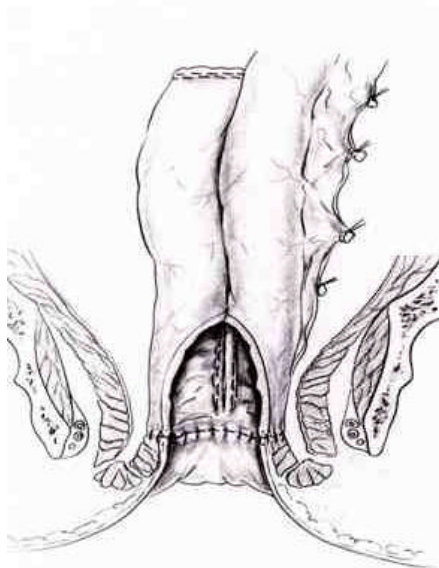
La RCH n'atteint que le rectum et le côlon, ce qui la différencie de la MC dans laquelle l'ensemble du tube digestif (de la bouche à l'anus) peut être atteint.

La RCH évolue le plus souvent par poussées, et associe des douleurs abdominales, de la diarrhée, avec émission de glaires et de sang par l'anus (d'où le nom de la maladie) et une fatigue importante. Le traitement médical repose sur les anti-inflammatoires, et notamment les corticoïdes qui sont le plus souvent efficaces, au moins au début, pour le traitement des poussées. Avec le temps, certains patients présentent de symptômes de moins en moins sensibles au traitement médical (diarrhée, douleurs abdominales), ou des poussées très fréquentes. Chez eux va se discuter, du fait de l'inefficacité du traitement médical, un traitement chirurgical. Celui-ci peut aussi se discuter en cas de dégénérescence cancéreuse sur le côlon ou le rectum ou de simple dysplasie sur la muqueuse colorectale (c'est à dire au stade de lésion précancéreuse), la RCH augmentant en effet le risque de cancer colorectal du fait de l'inflammation chronique de la muqueuse colorectale.

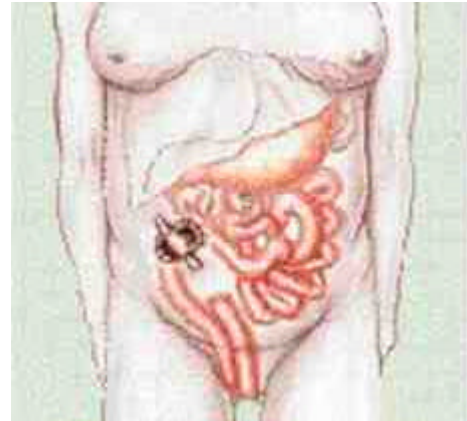
Globalement, environ 30 à 40% des patients porteurs de RCH vont être un jour opérés. L'intervention de référence est aujourd'hui l'anastomose iléo-anale qui permet la guérison de la RCH (par ablation de la totalité de la muqueuse malade) tout en conservant la fonction sphinctérienne.

### 1) Principes et moyens du traitement chirurgical

Le principe du traitement chirurgical "idéal" de la RCH est d'enlever l'ensemble de la muqueuse colorectale malade (ou susceptible de le devenir), en réalisant une coloproctectomie totale, c'est à dire l'ablation de la totalité du côlon et du rectum. Trois interventions sont théoriquement possibles dans la RCH. Les deux premières répondent à cet objectif idéal, grâce à une coloproctectomie totale (ablation complète du côlon et du rectum) permettant la guérison du patient, suivie soit d'une anastomose iléo-anale (AIA), soit d'une iléostomie définitive (ID). La dernière intervention réalise simplement une colectomie totale, laissant le rectum en place, suivi d'anastomose iléorectale (AIR).



**Figure 1** : Anastomose iléo-anale et RCH (réservoir grêlique en J abouché sur l'anus).



**Figure 2** : Anastomose iléo-anale avec anus artificiel temporaire de protection.

#### **a) L'anastomose iléo-anale avec réservoir en J**

Il s'agit aujourd'hui de l'intervention de référence dans la RCH. Elle permet d'arriver au double objectif de guérison de la maladie par ablation de l'ensemble de la muqueuse colorectale malade, et de conservation de la fonction sphinctérienne (par abouchement de l'intestin grêle sur l'anus).

L'intervention est habituellement faite en plusieurs temps opératoires. Au maximum, notamment en urgence, ou chez les patients prenant des corticoïdes au long cours, chez lesquels la fragilité des tissus fait craindre des complications postopératoires, l'intervention est faite en 3 temps: colectomie subtotala avec anus artificiel temporaire (iléostomie et sigmoïdostomie), puis 2 mois plus tard ablation secondaire du rectum avec AIA et maintien de l'iléostomie de protection, puis fermeture de cette iléostomie 6 semaines plus tard. Dans les cas plus favorables, en dehors de l'urgence, une intervention en deux, voire un temps est parfois possible.

Un réservoir iléal ayant la forme d'un J est fait juste au dessus de l'anus afin de remplacer le réservoir rectal, et de limiter ainsi les conséquences fonctionnelles de la perte du rectum (augmentation du nombre de selles essentiellement).

La contre indication principale de l'AIA est l'existence d'un mauvais état sphinctérien. Cette intervention peut être aujourd'hui réalisée, dans certains centres, par voie coelioscopique (c'est à dire sans ouverture de la cavité abdominale), grâce à une caméra et des instruments introduits par des petits orifices dans la paroi abdominale. Le bénéfice attendu de la coelioscopie est alors la diminution des douleurs postopératoires, une meilleure récupération après l'intervention, et un respect de la paroi abdominale. Il est aussi possible (mais ce n'est pas encore démontrée) que la coelioscopie pourrait diminuer les adhérences postopératoires observées après intervention réalisée par voie classique (laparotomie).

## Résultats opératoires :

S'il s'agit d'une intervention dont la mortalité est actuellement proche de zéro dans les centres spécialisées, le patient avec AIA reste exposé à plusieurs complications postopératoires (principalement infectieuses, avec fistule anastomotique) et à long terme (inflammation du réservoir ou "pochite") qui peuvent grever le résultat fonctionnel et conduire dans de rares cas (5 à 10% des patients), à la perte du réservoir et à l'iléostomie définitive (anus artificiel définitif).

Le sepsis pelvien et la fistule anastomotique (c'est à dire une mauvaise cicatrisation de l'abouchement du réservoir de grêle sur l'anus) représentent deux complications postopératoire redoutables, non pas tant par le risque vital qui est faible, que par leur répercussion sur le résultat fonctionnel à distance (avec incontinence et augmentation du nombre de selles/24h). Leur traitement est surtout préventif par réalisation d'une iléostomie de protection temporaire en amont de l'AIA, iléostomie habituellement fermée 6 à 8 semaines après elle. Cette iléostomie de protection ne réduit pas le taux de fistule postopératoire, mais en diminue les conséquences.

L'occlusion du grêle sur bride (due aux adhérences existantes après toute intervention abdominale) est un complication fréquente après AIA. Elle survient précocément chez 15% des patients, nécessitant une réintervention en urgence dans 1 cas sur 4. Du fait de la fréquence de cette complication (probablement liée à l'étendue de la dissection lors de l'AIA), de l'absence de traitement préventif, et enfin de sa gravité potentielle (nécrose du grêle et ses conséquences), le patient doit être prévenu des symptômes d'alarme (principalement les douleurs abdominales, les vomissements et l'arrêt ou le ralentissement du transit) et de la nécessité de consulter rapidement un chirurgien connaissant les antécédents du patient (à qui a été remis son compte-rendu opératoire).

---

## Résultats fonctionnels et complications à distance

### La fonction intestinale et anale :

Le patient doit être prévenu qu'après fermeture de l'iléostomie temporaire, le résultat fonctionnel (nombre de selles/24 heures, continence diurne et nocturne, impériosité, etc.) va s'améliorer très progressivement au cours de la première année postopératoire. Au début, il n'est pas rare d'observer un nombre de selles de 8 à 10 selles/24 heures, avec quelques épisodes de fuites nocturnes, une impériosité, et enfin une mauvaise discrimination gaz-selles. Ni le patient, ni le médecin ne doivent s'inquiéter.

Après avoir vérifié par un toucher anal que l'anastomose n'est pas rétrécie, il est licite : a) de conseiller au patient un régime sans résidus, en évitant notamment les légumes verts ou les tomates, qui accélèrent de manière importante le transit intestinal; b) de prescrire si besoin un ralentisseur du transit (lopéramide) et un mucilage (ispaghule) augmentant le volume du bol fécal ; c) enfin, en cas d'irritation anale, de faire appliquer localement un mélange de type Biafine + Questran.

Chez certains patients, le lopéramide est sans effet. Seuls le régime, et la patience, permettront d'obtenir un résultat fonctionnel "normal", c'est à dire 5-6 selles environ par 24 heures, sans incontinence, ni impériosité. Dans 10 à 20% des cas, malgré un résultat opératoire satisfaisant, le résultat fonctionnel définitif reste médiocre, soit du fait d'un nombre trop élevé de selles, soit du fait d'épisodes d'incontinence nocturnes et diurnes.

### **Les troubles sexuels :**

Ils sont rares après AIA (2 à 3%), et leur traitement est préventif par une dissection soigneuse du rectum lors de l'AIA évitant de blesser les plexus nerveux périrectaux. Le risque, certes faible, d'impuissance ou d'éjaculation rétrograde chez l'homme souligne le besoin de prévenir le patient des possibles complications sexuelles (avec éventuellement chez l'homme jeune la solution de la congélation du sperme avant l'AIA).

Chez la femme, une diminution importante de la fertilité est observée après iléo-anale (du fait d'adhérences postopératoires sur les trompes), justifiant probablement de proposer dans ce cas, si l'état du rectum le permet, une conservation de celui-ci, avec la réalisation, au moins pendant quelques années d'une anastomose iléorectale (voir plus loin) au lieu de l'iléo-anale.

### **La "pochite" :**

La pochite est caractérisée par une inflammation non spécifique du réservoir observée chez environ 20% et 48% des patients respectivement à 1 et 10 ans. Avant traitement, le diagnostic de pochite, suspectée sur la clinique (douleur hypogastrique, diarrhée, fièvre) doit être confirmé par une endoscopie du réservoir avec biopsies. Le traitement médical repose sur le métronidazole, dont l'efficacité est remarquable en moins de 48 heures. On peut également proposer d'autres antibiotiques (ciprofloxacine, Augmentin® ...).

### **L'occlusion du grêle sur bride :**

Son risque de survenue augmente avec le temps. Il est d'environ 14% à 5 ans et de 22% à 10 ans.

### **La perte du réservoir :**

A long terme, le risque d'échec de l'intervention avec perte du réservoir et iléostomie définitive est d'environ 9 % à 10 ans. Les raisons principales de la perte du réservoir étaient en premier lieu un sepsis pelvien chronique (avec ou sans fistule), puis un mauvais résultat fonctionnel avec incontinence majeure, et enfin plus rarement une pochite réfractaire ou une MC méconnue.

## **2) L'iléostomie définitive :**

La coloproctectomie totale avec iléostomie définitive permet aussi d'obtenir la guérison de la maladie, mais au prix très lourd du sacrifice définitif de la fonction sphinctérienne, avec réalisation d'un anus artificiel définitif (iléostomie). Même si elle guérit définitivement le patient, il est actuellement bien démontré qu'à long terme, environ 25% d'entre eux supportent mal sur un plan social leur iléostomie. De plus, les problèmes spécifiques de celles-ci (irritation cutanée, éventration autour de la stomie, etc.) qui concernent environ 30% des patients, altèrent encore la qualité de vie. L'arrivée de l'anastomose iléo-anale a quasiment fait disparaître cette intervention qui reste en 2004 indiquée uniquement en cas d'échec ou

d'impossibilité de réalisation d'une iléo-anale (cancer du très bas rectum, incontinence sphinctérienne chez le sujet âgé, etc.).

---

### **Un traitement chirurgical de la fistule est nécessaire pour éviter la récurrence.**

Si l'on veut guérir définitivement cet abcès il faut opérer et enlever la glande sous jacente et sa "racine" qui communique avec l'intérieur de l'anus. Cette "racine" qui relie l'abcès à l'intérieur de l'anus est aussi appelée fistule.

### **3) La colectomie totale avec anastomose iléorectale**

En théorie, il s'agit d'une intervention "absurde" dans la RCH. En effet, le rectum étant par définition malade, réaliser une intervention qui le conserve expose au mieux à un risque de poursuite évolutive de la maladie sur ce rectum, et au pire à la dégénérescence cancéreuse du rectum restant.

En fait, tout n'est pas si simple, et l'AIR garde probablement, à côté de l'AIA, une petite place dans le traitement chirurgical de la RCH (environ 10 à 15% des patients opérés). En effet, il s'agit d'une intervention beaucoup plus simple techniquement, ne nécessitant pas d'iléostomie temporaire de protection. On gagne ainsi un, voire deux temps opératoires. Ceci peut rentrer en ligne de compte chez les sujets âgés, ou à haut risque chirurgical. De plus, la conservation du rectum, si elle est possible, c'est à dire en fait si le rectum est "endoscopiquement correct" (cicatriciel, sans microrectie, c'est à dire sans rétrécissement du calibre du rectum), et si l'appareil shinctérien est satisfaisant, permet d'obtenir un résultat fonctionnel meilleur que celui de l'AIA.

Après AIR, si environ 50% des patients ont un résultat fonctionnel satisfaisant (moins de 4 selles par jour), environ 25% conservent une rectite chronique nécessitant un traitement local permanent, et 25% ont des poussées aiguës récidivantes. Chez ces derniers, le résultat fonctionnel est souvent médiocre, faisant discuter à plus ou moins long terme une proctectomie secondaire (avec AIA). Le risque de cancer rectal impose une surveillance endoscopique avec biopsies à vie. Ce risque, qui augmente avec le temps, est évaluée à 8%, 20 ans après l'AIR. Au total, le développement progressif d'un microrectum, l'existence d'une rectite invalidante, ou la crainte d'une dégénérescence amènent environ 20 à 50% des patients à subir une proctectomie secondaire 10 ans après l'AIR.

Au total, l'anastomose iléorectale se discute essentiellement aujourd'hui en cas de rectum peu malade, chez des patients ayant une maladie évoluant depuis peu de temps, ou enfin chez les femmes jeunes désireuses de grossesse, du fait de la diminution importante de la fertilité observé après anastomose iléo-anale.

## CONCLUSION

Le traitement chirurgical de la RCH repose sur l'anastomose iléo-anale. Il s'agit d'une intervention relativement lourde (plusieurs temps opératoires, anus artificiel temporaire, risque d'infection postopératoire, etc.), mais qui permet d'obtenir le double objectif de guérison de la maladie (par ablation de la totalité de la muqueuse potentiellement malade, et de conservation de la fonction sphinctérienne (par anastomose d'un réservoir de grêle avec l'anus).

Cette intervention permet d'obtenir un résultat fonctionnel satisfaisant, compatible avec une vie quasi-normale, chez plus de 80% des patients.

L'anastomose iléo-anale est proposée chez 30 à 40% des patients avec RCH ayant une maladie ne répondant pas ou plus ou traitement médical (essentiellement corticoïdes), ou ayant une dégénérescence cancéreuse sur le côlon ou le rectum.