

Traitement chirurgical de la rectocolite hémorragique

Surgical treatment of ulcerative colitis

Antoine Cazelles⁽¹⁾,
David Moszkowicz⁽¹⁾⁽²⁾

¹ Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France Ouest, Hôpital Ambroise Paré, Service de chirurgie digestive, oncologique et métabolique, 92100 Boulogne-Billancourt, France

² UFR des sciences de la santé Simone Veil - Université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines/Université Paris Saclay, France

e-mail : <david.moszkowicz@aphp.fr>

Résumé

Environ 20 % des malades avec une rectocolite hémorragique (RCH) nécessiteront un traitement chirurgical pour colite grave, réfractaire ou pour dysplasie ou cancer. En urgence, la seule indication est la colite aiguë grave. La chirurgie doit être réalisée immédiatement en cas de colite aiguë grave compliquée. Dans les autres cas, le traitement de première intention est médical avec plusieurs lignes de traitements : corticoïdes IV en première ligne et infliximab ou ciclosporine en deuxième ligne. La chirurgie doit être discutée à chaque étape thérapeutique au sein d'une équipe médico-chirurgicale. En chirurgie programmée, les principales indications sont une forme active malgré un traitement médical bien conduit, une RCH avec dysplasie et/ou cancer et enfin une RCH compliquée d'une sténose colique.

Le traitement de référence est la colectomie totale avec anastomose iléoanale qui permet une guérison de la maladie. Elle doit être proposée à tous les malades peu importe l'âge tant que la fonction sphinctérienne est conservée. L'abord de première intention est la laparoscopie. Cet abord n'est pas associé à un sur-risque d'infertilité. Une colectomie subtotal avec iléo-sigmoïdostomie doit être privilégiée chez des patients à haut risque de complications qui sont les cas de colite aiguë grave et les patients sous traitements immunosuppresseurs (corticothérapie quotidienne ≥ 20 mg/jour pendant ≥ 6 semaines et patients sous anti-TNF). En raison du risque fonctionnel, une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale peut être proposée.

■ **Mots clés** : prise en charge médico-chirurgicale, centre de référence, anastomose iléo-anale, voie d'abord coelioscopique

Abstract

Approximately 20% of patients with RCH will require surgical treatment for severe colitis, refractory or for dysplasia or cancer. In emergency treatment, the only indication is severe acute colitis. Surgery should be performed immediately in case of severe acute colitis. In other cases, the first-line treatment is medical with several steps of treatment: IV steroids in 1st line and infliximab or ciclosporin in the 2nd line. Surgery must be discussed at each therapeutic step within a medical and surgical team. In programmed surgery, the main indications are an active form despite a well-conducted medical treatment, an RCH with dysplasia and/or cancer and finally an RCH complicated by colonic stenosis.

The standard treatment is total colectomy with ileoanal anastomosis which allows a cure of the disease. It must be offered to all patients regardless of age as long as the sphincteric function is preserved. The first-line approach is laparoscopy. This approach is not associated with a risk of infertility. A subtotal

HEPATO-GASTRO
et Oncologie digestive

Tirés à part : D. Moszkowicz

Pour citer cet article : Cazelles A, Moszkowicz D. Traitement chirurgical de la rectocolite hémorragique. *Hépatogastro* 2018 ; 25 : 277-284. doi : 10.1684/hpg.2018.1591

colectomy with ileo-sigmoidostomy should be favoured in patients at high risk of complications who are cases of severe acute colitis and patients on immunosuppressive therapy (daily corticosteroid therapy ≥ 20 mg/day for ≥ 6 weeks and patients on TNF antagonist). Due to the functional risk, a total colectomy with ileorectal anastomosis may be proposed.

■ **Key words:** medical surgical management, reference center, ileo-anal anastomoses, laparoscopy

Introduction

La rectocolite hémorragique (RCH) fait partie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Elle évolue par poussée et peut être active de façon chronique. Le principal traitement est médical pour les poussées et contrôler la maladie. Environ 20 % des malades avec une RCH nécessiteront un traitement chirurgical pour colite grave, réfractaire ou pour dysplasie ou cancer. Le risque de dégénérescence est évalué à 2 % à 10 ans, 8 % à 20 ans et 18 % à 30 ans d'évolution [1]. L'objectif principal du traitement chirurgical est la guérison de la RCH et la prévention du cancer colorectal, en enlevant le colon et le rectum. Nous développerons donc les principales indications opératoires et les modalités du traitement chirurgical.

Indications opératoires (figure 1)

Chirurgie en urgence : colite aiguë grave

La colite aiguë grave est une poussée sévère de la RCH survenant avec une fréquence de 10 à 15 %. C'est une urgence médico-chirurgicale qui met en jeu le pronostic vital avec une mortalité de 1 à 3 %. Elle est définie par 2 scores clinico-biologiques. Le premier est le score de Truelove et Witts établi en 1955 [2]. Il définit une colite aiguë grave devant l'association d'une diarrhée aiguë sanglante faite de 6 évacuations/24 heures minimum et au moins un des critères suivants : $T^{\circ} \geq 37,5^{\circ}\text{C}$, fréquence cardiaque $\geq 90/\text{min}$, hémoglobininémie ≤ 10 g/dL, CRP > 30 mg/dL et albuminémie ≤ 35 g/L (tableau 1). Le deuxième est le score de Lichtiger, uniquement clinique donc facilement reproductible au lit du malade. Il définit une colite aiguë grave si le score est supérieur ou égal à 10 (tableau 2). Ces scores n'incluent donc pas d'examen radiologique ni endoscopique.

Il existe deux principales indications opératoires dans le cadre d'une colite aiguë grave. La première est la colite aiguë grave compliquée. Elle est à chercher en priorité puisqu'elle constitue une urgence chirurgicale [3]. Les principales complications à chercher sont une colectasie (méga-côlon toxique défini par une distension

colique ≥ 6 cm), un syndrome toxique (AEG, fièvre, déshydratation majeure), une perforation colique (péritonite, utilité du scanner abdomino-pelvien injecté) et une hémorragie profuse. La deuxième indication opératoire est la colite aiguë grave non compliquée résistante au traitement médical. En effet, les cas de colite aiguë grave non compliquée doivent être traités en première ligne par une corticothérapie intraveineuse. Un traitement de 2^e ligne peut être proposé et il est recommandé d'administrer de l'infliximab ou de la ciclosporine [4]. Dans ce contexte, la chirurgie doit être proposée à chaque étape dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire. La décision opératoire ne doit pas être retardée car l'augmentation de la durée d'hospitalisation avant la chirurgie induit une augmentation de la morbi-mortalité postopératoire [5]. La réévaluation de l'efficacité thérapeutique doit être réalisée après 3 à 5 jours de traitement bien conduit. L'efficacité thérapeutique peut être évaluée par le score de Lichtiger. Une bonne réponse au traitement médical est définie par une baisse d'au moins 3 points par rapport au score initial et un score de Lichtiger strictement inférieur à 10 pendant au moins 2 jours consécutifs.

“ En cas de colite aiguë grave, la décision opératoire doit être envisagée à toutes les étapes du traitement médical car l'augmentation de la durée d'hospitalisation avant la chirurgie induit une augmentation de la morbi-mortalité postopératoire ”

La chirurgie proposée en première intention est une colectomie subtotala avec iléostomie et sigmoïdostomie dans le même orifice. Il n'est donc pas réalisé d'anastomose pour limiter le risque de complication postopératoire. La voie d'abord utilisée est la laparotomie pour une colite aiguë grave compliquée. La laparoscopie doit être proposée en première intention pour une colite aiguë grave non compliquée car elle est associée à une diminution des complications postopératoires notamment d'abcès de paroi et d'infection intra-abdominale et à une diminution de la durée d'hospitalisation [6]. Cette chirurgie permet en postopératoire un traitement local de la maladie avec des

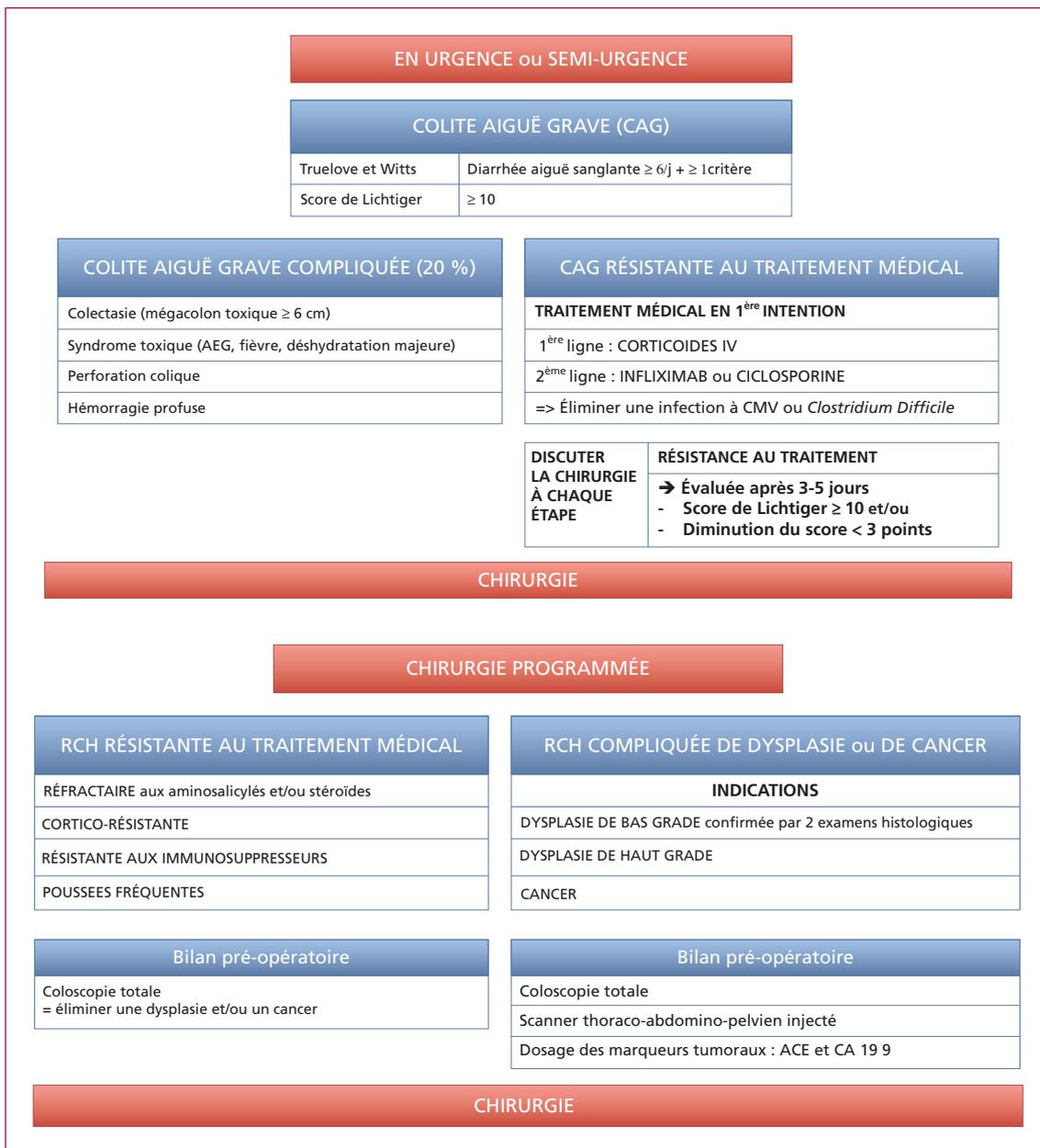


Figure 1. Indications chirurgicales en urgence (A) et en chirurgie programmée (B).

lavements par corticoïdes et/ou 5-ASA avant de réaliser le rétablissement de continuité. Il est proposé 2 à 3 mois après la chirurgie. Il est réalisé en première intention la chirurgie de référence de la RCH soit une colectomie totale complémentaire avec anastomose iléo-rectale, si le rectum est conservable, chez des patients ayant une mauvaise fonction sphinctérienne, principalement après 75 ans, ou quand il existe un doute diagnostique sur une maladie de

Crohn. Le bilan préopératoire doit donc assurer dans ce cas-là que le rectum est conservable en éliminant une rectite sévère (rectoscopie) et/ou un micro-rectum (recto-scanner) et/ou une dysplasie ou un cancer.

“ Avant la réalisation d’une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale, il faut s’assurer que le rectum est conservable en éliminant une rectite sévère et/ou un micro-rectum et/ou une dysplasie ou un cancer ”

Tableau 1. Score de Truelove et Witts (1955).

1 critère MAJEUR	
Nombre d'épisode de diarrhée sanglante/24 heures	≥ 6
+ ≥ 1 critères MINEUR :	
Température	≥ 37,5 °C
Fréquence cardiaque	≥ 90 battements/minute
Hémoglobiniémie	≤ 10 g/dL
CRP	> 30 mg/dL
Albuminémie	≤ 35 g/L

Chirurgie programmée

Il existe trois principales indications de chirurgie programmée dans le cadre de la RCH.

La première indication est la RCH résistante au traitement médical hors colite aiguë grave. Elle est définie par quatre principales formes cliniques : la RCH résistante au traitement de première ligne, la RCH cortico-résistante, la RCH résistante aux traitements immunosuppresseurs et enfin la RCH compliquée de poussées fréquentes de la maladie avec altération de la qualité de vie. La décision opératoire doit être prise dans le cadre d'une concertation médico-chirurgicale. La chirurgie proposée en première intention est l'anastomose iléo-anale en deux temps. De la même façon, on peut discuter la réalisation d'une anastomose iléo-rectale. On peut discuter de plus dans cette situation la réalisation première d'une colectomie subtotalaire par laparoscopie sans anastomose car ce sont des patients imprégnés en traitement immunosuppresseur rendant la chirurgie à risque. Il serait donc réalisé dans ce cas-là une anastomose iléo-anale en trois temps.

“ Chez des patients traités par immunosuppresseurs, on peut discuter la réalisation première d'une colectomie subtotalaire par laparoscopie sans anastomose avant d'envisager une anastomose iléo-anale ”

La deuxième indication opératoire est la RCH compliquée de dysplasie et/ou de cancer. L'indication est formelle en cas de cancer ou de dysplasie de haut grade. La dysplasie de bas grade est associée à un sur risque de cancer [7]. Il est donc recommandé de proposer une coloproctectomie

Tableau 2. Score de Lichtiger.

Nombre de selles par jour	0-2	0
	3-4	1
	5-6	2
	7-9	3
	10 et plus	4
Selles nocturnes	Non	0
	Oui	1
Rectorragies (pourcentage du nombre de selles)	Absent	0
	< 50 %	1
	≥ 50 %	2
	100 %	3
Incontinence fécale	Non	0
	Oui	1
Douleurs abdominales	Aucune	0
	Légères	1
	Moyennes	2
	Intenses	3
État général	Parfait	0
	Très bon	1
	Bon	2
	Moyen	3
	Mauvais	4
Douleur abdominale provoquée	Très mauvais	5
	Aucune	0
	Légère et localisée	1
	Moyenne et diffuse	2
Nécessité d'un anti-diarrhéique	Importante	3
	Non	0
	Oui	1

Le score de Lichtiger définit une colite aiguë grave si le score est supérieur ou égal à 10.

totale avec anastomose iléo-anale chez des malades ayant de la dysplasie de bas grade confirmée par deux examens anatomo-pathologiques.

Il est recommandé de proposer une colectomie totale avec anastomose iléo-anale chez des malades ayant de la dysplasie de bas grade confirmée par deux examens anatomo-pathologiques

La troisième indication opératoire programmée est la RCH compliquée d'une sténose colique. Elle se discute évidemment si le patient est symptomatique mais aussi en raison du risque de cancer sus-jacent (risque de 40 % au-dessus d'une sténose infranchissable). Toute sténose colique dans le cadre d'une RCH est suspecte.

Choix du traitement chirurgical et grands principes (figure 2)

Colectomie subtotala avec iléostomie et sigmoïdostomie

La colectomie subtotala avec iléostomie et sigmoïdostomie est la chirurgie à privilégier chez des patients à haut risque de complications post opératoires qui sont la colite aiguë grave et les patients sous traitements immunosuppresseurs avant une chirurgie programmée (corticothérapie quotidienne ≥ 20 mg/jour pendant ≥ 6 semaines et patients sous anti-TNF [4, 8]). Elle est donc la première étape du traitement chirurgical.

La colectomie subtotala avec iléostomie et sigmoïdostomie est la chirurgie à privilégier chez des patients à haut risque de complications post-opératoires

Les principales complications sont la déshydratation liée à l'iléostomie, les désunions de la stomie avec sepsis de paroi et une maladie résiduelle sur le côlon et/ou le rectum. La déshydratation est prévenue par l'éducation thérapeutique, un régime sans résidu et le recours possible à des ralentisseurs du transit. Le débit de stomie à atteindre doit être inférieur à 1 litre par 24 heures. L'appareillage et la surveillance de la stomie sont indispensables et doivent être assurés par le patient lui-même accompagné d'une équipe spécialisée en stomathérapie. Le sigmoïde et le rectum restant peuvent être traités par des lavements de prednisolone/5-ASA par la stomie ou l'anus pour traiter la rectite/péri-rectite résiduelle en attendant le rétablissement de continuité. La suite du traitement est le rétablissement de continuité, proposé deux à trois mois plus tard.

Choix entre anastomose iléo-anale et anastomose iléo-rectale

La colectomie totale avec anastomose iléo-anale est le traitement de référence de la RCH car elle permet une guérison de la maladie et une conservation de la fonction sphinctérienne. Elle expose cependant à des effets indésirables notamment un mauvais résultat fonctionnel, un risque de pochite et un risque de perte du réservoir nécessitant la mise en iléostomie définitive. C'est pourquoi se discute une simple colectomie totale avec anastomose iléo-rectale. En effet, les principaux avantages de l'anastomose iléo-rectale par rapport à l'anastomose iléo-anale sont le meilleur résultat fonctionnel, l'absence de réservoir en J et une chirurgie plus facile réalisée en un temps. Mais elle n'est pas la chirurgie de référence puisqu'elle conserve un rectum malade à risque de dégénérescence.

L'anastomose iléo-rectale peut être proposée, si et seulement si le rectum est conservable (absence de micro-rectum au recto-scanner, absence de rectite sévère et/ou de dysplasie ou cancer à la rectosigmoïdoscopie) chez des patients ayant une mauvaise fonction sphinctérienne (globalement les sujets âgés de plus de 75 ans) ou avec un doute diagnostique sur une maladie de Crohn.

L'anastomose iléo-rectale était auparavant proposée chez les femmes désireuses de grossesse en raison du risque d'infertilité de l'anastomose iléo-anale. Cependant les données récentes montrent que l'anastomose iléo-anale réalisée par voie coelioscopique n'est plus liée à un sur-risque d'infertilité et doit être proposée en première intention [9, 10].

Les données récentes montrent que l'anastomose iléo-anale réalisée par voie coelioscopique n'est plus liée à un sur-risque d'infertilité et doit être proposée en première intention

Colectomie totale avec anastomose iléo-anale

L'anastomose iléo-anale est le traitement chirurgical de référence de la RCH car elle permet une guérison de la maladie et la conservation de la fonction sphinctérienne. Elle doit être proposée en première intention dans tous les cas de RCH nécessitant un recours à la chirurgie.

Elle se réalise, selon les indications, en 1 ou 2 ou 3 temps. L'anastomose iléo-anale dite en trois temps correspond au schéma suivant : colectomie sub-totale avec iléostomie et sigmoïdostomie (1^{er} temps), colectomie complémentaire et proctectomie avec anastomose iléo-anale protégée par une iléostomie d'amont deux mois plus tard (2^e temps) et enfin la fermeture de l'iléostomie de protection par voie élective. Elle doit être privilégiée chez des patients à haut

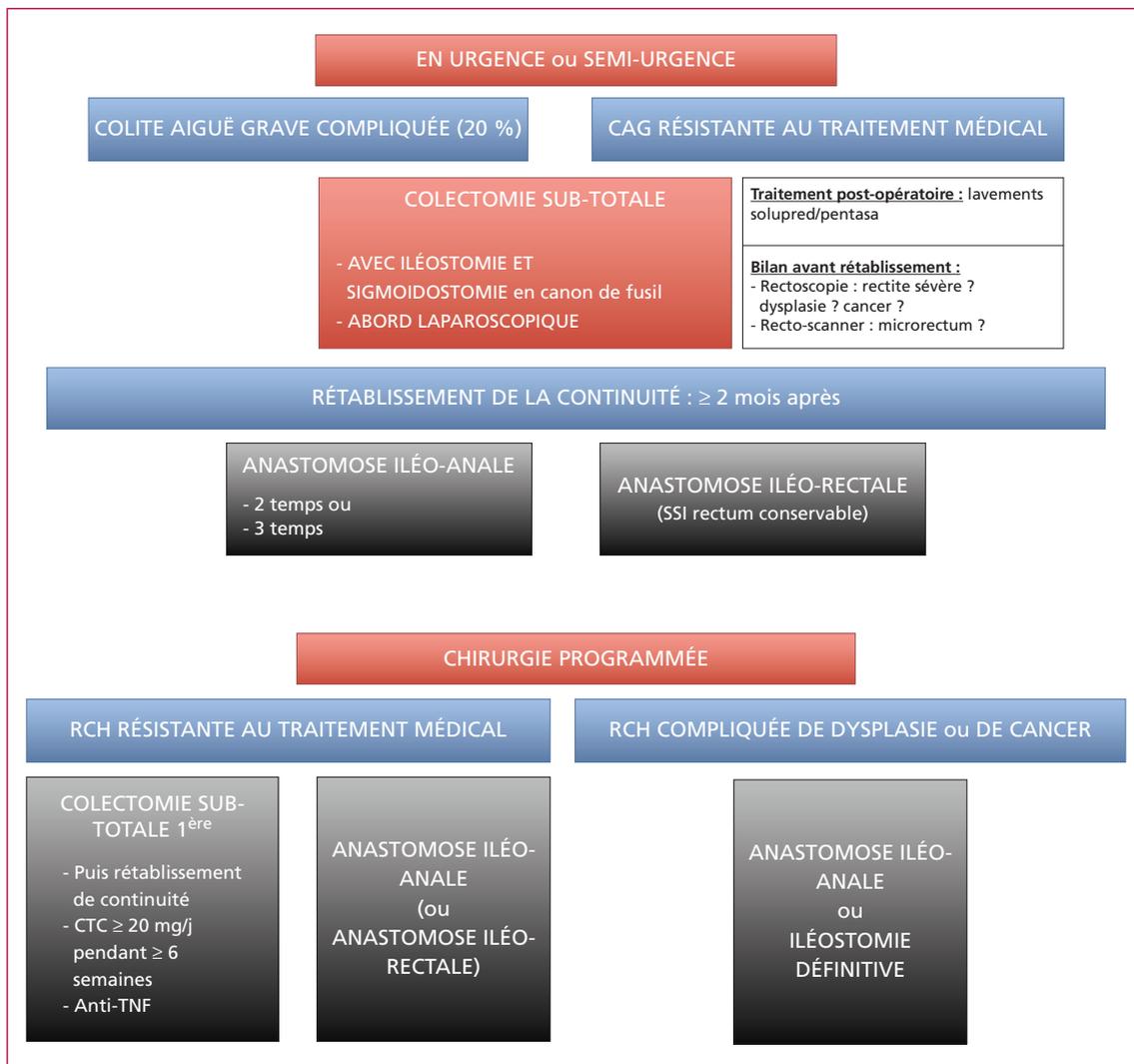


Figure 2. Choix du montage chirurgical en urgence ou en chirurgie programmée.

risque de complication postopératoire : colite aiguë grave, patients sous traitement de fond avant la chirurgie notamment corticoïdes ou infliximab. L'anastomose iléo-anale en deux temps correspond à la coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale protégée par une iléostomie en amont (1^{er} temps). Le 2^e temps est donc la fermeture de l'iléostomie. Enfin, l'anastomose iléo-anale en un temps correspond à l'anastomose sans réalisation d'une iléostomie d'amont protégeant la couture. Il n'y a pas d'argument suffisant pour rendre l'iléostomie de protection systématique. Cependant, elle permettrait de limiter les conséquences d'une fistule anastomotique. Les principales contre-indications de l'anastomose iléo-anale sont la mauvaise fonction sphinctérienne et le doute sur une maladie de Crohn. La mauvaise fonction sphinctérienne correspond globalement à des sujets âgés

(pas de limite d'âge définie, autour de 75 ans). L'évaluation est donc indispensable et se réalise uniquement par un toucher rectal. Comme dit précédemment, le désir de grossesse ne contre-indique plus la réalisation d'une anastomose iléo-anale.

“ La mauvaise fonction sphinctérienne qui s'apprécie principalement par le toucher rectal correspond globalement à des sujets âgés et constitue une contre-indication de l'anastomose iléo-anale ”

La voie d'abord de référence est la laparoscopie. Il est clairement démontré qu'elle est associée à une diminution des complications majeures ou mineures [11].

L'anastomose peut être réalisée de façon manuelle ou mécanique. Le risque d'une anastomose mécanique est de laisser une petite partie du bas rectum exposant au risque de cancer ou à une « cuffite » (inflammation sur la muqueuse du très bas rectum laissée en place). L'anastomose doit donc être sus-anale avec un maximum de 2 cm au-dessus de la ligne pectinée [4]. Il se discute donc dans les cancers du très bas rectum une coloproctectomie totale avec iléostomie définitive [12].

Les principales complications à court terme sont les complications septiques : sepsis pelvien et fistule anastomotique. Le traitement est le plus souvent conservateur par drainage radiologique et antibiothérapie. L'iléostomie de protection reste le meilleur traitement préventif notamment des conséquences septiques. Ces complications exposent surtout à un mauvais résultat fonctionnel secondaire. La fistule anastomotique retarde le rétablissement de continuité.

Les principales complications à long terme sont le mauvais résultat fonctionnel et la perte du réservoir pouvant conduire à la mise en iléostomie définitive. Le résultat fonctionnel s'évalue par le nombre de selles (jour et nuit) et la continence. Le nombre de selles moyen est d'environ 5 le jour et de 0 à 1 selle la nuit. Devant un mauvais résultat fonctionnel, il faut chercher une sténose anastomotique, conséquence fréquente d'une fistule anastomotique entraînant une sclérose de l'anastomose. Le traitement de première intention est une dilatation au doigt ou à la bougie sous anesthésie générale. En cas d'impossibilité ou d'échec de la dilatation, on peut proposer des sphinctéropplasties de l'anastomose, une réfection de l'anastomose par voie trans-anale ou au maximum une réfection par voie abdominale.

Le risque de perte du réservoir à terme est de 5 à 10 % [13]. Il est principalement lié à un sepsis pelvien chronique, un résultat fonctionnel invivable, une pochite chronique invalidante ou à un diagnostic tardif de maladie de Crohn. L'opération consiste à démonter l'anastomose iléo-anale, réséquer le réservoir et réaliser une iléostomie définitive.

“ “ **Après une anastomose iléo-anale, le risque de perte du réservoir à terme est de 5 à 10 % ” ”**

Les autres complications observées de l'anastomose iléo-anale sont l'occlusion du grêle sur bride (14 % à 5 ans) et les troubles sexuels liés à la dissection du mésorectum en cas de RCH dégénérée dans le rectum imposant une exérèse carcinologique. Une des complications spécifiques de l'anastomose iléo-anale avec réservoir est la pochite qui survient chez 50 % des patients à 10 ans. Elle est définie par une inflammation du réservoir. Les principaux signes

cliniques sont la fièvre, une diarrhée, des douleurs hypogastriques. Elle est confirmée par une endoscopie du réservoir avec biopsies pour éliminer une maladie de Crohn. Le traitement de première intention est une antibiothérapie orale par métronidazole. La pochite se chronicise dans 15 à 20 % des cas avec risque de mauvais résultat fonctionnel et au maximum la perte du réservoir [14]. Enfin, en cas anastomose iléo-anale mécanique faite pour RCH avec dysplasie ou cancer, le risque de dysplasie sur la muqueuse résiduelle sus-anale (« cuff ») est estimé entre 4 % et 11 ans [15].

“ “ **En cas d'anastomose iléo-anale mécanique faite pour RCH avec dysplasie ou cancer, le risque de dysplasie sur la muqueuse résiduelle sus-anale est estimé à 4 % à 11 ans ” ”**

Colectomie totale avec anastomose iléo-rectale

La colectomie totale avec anastomose iléo-rectale n'est pas le traitement de référence de la RCH car elle conserve un rectum malade à risque de dégénérescence. Mais comme dit précédemment, elle représente une alternative à l'anastomose iléo-anale en raison de ses avantages qui sont un meilleur résultat fonctionnel, l'absence de réservoir en J, une chirurgie plus facile sans stomie de protection et une morbidité postopératoire moindre. Elle doit donc être envisagée chez des malades où l'anastomose iléo-anale semble déraisonnable. Il s'agit principalement des sujets âgés avec une mauvaise fonction sphinctérienne, des sujets à haut risque chirurgical et des patients avec un doute diagnostique sur une maladie de Crohn. La condition obligatoire pour proposer cette chirurgie est un rectum conservable. Le bilan préopératoire doit permettre d'éliminer une rectite sévère et/ou un micro-rectum et/ou une dysplasie ou cancer. Ce bilan se compose donc d'une rectoscopie avec biopsies et d'un recto-scanner. Le micro-rectum cherché par le recto-scanner avec opacification basse est défini par un rapport du contenu endoluminal du rectum sur la largeur de la graisse pré sacrée inférieur à 1. Selon le même schéma que l'anastomose iléo-anale, elle peut être réalisée en 2 temps après colectomie sub totale ou en 1 temps. Il n'est pas nécessaire de réaliser une iléostomie de protection. Enfin, étant donné que le rectum reste en place, le suivi doit être très étroit surveillant le risque de poussée de la maladie et de dégénérescence. Cette compliance au suivi postopératoire doit entrer en jeu dans le choix thérapeutique. Les principales complications sont une rectite et un cancer du rectum. Environ 25 % des patients présentent des poussées récidivantes et 25 % des rectites chroniques

nécessitant un traitement prolongé [14]. La conséquence est une altération du résultat fonctionnel.

“ Après une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale, la compliance escomptée à la surveillance régulière du rectum entre en jeu dans le choix thérapeutique ”

Conclusion

Les principales indications opératoires dans le cadre de la RCH sont en urgence la colite aiguë grave compliquée et la colite aiguë grave non compliquée résistante au traitement médical. Les indications en chirurgie programmée sont la RCH résistante au traitement médical bien conduit, compliquée de dysplasie ou cancer et enfin la RCH compliquée d'une sténose colique. La chirurgie de référence est la coloproctectomie totale avec anastomose iléo-rectale sur réservoir en J qui permet une guérison de la maladie mais qui expose à des complications notamment un mauvais résultat fonctionnel avec altération de la qualité de vie. La principale alternative est la colectomie totale avec anastomose iléo-rectale. Le désir de grossesse n'est plus une contre-indication à l'anastomose iléo-rectale en raison des preuves récentes de l'absence d'augmentation du

Take home messages

- La stratégie thérapeutique doit être validée par une réunion de concertation médico chirurgicale.
- La coloproctectomie totale avec anastomose iléo anale est le traitement de référence et doit être proposée à tous les malades peu importe l'âge tant que la fonction sphinctérienne est conservée.
- La colectomie totale avec anastomose iléo-rectale peut être une alternative, si et seulement si le rectum est conservable, chez des sujets âgés avec une mauvaise fonction sphinctérienne et chez des patients avec un doute diagnostique sur une maladie de Crohn.
- L'anastomose iléo-rectale devient indiquée en première intention chez des femmes jeunes avec un désir de grossesse car elle n'est pas associée à un risque plus élevé d'infertilité.
- Il est préférable de réaliser cette chirurgie dans un centre expert.

risque d'infertilité. En cas de colite aiguë grave ou de traitement immunosuppresseurs prolongés avant une chirurgie programmée, l'anastomose iléo-rectale doit être précédée d'une colectomie sub totale avec iléostomie et sigmoïdostomie. Cette première étape diminue le risque de complications postopératoires. Enfin, la stratégie thérapeutique dans le cadre de la RCH doit être validée au sein d'une réunion de concertation médico chirurgicale.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article. ■

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

1. Eaden JA, Abrams KR, Mayberry JF. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis. *Gut* 2001 ; 48 : 526-35.
2. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Br Med J* 1955 ; 2 : 1041-8.
3. Travis SPL, Stange EF, Lémann M, et al. European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis : Current management. *J Crohns Colitis* 2008 ; 2 : 24-62.
4. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *J Crohns Colitis* 2017 ; 11 : 649-70.
5. Kaplan GG, McCarthy EP, Ayanian JZ, et al. Impact of hospital volume on postoperative morbidity and mortality following a colectomy for ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2008 ; 134 : 680-7.
6. Bartels SA, Gardenbroek TJ, Ubbink DT, et al. Systematic review and meta-analysis of laparoscopic versus open colectomy with end ileostomy for non-toxic colitis. *Br J Surg* 2013 ; 100 : 726-33.
7. Kiran RP, Ahmed Ali U, Nisar PJ, et al. Risk and location of cancer in patients with preoperative colitis-associated dysplasia undergoing proctocolectomy. *Ann Surg* 2014 ; 259 : 302-9.
8. Marceau, C. Alves A, Ouaisi M, et al. Laparoscopic subtotal colectomy for acute or severe colitis complicating inflammatory bowel disease: a casematched study in 88 patients. *Surgery* 2007 ; 141 : 640-4.
9. Bartels SAL, D'Hoore A, Cuesta MA, et al. Significantly increased pregnancy rates after laparoscopic restorative proctocolectomy: a cross-sectional study. *Ann Surg* 2012 ; 256 : 1045-8.
10. Beyer-Berjot L, Maggiori L, Birnbaum D, et al. A total laparoscopic approach reduces the infertility rate after ileal pouch-anal anastomosis: a 2-center study. *Ann Surg* 2013 ; 258 : 275-82.
11. Fleming FJ, Francone TD, Kim MJ, et al. A laparoscopic approach does reduce short-term complications in patients undergoing ileal pouch-anal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 2011 ; 54 : 176-82.
12. Parc Y, Klouche M, Bennis M, et al. The continent ileostomy: an alternative to end ileostomy? Short and long-term results of a single institution series. *Dig Liver Dis* 2011 ; 43 : 779-83.
13. Lichtenstein GR, Cohen R, Yamashita B, et al. Quality of life after proctocolectomy with ileoanal anastomosis for patients with ulcerative colitis. *J Clin Gastroenterol* 2006 ; 40 : 669-77.
14. Bretagnol F, Panis Y. Traitement chirurgical de la rectocolite ulcéro-hémorragique. *data/traitements/101/40-31781/*. 6 févr 2009 [cité 8 janv 2018]; Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/200438>.
15. Selvaggi F, Pellino G, Canonico S, et al. Systematic review of cuff and pouch cancer in patients with ileal pelvic pouch for ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis* 2014 ; 20 : 1296-308.