

**UNIVERSITE SIDI MOHAMMED
BENABDELLAH FACULTE DE MEDECINE ET
DE PHARMACIE
FES**



**Prise en charge chirurgicale des
colites aiguës graves :
A propos de 23 cas.**

**Mémoire pour l'obtention du diplôme de spécialité
en chirurgie générale.**

Présenté par :

Docteur LAMRANI Jihane

JUIN 2012

ABREVIATIONS

CAG : colite aigue grave

MICI : maladie inflammatoire chnorique intestinale

RCH : rectocolite ulcérohémorragique

IMC : indice de masse corporelle

MC : maladie de Crohn

CHU : centre hospitalier universitaire

TDM : tomodensitométrie

ASP : abdomen sans préparation

NFS : numération formule sanguine

Hb : hémoglobine

CRP : protéine C réactive

VS : vitesse de sédimentation

CMV : cytomégalovirus

IV : intraveineuse

AIA : anastomose iléo-anale

IDR : intradermoréaction

PLAN

I.	INTRODUCTION.....	4
II.	MATERIEL ET METHODES.....	8
III.	RESULTATS.....	11
	A. Epidémiologie.....	12
	B. Résultats cliniques et morphologiques.....	14
	C. Bilan pré thérapeutique	15
	D. Traitement.....	16
	E. Stratégie chirurgicale	17
	F. Suites opératoires.....	18
	G. Diagnostic anatomopathologique.....	19
	H. Traitement ultérieur.....	20
IV.	DISCUSSION.....	22
	1. Epidémiologie :.....	23
	2. Diagnostic	23
	3. Traitement	34
	4. Evolution pronostic et surveillance.....	51
V.	Conclusion	59
	Bibliographie.....	62

I. Introduction :

Le terme de colite aiguë grave regroupe l'ensemble des complications aiguës des colites inflammatoires qui entraînent un risque vital à brève échéance et ont pour point commun la nécessité impérieuse de prendre des mesures thérapeutiques d'urgence :

Il n'existe pas de définition consensuelle.

La colite aigue grave est en réalité l'association d'une inflammation aigue du colon quel qu'en soit l'étiologie ; associée à des critères clinico-biologiques (formalisés par des scores) éventuellement étayés par des critères endoscopiques ou la présence d'une complication grave de type perforation, mégacôlon toxique ou rectorragies massives non contrôlées.

La situation est d'autant plus confuse que la colite aigue grave peut compliquer diverses maladies.

Toutes les causes de colites aiguës; qu'elle soit d'origine inflammatoire ; infectieuse, ischémique ou médicamenteuse ; peuvent se compliquer de colite grave.

Elle peut être inaugurale dans 21% des cas et engager le pronostic vital avec un taux de mortalité qui est passé de 30% en 1952 à environ 1% grâce à la prise en charge moderne de ces formes sévères et au recours précoce à la colectomie après échec du traitement médical.

L'incidence des colites aiguës graves a diminué. Il est important de se rappeler que 5 à 15% des MICI développent une colite aigue grave et qu'il s'agit de la forme inaugurale de la maladie dans 1 /3des cas.

Un problème diagnostic et thérapeutique se pose avec les colites infectieuses d'autant que 20% des MICI sont associées à une infection intestinale.

Parmi les causes bactériennes, il faut systématiquement rechercher les Salmonella, les Shigella, le Campylobacter, les Yersinia et le clostridium difficile qui doivent bénéficier d'un traitement spécifique.

II. MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur 23 patients opérés pour colite aigue grave par les équipes des services de chirurgie viscérale 1 et 2 du CHU HASSAN II de FES sur une période de 12 ans (2000–2012).

Les patients ont étaient recrutés directement via le service des urgences, mais surtout par les services de gastroentérologie et de réanimation.

Ont été inclus dans cette étude tous les cas de colite aigue grave -- retenus sur les critères clinico biologiques de Truelove et Witts modifiés ou le score de Lichtiger -- ayant étaient pris en charge chirurgicalement.

Les données épidémiologiques, cliniques, endoscopiques, histologiques thérapeutiques ; ainsi que le suivi des patients ont été recueillis grâce à une fiche d'exploitation préétablie. (Annexe I)

Annexe I :

Fiche d'exploitation des colites aiguës graves :

1. Identité :

Nom : Prénom :
Age : ... Sexe : Poids :
IMC.....

2. Antécédents :

Colite inaugurale :
MICI connue :
Traitement reçu :
Durée de l'évolution :

3. Critères de gravité clinico-biologique :

Début et ancienneté des symptômes :

Critères de Truelove et Witts :

Gravité ☐

Score de Lichtiger :

A l'admission :

A J3 :

A J5 :

Le jour de l'intervention :

4. Critères morphologiques de sévérité :

Imagerie :

- ASP : non réalisé ☐ RAS ☐ pneumopéritoine ☐ colectasie ☐
- TDM abdominale : non réalisée ☐ RAS ☐ pneumopéritoine ☐
colectasie ☐ épanchement intrapéritonéal ☐ collection/abcès ☐
- Autre :

Endoscopie :

Non réalisée ☐

Ulcérations creusantes ☐

Ulcérations en puits ☐

Décollement muqueux ☐

Muscleuse mise à nu ☐

5. Bilan pré-thérapeutique :

NFS :

Hb : GB : Plaquettes :

VS : CRP :

Protidémie :g/l *Albuminémie :g/l

Urée :g/l Créatininémie :mg/l

Na⁺ : K⁺ :

Hémocultures :

Coprocultures :

Parasitologie des selles :

Sérologies VIH :

Sérologies HAV HBV HCV :

IDR à la tuberculine :

BK crachats :

6. Traitement médical :

Corticothérapie IV : Dose : Durée :

Lavements corticoïdes : Durée :

HBPM préventive : Dose : Durée :

Antibiothérapie : Dose : Durée :

Alimentation parentérale : Durée :

7. Chirurgie :

➤ Délai par rapport à l'admission :

➤ Indication :

❖ Complication inaugurale : ☐ si oui laquelle :

❖ Complication secondaire : ☐ si oui laquelle :

❖ Echec du traitement médical : ☐

➤ Intervention :

Colectomie subtotal : avec double stomie ☐

+ Hartmann ☐

Autres : ☐

8. Résultats anatomo-pathologiques

RCH ☐

Maladie de Crohn ☐

Non spécifique ☐

Autre :

9. Suites opératoires :

➤ Histologie de la pièce opératoire :

➤ Immédiates :

Simple ☐

Morbidité ☐ si oui préciser :

Durée totale du séjour :

Décès : ☐

Cause/contexte :

Délai :

➤ A moyen et long terme :

Simple ☐

Morbidité ☐ si oui préciser :

Décès : ☐

Cause/contexte :

Délai :

Perdu de vue ☐

Deuxième intervention ☐ : si oui indication :

Et modalités.....

III. Résultats

A. Épidémiologie :

1) Fréquence :

Nous avons colligés 23 cas de patients opérés pour colite aigue grave sur 72 cas pris en charge au sein du CHU.

La chirurgie a été indiquée donc pour 32% des cas de colites aiguës graves.

2) Age :

La moyenne d'âge de nos patients était de 32 ans avec des extrêmes de 22 à 55 ans.

3) Sex-ratio :

On note une nette prédominance féminine au sein de notre série ; on rapporte en effet 17 patientes pour seulement 6 patients soit un sex-ratio de 0.35.

4) Etiologies :

Neuf de nos patients ont été suivis pour rectocolite ulcéro-hémorragique et quatorze ont été admis dans un tableau de colite aigue grave inaugurale. Seulement six parmi les patients suivis, l'étaient de manière régulière et avaient reçu un traitement d'entretien type salazopyrine ; azathioprine ou méthotrexate. La durée d'évolution sous traitement médical d'entretien avant l'épisode de colite aigue grave, est en moyenne de 32 mois.

5) IMC

L'IMC n'a été relevé que chez 8 patients, il était inférieur à 18 Kg/m² dans 3 cas.

Nos patients ont consultés dans un délai moyen de 23 jours à partir du début des symptômes ; avec des extrêmes allant de 3 à 30 jours

B. Résultats cliniques et morphologiques :

Tous les patients inclus dans notre étude avaient des critères de gravité selon Truelove et Witts et un score de Lichtiger supérieur à 10.

Tous les patients ont bénéficiés d'un ASP qui a objectivé :

- Un cas de pneumopéritoine
- Aucun cas de colectasie

Un scanner abdominal à était réalisé pour seulement 5 patients, il a objectivé :

- Pneumopéritoine : 2 cas
- Colectasie : 0 cas
- Collection intra-péritonéale : 1 cas
- Normal : 2 cas

Une colonoscopie a été réalisée pour 19 patients. En effet la colonoscopie a été contre-indiquée devant 3 tableaux d'abdomen aigu et un patient présentant une instabilité hémodynamique.

Au cours des coloscopies réalisées les constations suivantes ont été relevées :

- Ulcérations creusantes : 11

- Ulcérations en puits : 7 (photo 2)
- Décollement muqueux : 2 (photo1)
- Musculeuse mise à nu : 3
- Normale ou absence de signes de gravité: 9

Au total près de 61% de nos patients avaient des signes de gravité endoscopique.



Photo 1 : mise à nue de la musculeuse



Photo2 : ulcérations en puits

C. Bilan pré thérapeutique :

A objectivé :

Une anémie avec un chiffre d'hémoglobine inférieur à 10g/dl a été retrouvé chez 5 patients (22%) ;

Une hyperleucocytose chez 3 patients (13%) ;

Une thrombopénie sévère dans un cas (4%) ;

Une insuffisance rénale d'allure fonctionnelle chez 7 patients (30%) ;

Une hyponatrémie chez 4 patients (17%) ;

Une hypokaliémie sévère chez 3 patients (13%) ;

Un syndrome inflammatoire est retrouvé chez 17 patients (73%) ;

Une hypo albuminémie est retrouvée chez 10 patients (43%) et une hypo protidémie associée n'a été retrouvée que chez 4 patients (17%).

L'hémoculture n'a été réalisée que chez 5 patients où elle est revenue négative.

La copro-parasitologie des selles n'a été réalisée que 4 fois (22%) et a objectivé un entamoeba histolytica chez deux patients suivis pour RCH sous traitement immunosuppresseur.

Les sérologies virales ont été réalisées en seulement 3 circonstances (13%) et sont revenues négatives.

L'intradermoréaction ainsi que la recherche de Bacille de Koch dans les crachats a été réalisé chez 2 patients (8%) et était négatives.

D. Traitement :

➤ Traitement de première intention :

- Trois patients ont été opérés à leur admission pour complication inaugurale: deux dans un tableau de péritonite généralisée et un autre dans un tableau de péritonite localisée et d'instabilité hémodynamique.
- Le reste de nos patients (20 patients soit 87%) ont reçu une corticothérapie injectable : prednisone à la dose de 1mg/kg/jour en association avec des lavements corticoïdes.

➤ Traitement de deuxième lignée :

- Aucun patient n'a reçu de traitement immunosuppresseur de deuxième lignée.
- Les patients ayant reçu une corticothérapie ont été opérés en l'absence de réponse thérapeutique, dans un délai moyen de 12 jours avec des extrêmes allant de 2 à 21 jours :

3 patients ont été opérés entre J1 et J5 de leur admission ;

5 patients ont été opérés entre J6 et J10 ;

12 patients ont été opérés au-delà de J10.

Tous les patients opérés avaient un score de Lichtiger supérieur à 10 le jour la décision thérapeutique.

➤ **Traitement non spécifique :**

Un traitement non spécifique a été instauré pour les patients n'ayant pas été opérés d'emblée :

- L'antibiothérapie (métronidazole ou amoxicilline + acide clavulanique) instauré systématiquement par voie parentérale ;
- L'arrêt de l'alimentation a été instauré en moyenne pendant 72 heures ;
- L'alimentation parentérale a été instaurée chez seulement cinq patients ;
- Une anticoagulation préventive a été systématiquement instaurée pour tous les patients

E. Stratégie chirurgicale :

Une fois la chirurgie décidée, la quasi-totalité des patients ont bénéficié d'une préparation en milieu de réanimation.

Tous les patients ont été opérés par laparotomie.

Le traitement chirurgical a consisté en une colectomie subtotale avec iléostomie et sigmoidostomie dans 21 cas.

La sigmoidostomie a permis de faire des lavements du colon restant en postopératoire

Dans deux cas, nous avons réalisés une colectomie subtotale avec intervention de Hartmann.

Aucune coloproctectomie n'a été réalisée en urgence ;

Aucune anastomose n'a été réalisée en urgence.

F. Suites opératoires :

➤ Mortalité :

Nous déplorons onze décès dans notre série (48%) dont les causes sont réparties comme suit :

- Les deux patients opérés dans un tableau de péritonite stercorale par perforation colique sont décédés dans un tableau de choc septique dans les suites opératoires immédiates.
- Une patiente est décédée après choc septique sur collections abcédées intra-péritonéales et éviscération post-opératoire avant ré-intervention.
- Trois autres patients sont décédés dans un contexte de troubles hydro-électrolytiques majeurs et de dénutrition sévère.
- Une patiente est décédée dans un tableau d'embolie pulmonaire
- Un patient est décédé des suites d'un SDRA.
- Trois patients sont décédés dans un contexte non précisé.

NB : tous les patients décédés avaient bénéficiés d'une colectomie subtotale avec double stomie.

➤ Morbidité :

Chez les patients survivants :

- Occlusion :

Nous rapportons 3 cas d'occlusion sur bride (13%) dont une seule à nécessité une ré-intervention chirurgicale, les deux autres étant spontanément résolutive.

Il s'agissait dans les 3 cas d'une occlusion sur bride documentée.

- Complications pariétales :

Eviscérations : un cas (8.3%)

Infection de paroi : 9 cas (75%)

- Complication thromboembolique :

Thrombose veineuse profonde : deux cas (17%)

Embolie pulmonaire : un cas (8.3%)

- Autres :

Infection broncho-pulmonaire : deux cas (17%)

Escarres : 1 cas (4%)

Troubles hydro-électrolytiques persistants: 11 cas (près de 48%) dont un cas d'insuffisance surrénalienne aigue après arrêt brutal d'une corticothérapie.

- Suites simples :

Nous avons noté des suites simples chez seulement 4 patients.

- Durée moyenne du séjour :

Dans notre série la durée totale moyenne du séjour postopératoire était de 17 jours avec des extrêmes allant de 5 jours à 41 jours.

G. Diagnostic anatomo-pathologique :

Près de 83% des examens histologiques sur pièce de colectomie ont conclus à une rectocolite ulcère-hémorragique.

Quatre résultats histologiques (17%) étaient en faveur d'une colite aiguë non spécifique.

H. Traitement ultérieur :

- Séjour en réanimation :

Tous les patients ont été admis en post-opératoire au service de réanimation pour une durée moyenne de 5 jours et des extrêmes allant de 24 heures à 9 jours.

- ✓ 4 patients ont bénéficié d'une transfusion de 2 à 3 culots globulaires ;
- ✓ Un patient a bénéficié d'une perfusion d'albumine ;
- ✓ Tous les patients ont bénéficié d'un support hydro-électrolytiques adapté aux troubles ;
- ✓ Tous les patients ont reçu une alimentation entérale précoce ;
- ✓ Un patient a bénéficié d'une alimentation parentérale associée ;
- ✓ Tous les patients ont bénéficiés d'une antibiothérapie :
 - 12 patients étaient sous amoxicilline protégée par voie parentérale
 - 11 patients étaient sous association ciprofloxacine métronidazole parentérale.
- ✓ Tous les patients ont reçu une anticoagulation préventive ;
- ✓ 16 patients ont bénéficiés d'une corticothérapie dégressive et 20 patients ont bénéficié de lavements aux corticoïdes.

- Prise en charge et surveillance au long court :

La quasi-totalité des patients ont bénéficié à la sortie d'un lavement aux corticoïdes.

Les patients chez qui le diagnostic de RCH a été posé, ont été bilantés à la recherche d'une microrectie.

Seulement cinq de nos patients ont bénéficiés d'une intervention secondaire avec proctectomie et anastomose iléo-anale sur réservoir en J.

L'indication de la proctectomie à été posé sur les données suivantes :

- RCH confirmée avec microrectie radiologique : 4 cas
- RCH confirmée sans microrectie chez un sujet jeune dans l'incapacité et refus de bénéficier d'un suivi régulier avec surveillance du rectum restant (surveillance du risque de dégénérescence) : un cas

Deux patients ont bénéficiés d'un simple rétablissement de continuité sans proctectomie, pour ces deux patients l'histologie était en faveur d'une colite non spécifique. Ils ont tout de même bénéficiés de rectoscopie annuelle ultérieure.

Une patiente est en cours de bilan pour éventuelle proctectomie.

Quatre de nos patients ont été perdus de vue.

IV. Discussion :

1. Epidémiologie :

La colite aigue grave est une complication des maladies intestinales chroniques idiopathiques pouvant compliquer aussi bien la RCH) ou la maladie de Crohn mais aussi d'autres formes de colites (infectieuses, ischémiques ou médicamenteuses) [1].

5 à 15% des MICI développent une colite fulminante et il s'agit de la forme inaugurale de la maladie dans 1/3 des cas. Dans notre série 14 patients sur 23 présentaient une colite aigue grave inaugurale.

L'âge moyen de notre série est de 32 ans ce qui est jeune et qui correspond au profil épidémiologique des MICI. En revanche la prédominance féminine est beaucoup plus nette dans notre série que dans les autres séries de MICI ou de colites graves [2].

Dans la littérature l'incidence des colites sévères a diminué [3] ce qui ne semble pas être le cas dans notre série puisque la majorité des colites aigues graves a été recrutée ces trois dernières années. Il s'agit probablement d'un biais de sélection lié au recrutement même de notre CHU qui tend à devenir un centre de référence pour la prise en charge des pathologies graves et en particulier des MICI dans tous l'est du Royaume.

2. Diagnostic

a) Diagnostic positif :

1. Clinique – signes fonctionnels

2. Bilan de première intention :

➤ Colite aigue grave inaugurale :

Coprocultures ;

Parasitologies des selles ;

Sérologies VIH, VHB, VHC ;

Biopsies coliques ;

Il est indispensable d'éliminer une cause infectieuse par la recherche du Clostridium difficile et de ses toxines dans les selles, de bactéries entéro-pathogènes (Compylobacter, Yersinia, Shigella, Salmonelles, Escherichia coli O157H7) et d'une amibiase intestinale qui est fréquente sous nos climats.

C'est l'une des grandes défailances de notre prise en charge puisque le bilan infectieux n'a pas toujours été systématique ou complet, bien qu'il tend de plus en plus à le devenir.

➤ Colite aigue grave compliquant une MICI connue

Il faut tout de même éliminer une infection à clostridium difficile pouvant déclencher ou aggraver la poussée sévère.

Cette recherche doit être systématique car ce type d'infection est fréquent au cours des MICI et semble augmenter les taux de complications et de morbidités de ces maladies [4]).

La deuxième infection qui complique fréquemment les MICI est l'infection à cytomégalo virus qui semble plus fréquente en cas de poussées cortico-

résistantes, surtout si le patient a été préalablement sous immunosuppresseurs [5].

La recherche de cette infection se fait de 2 façons :

- mise en évidence d'une réplication virale par PCR et/ou antigénémie sur un prélèvement sanguin;
- mise en évidence du virus et/ou de son effet cytopathogène (présence d'inclusions virales) sur des biopsies coliques.

3. Bilan morphologique :

➤ Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP)

Quotidien, à la recherche d'une éventuelle colectasie (diamètre du colon transverse supérieur à 6 cm) ou un pneumopéritoine témoignant de la perforation colique.

Dans notre série l'ASP a été réalisé systématiquement mais seulement à l'admission du patient.

➤ tomodensitométrie abdominale (TDM)

Devant toute suspicion de complication : perforation (pneumopéritoine) colectasie ou abcès intrapéritonéal, dans notre expérience elle a également été réalisée au cas par cas et s'est révélée contributive trois fois sur cinq.

➤ Coloscopie courte :

Elle permet de réaliser d'une part, des biopsies pour le diagnostic positif, le diagnostic différentiel et d'autre part, de rechercher une éventuelle infection à CMV mais également les signes endoscopiques de gravité qui siègent, dans

89% des cas, sur le recto sigmoïde ; une colonoscopie complète s'avère donc inutile.

Signes de gravité endoscopique :

- ulcérations creusantes,
- ulcérations en puits,
- décollements muqueux et mise à nu de la musculature.

Dans notre série près de 61% de nos patients avaient déjà des signes de gravité endoscopique.

Ces signes de gravité endoscopique sont fortement corrélés aux données histologiques [6]

4. Recommandations de l'European Evidence Based

Consensus on the management of ulcerative colitis (2008)

Bilan minimal à réaliser devant une colite aiguë grave :

- ✓ Rectosigmoïdoscopie avec biopsies ;
- ✓ Recherche du Clostridium difficile dans les selles;
- ✓ ASP quotidien voire biquotidien.

De plus, si un traitement immunomodulateur ou par anti-TNF est envisagé, les sérologies VIH, VHC, VHB, CMV, EBV sont préconisées.

En cas de traitement par ciclosporine, il faut veiller à réaliser un dosage de la ciclosporinémie, la magnésémie et la cholestérolémie.

Enfin, avant un traitement par Infliximab, une intradermoréaction à la tuberculine et une radiographie du thorax sont indispensables [7].

b) Diagnostic de gravité :

- Colites aiguës graves non compliquées :

- Les critères de TRUELOVE et WITTS : (tableau 1)

Le diagnostic de la colite aiguë grave (CAG) repose toujours sur les critères de Truelove et Witts, établis dans les années 50, qui se basent sur une évaluation :

- **des signes cliniques digestifs**, notamment le nombre des selles sanglantes par jour;
- **des signes généraux** : fièvre, température et tachycardie;
- **des signes biologiques** : l'existence d'un syndrome inflammatoire et d'une anémie.

Un taux d'albumine sérique bas a également été retenu comme étant un facteur de gravité par la suite [8]. Ce sont ces derniers critères modifiés sur lesquels nous nous sommes basés –entre autre – pour poser le diagnostic de colite grave.

CRITÈRES DE TRUELOVE ET WITTS	
Critères	
Nombre de selles/24H	>5
Rectorragies	Importantes
Température (°C)	>37,5
Fréquence cardiaque (/min)	≥ 90
Taux d'hémoglobine	≤ 10
Vitesse de sédimentation (mm à la 1ère H)	≥ 30
Albuminémie (en g/l)	≤ 35

Tableau 1

Une fois exclues les colites compliquées de perforation, d'hémorragie grave ou de colectasie qui nécessitent une prise en charge chirurgicale d'emblée

avec colectomie en urgence, le diagnostic de CAG selon l'European evidence based consensus on the management of ulcerative colitis (ECCO) repose sur l'association d'un nombre de selles égale a au moins 6 selles sanglantes par jour associé à l'un des critères suivants : une température supérieure à 37,5°C, une fréquence cardiaque supérieure à 90 battements/minute, une vitesse de sédimentation supérieure à 30 mm à la 1ère heure, un taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/dl et un taux d'albumine inférieur à 35 g /l [9]

- Le score de LICHTIGER (tableau 2)

Il est basé uniquement sur des paramètres cliniques. Il est de ce fait d'utilisation simple, quotidiennement au lit du malade.

Il est donc adapté au suivi des colites graves sous traitement.

Un score de Lichtiger supérieur à 10 points (sur un maximum de 21 points) définit la colite aigue grave. Ce score semble surtout adapté pour la surveillance de la réponse au traitement de la colite aiguë grave [10].

SCORE DE LICHTIGER		
Signes cliniques	Appréciation	Score
Diarrhée (nombre/24heure)	0 – 2	0
	3 – 4	1
	5 – 6	2
	7 – 9	3
	10	4
Diarrhée nocturne	Non	0

	Oui	1
Rectorragies visibles (%de nombre de selles)	0 <50% >50% 100%	0 1 2 3
Incontinence fécale	Non Oui	0 1
Douleurs abdominales	Non Minime Modérée Sévère	0 1 2 3
Etat général	Parfait Très bon bon Moyen Mauvais Très mauvais	0 1 2 3 4 5
Tension abdominale	Non Minime/localisée Minime à modérée/diffuse Sévère/tendue	0 1 2 3
Traitement anti diarrhéique	Non Oui	0 1

Tableau 2

➤ Colites graves compliquées

Elles sont devenues moins fréquentes depuis la prise en charge précoce des colites inflammatoires sévères.

Elles concernent 13% de notre série.

- Perforation colique en péritoine libre :

Le tableau clinique peut être franc en cas de signes péritonéaux (défense voire contracture abdominale généralisée), ou au contraire insidieux ou absent chez des patients sous corticothérapie, le diagnostic est alors établi sur les données des examens morphologiques.

Dans notre série les deux cas de péritonites ont été suspectés cliniquement et confirmés radiologiquement par l'existence d'un pneumopéritoine à l'ASP ou au scanner.

Peut survenir à n'importe quel moment de l'évolution, même sous traitement médical.

C'est une indication de colectomie en urgence.

Aucun patient n'a présenté de perforation colique sous traitement médical.

- Hémorragies massives :

Sont des complications rares survenant environ chez 1% des MICI. Elles sont le plus souvent d'origine colique gauche et imposent un recours à la chirurgie en cas d'hémorragie abondante non contrôlée par un traitement médical et endoscopique [11].

- Mégacôlon toxique ou colectasie :

Le tableau clinique et biologique est celui d'une CAG avec une diarrhée plus ou moins sanglante, des douleurs abdominales et un sepsis sévère associant

au maximum les trois signes suivants : tachycardie ($> 120/\text{min}$), fièvre ($> 38.6^{\circ}\text{C}$), hyperleucocytose ($> 10500/\text{ml}$).

Devant un tel tableau, surtout quand le patient a une MICI connue, il importe de réaliser une radiographie d'abdomen sans préparation, qui fera le diagnostic de colectasie (diamètre du caecum ou du côlon transverse supérieur à 6 cm pour la plupart des auteurs).

Son incidence a diminué grâce au progrès de la prise en charge thérapeutique.

La colectasie, parfois évidente cliniquement, est définie sur l'ASP par une dilatation globale ou segmentaire du colon de plus de 6 cm.

Elle correspond à une atteinte anatomique sévère qui touche la totalité de l'épaisseur de la paroi colique avec risque de perforation imminente.

Le tableau clinique et biologique est celui d'un état toxique avec fièvre élevée, tachycardie, hypotension artérielle, hyperleucocytose, anémie et hypoalbuminémie.

Le traitement est habituellement chirurgical, encore que des techniques de décompression aient été proposées [4].

Nous n'avons traité aucun patient pour ce type de complication.



Photo3 : ASP mégacôlon toxique

c) Diagnostic étiologique :

Le diagnostic de colite aiguë est habituellement facile à poser lorsqu'un malade a une diarrhée généralement sanglante, des douleurs abdominales à type de crampe et de la fièvre.

La question du diagnostic étiologique se pose lors d'une poussée grave inaugurale.

Ce diagnostic est généralement obtenu par l'association copro-parasitologie des selles et une rectosigmoïdoscopie avec biopsies rectales.

Les examens parasitologiques n'ont été cependant réalisés que dans 17% des cas de notre série, ce qui nous paraît nettement insuffisant au vu du risque de colite infectieuse causale ou sous-jacente.

La méprise d'une infection peut être une cause d'échec thérapeutique et de morbidité accrue.

La recto-sigmoïdoscopie est un examen réalisable en quelques minutes et ne nécessite généralement pas de préparation dans le contexte clinique concerné.

Dans notre série elle a systématiquement été réalisée sauf dans les cas de complication inaugurale.

Une biopsie de la face postérieure du rectum et un prélèvement des selles pour examen microscopique et mise en culture doivent être réalisés(4).

La culture et l'identification bactérienne peuvent s'accompagner d'une recherche de toxines, indispensable en cas de *Clostridium difficile* [12,13].

La biopsie est réalisée systématiquement.

En revanche les examens bactériologiques ne sont absolument pas de pratique courante dans notre série.

Lorsque la maladie est sévère, il y a des écoulements muco-purulents et la muqueuse, fragile, saigne au contact.

L'étendue des lésions inflammatoires est variable. Des ulcérations aphtoïdes éparses sont souvent caractéristiques d'une maladie de Crohn mais peuvent être également présentes dans une authentique RCH ou dans certaines colites infectieuses.

Il en va de même pour les ulcérations creusantes, en puits, plus fréquentes au niveau sigmoïdien que rectal.

En revanche, l'existence de lésions ano-périnéales suggère fortement une maladie de Crohn.

Globalement, c'est l'examen des zones muqueuses les moins sévèrement atteintes qui apportera les renseignements les plus utiles au diagnostic étiologique.

Cependant, à cette période toute initiale, il est préférable d'éviter de porter un diagnostic péremptoire entre MC et RCH, en raison de la grande similitude des signes cliniques et endoscopiques de ces deux affections.

Les examens endoscopiques réalisés dans notre série ont permis dans certains cas de poser le diagnostic histologique mais seulement à posteriori de l'acte chirurgical.

De nombreux travaux indiquent que la première poussée de RCH peut être provoquée ou du moins être contemporaine d'une atteinte infectieuse [14-16]

En cas de colite aigue grave inaugurale ou compliquant une MICI connue, il est important d'éliminer une cause infectieuse avant de démarrer un traitement spécifique afin d'éviter une aggravation sous corticoïdes notamment.

Dans un ordre d'importance décroissante, la démarche étiologique s'appuie sur les examens microbiologiques, les données de l'endoscopie, de l'examen anatomopathologique et enfin de l'imagerie

3. Traitement

a. médical :

➤ Principes généraux :

Tous les patients admis pour colite aigue grave doivent bénéficier :

- D'une hospitalisation immédiate de préférence en milieu spécialisé ; l'équipe chirurgicale doit d'emblée être avisée et examiner le patient ;
- Examen physique par le médecin et le chirurgien 2 ou plusieurs fois par jour
- Surveillance des paramètres vitaux au moins quatre fois par jour, de préférence en milieu de réanimation ou de soins intensifs.
- Surveillance de la fréquence et de l'aspect des selles
- Bilan sanguin comportant hématologie, VS, électrolytes, albumine sérique, fonction rénale. En cas d'utilisation de la ciclosporine magnésium, cholestérol et ciclosporinémie
- Abdomen sans préparation quotidien
- Perfusions hydro-électrolytiques et transfusions au besoin

- Arrêt de l'alimentation 24–48 heures et alimentation parentérale exclusive en cas de maladie de Crohn ou de dénutrition
- Proscrire les antidiarrhéiques, les anticholinergiques en raison du risque de colectasie.
- Prise en charge psychologique

C'est seulement en codifiant ainsi la prise en charge que nous pouvons espérer diminuer la morbi-mortalité dans notre série et avoir des résultats proches des séries européennes.

➤ Traitements spécifiques :

- Corticoïdes :

La corticothérapie est efficace aussi bien dans le traitement de la RCH que de la MC. Cependant 35% des malades traités par corticoïdes IV aboutissent à une colectomie [17].

Notre pourcentage de 32% est très proche de ce chiffre et nous pouvons de ce fait conclure que ce n'est pas notre taux de colectomie qui pose problème dans notre prise en charge.

Aucun essai contrôlé n'a démontré la supériorité d'un corticoïde par rapport à un autre [18].

De plus en l'absence d'études dose-réponse, le choix de la posologie des stéroïdes reste empirique et controversé. La dose habituellement prescrite est de 1 mg/kg/24 h de prednisone.

C'est le schéma que nous avons appliqué.

Les autres corticoïdes utilisés sont l'hydrocortisone IV 100 mg et la méthylprednisolone IV 6 à 15 mg toutes les 6 heures.

Une perfusion continue serait plus efficace qu'une administration intermittente de corticoïdes [19].

La corticothérapie par voie générale est associée à des lavements d'hydrocortisone ou de budésonide pour réduire le ténesme et les épreintes. Les lavements peuvent être remplacés en cas d'intolérance par de la mousse de corticoïdes.

L'échec de réponse aux corticoïdes peut être prédit par des mesures objectives.

Une hypo-albuminémie, une CRP élevée, une tachycardie supérieure à 90 battements par minutes, un nombre de selles supérieur ou égal à neuf par jours, une fièvre et une courte durée de la maladie sont en rapport avec un risque élevé d'échec [20].

- Antibiotiques :

L'utilisation d'un traitement antibiotique reste controversée. Leur efficacité n'a pas été démontrée dans les essais contrôlés.

Certains auteurs recommandent cependant la prescription systématique de métronidazole et d'ampicilline ou d'une céphalosporine de 3e génération [21].

Le métronidazole a été instauré systématiquement dans notre série.

- Sulfasalazine et 5-aminosalicylates :

Ces médicaments n'ont pas leur place dans le traitement des formes sévères de MICI. Ils peuvent se discuter après la rémission de la poussée

- Immunosuppresseurs :

L'azathioprine et la 6-mercaptopurine ne sont pas indiqués dans les colites sévères en raison de leurs longs délais d'action. Il en est de même du méthotrexate.

La ciclosporine est le seul immunosuppresseur dont l'efficacité a été démontrée par un essai contrôlé dans les RCH sévères ne répondant pas aux corticoïdes par voie parentérale [22].

Ce traitement a été depuis largement utilisé [23,24].

Le traitement est indiqué chez les malades non améliorés au 5e jour de corticoïde IV, ou qui s'aggravent avant, ou encore qui rechutent à la reprise de l'alimentation orale, ces malades étaient classiquement colectomisés.

Elle est utilisée à des doses de 2 mg/kg/j en IV avec pour objectif d'atteindre une ciclosporinémie de 200 ng/ml ou par voie orale, à la dose de 5 mg/kg/j pour obtenir une ciclosporinémie de 500 ng/ml.

Dans environ 60% des cas, ces patients corticorésistants entrent en rémission, évitant ainsi une colectomie en urgence.

Dans notre série il n'a malheureusement jamais été utilisé probablement pour non disponibilité et indigence de nos patients.

La réponse au traitement est souvent rapide en moins de 7 jours. Le traitement est ensuite relayé par de la ciclosporine *per os* pendant 3 à 6 mois.

Toutefois l'efficacité à long terme n'est que de 40% à 12 mois [23,24]. Un problème important est celui des effets secondaires du traitement. En effet certains effets secondaires graves ont été observés : insuffisance rénale

définitive, épilepsie, infections sévères, pneumopathie à *Pneumocystis carinii*, perforation colique et même décès [25].

Ces effets secondaires graves font que le traitement reste controversé.

Il existe néanmoins un consensus pour que ce traitement ne soit prescrit que sous surveillance étroite et pour une durée limitée à 5 jours au plus en cas d'inefficacité.

Dans les colites sévères de maladie de Crohn, la ciclosporine a été peu étudiée [26,27]. Dans une étude rétrospective récente, elle a entraîné une rémission clinique dans 62% des cas, mais à 12 mois, 52% des malades ont dû être proctocolectomisés [27].

- Infliximab :

Traitement de deuxième ligne :

Cette molécule peut être utilisée en traitement de seconde ligne, à la place de la ciclosporine.

Cette thérapeutique a fait l'objet d'un seul essai randomisé contre placebo au cours des poussées sévères et de corticorésistantes de la RCH [28].

Ce travail a montré qu'une injection de 4 à 5 mg/kg d'infliximab permettait de réduire le recours à la colectomie dans les 3 mois, dans 47% des cas versus 69% dans le groupe placebo sans augmentation du risque d'effets secondaires.

Son efficacité dans les CAG reste modeste, ce qui a également été rapporté dans une étude canadienne [15].

L'utilisation d'un schéma d'induction par 3 injections de 5 mg/kg aux semaines 0, 2 et 6 semble donner de meilleurs taux de rémission qu'une seule injection [29].

- **Autres traitements :**

De nouvelles approches thérapeutiques ont été proposées, mais qui pour le moment n'ont fait l'objet d'aucune étude contrôlée :

L'héparine dans les poussées sévères de RCH,

La ciclosporine IV seule, sans corticoïdes,

La ciclosporine orale et le tacrolimus IV.

- **Stratégie thérapeutique :**

Dans la RCH, le traitement initial dure 5 jours et comprend le jeûne, une alimentation parentérale, des mesures de réanimation, des corticoïdes par voie parentérale et locale.

En cas de complication, le malade est opéré.

A la fin des 5 jours :

- ✓ lorsque la rémission clinique est complète, l'alimentation est reprise et, si la rémission persiste, le traitement corticoïde est progressivement diminué et les salicylés ou l'azathioprine sont débutés ;
- ✓ en cas d'échec ou de réponse partielle, les corticoïdes sont associés à la ciclosporine IV en continue (4 mg/kg) pour une période maximale

de 5 à 10 jours. La chirurgie s'impose en cas de complication ou d'échec.

b. Traitement chirurgical :

1) Principes du traitement chirurgical :

La colite aiguë grave est une urgence médico-chirurgicale dont la gravité est aujourd'hui appréciée au mieux par l'endoscopie.

La chirurgie est indiquée en urgence avant tout traitement médical en cas de perforation, colectasie, syndrome toxique ou hémorragie abondante, de même en cas d'échec du traitement médical intensif.

La colectomie subtotala avec iléostomie et sigmoïdostomie représente le premier temps opératoire de choix en cas de colite aiguë grave sur maladie inflammatoire ; elle a été réalisée dans 91 des cas dans notre série.

Le choix des procédés opératoires est basé sur le principe de la colectomie totale, avec ou sans conservation rectale : « save the patient's life and not the colon » [30].

Le geste opératoire doit obéir à une règle de simplicité technique excluant les sutures en milieu septique, les gestes longs et compliqués chez des patients en état critique.

Les avantages de la colectomie subtotala sont nombreux : c'est une intervention rapide, relativement simple et sûre, réalisable par un chirurgien généraliste, qui permet de sevrer progressivement le patient de toute corticothérapie.

Le bas sigmoïde ne doit pas être laissé fermé dans l'abdomen car le risque de désunion est très important en raison d'une paroi friable, hémorragique et épaisse, d'une pullulation intraluminaire et d'une imprégnation cortisonique fréquente chez un patient dénutri et anémique.

Les conséquences d'une ouverture du moignon rectal dans la cavité péritonéale seraient désastreuses.

L'avantage d'apporter le segment colique en sigmoïdostomie est de permettre le contrôle de l'évolution muqueuse et surtout la réalisation d'irrigations antérogades ou rétrogrades du segment exclus si la maladie persiste sur cette courte portion.

2) Voies d'abord :

❖ Voie d'abord coelioscopique :

Lorsque le pronostic vital n'est pas engagé à court terme, certains auteurs proposent de réaliser la colectomie subtotale par voie coelioscopique.

Bell et Seymour ont publié sur une série de 18 patients opérés pour colite aiguë grave par voie coelioscopique : la morbidité a touché un tiers des patients, mais aucun d'entre eux n'a été réopéré en urgence [31].

Lorsqu'elle est possible, la colectomie subtotale par voie coelioscopique associe un avantage esthétique, une durée de séjour plus courte, un taux de complication pariétale probablement inférieur et une réduction du risque d'occlusion sur bride quasi certaine. Marcello et l'équipe de la Cleveland Clinic ont comparé les résultats d'une colectomie subtotale réalisée par laparoscopie chez 19 patients ayant une colite aiguë grave à une série appariée de 29 patients traités par laparotomie pour la même condition [32].

L'intervention par laparoscopie a été significativement plus longue que par laparotomie (210 versus 120 minutes). Les avantages dans le groupe laparoscopie ont été un retour plus rapide du transit (1 versus 2 jours), une durée de séjour plus courte (4 versus 6 jours), une cicatrice plus petite, tandis que le taux de complication était similaire, aux alentours de 20 %.

❖ Chirurgie à ciel ouvert :

Lorsque le pronostic vital est engagé à court terme, il faut envisager une opération de sauvetage. Elle est plus sûrement menée par une laparotomie médiane.

L'exploration doit être systématique mais rapide, permettant de confirmer la complication comme une perforation colique, l'extension de la colite et l'existence ou non d'une atteinte de l'intestin grêle. Le foie doit être examiné à la recherche d'une stéatose ou d'une très rare cholangite sclérosante infraclinique [33].

Tous nos patients ont été opérés à ciel ouvert sans doute pour plusieurs raisons :

- ✓ Etat précaire de nos patients,
- ✓ Non disponibilité de la colonne de cœlioscopie au service des urgences ;
- ✓ Défaut d'expérience de l'équipe chirurgicale qui pourrait prolonger inutilement la durée de l'intervention.

3) Techniques opératoires :

Les procédés d'iléostomie continente et d'anastomose iléo-anale se trouvent ainsi contre-indiqués en raison de leur complexité technique inadaptée aux conditions de l'urgence et susceptible d'aggraver notablement le risque opératoire.

➤ **Les dérivations externes isolées**

Prônées par TURNBULL [34], les techniques de dérivations externes sans colectomie associant à une iléostomie, une ou plusieurs colostomies latérales sont à l'heure actuelle délaissées en raison de leurs résultats décevants et de la nécessité de ré-intervenir ultérieurement pour réaliser la colectomie dans des conditions souvent plus difficiles.

➤ **La colo-proctectomie totale avec iléostomie terminale**

Cette technique a l'avantage d'éradiquer totalement la maladie en cas de rectocolite hémorragique, d'éviter une hémorragie post-opératoire à point de départ rectal, et de supprimer le risque à plus long terme d'une évolution rectale de la maladie inflammatoire.

Elle a l'inconvénient majeur d'être irréversible, et suppose d'avoir évalué préalablement le caractère « irrémédiable » des lésions rectales nécessitant le recours à l'iléostomie définitive.

Elle majore en outre l'étendue de la contamination septique en cas de péritonite, et fait courir chez l'homme le risque de troubles sexuels qui sont en fait exceptionnels si la dissection est faite en prenant soin de rester au ras

du rectum. C'est pourquoi ; à juste titre, elle n'a pas été réalisée dans notre série.

➤ La colectomie subtotale ou totale avec conservation rectale

Ce procédé offre l'avantage de ne pas aboutir à l'iléostomie définitive, mais présente l'inconvénient d'exposer au risque de complication postopératoire à partir du rectum laissé en place.

Il comporte plusieurs variantes techniques :

1. La colectomie subtotale avec double stomie iléale et sigmoïdienne +++++

Technique de choix, elle se fait selon les modalités suivantes :

➤ Exérèse :

- ✓ Aucune préparation n'est bien évidemment possible ;
- ✓ le traitement antibiotique (adapté ultérieurement aux prélèvements opératoires, hémocultures...) encadre la colectomie.
- ✓ La colectomie est menée de droite à gauche.
- ✓ Ligatures vasculaires au contact de l'intestin ;
- ✓ L'ablation du grand épiploon est peut-être nécessaire, d'autant que les adhérences colo-épiploïques recouvrent souvent des perforations bouchées.
- ✓ Il faut être attentif au respect de la vascularisation iléo-caecale pour ne pas condamner les chances de restauration secondaire de la continuité digestive.
- ✓ La libération du mésosigmoïde et le niveau de sa section dépendent de l'état du côlon et des modalités de son abouchement cutané.

➤ Stomies et drainage :

- ✓ L'iléon, sectionné (par application d'une agrafeuse au contact de la valvule de Bauhin) est extériorisé en stomie terminale directe dans la fosse iliaque droite, le point d'abouchement cutané se situant au milieu de la ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure.
- ✓ Préférer faire passer l'intestin immédiatement au bord externe du droit plutôt qu'à travers ce muscle. Il est préférable de retourner le grêle avant de le fixer à la peau. Cela n'est pas toujours possible du fait des remaniements inflammatoires: les moyens actuels d'appareillage rendent ce détail technique secondaire surtout pour une iléostomie provisoire.
- ✓ Le sigmoïde est mis à la peau dans la fosse iliaque gauche. Le point d'extériorisation colique est en principe symétrique à celui du grêle mais la rétraction colique ou l'état de la paroi peuvent imposer de le choisir plus bas, ce qui rendra l'appareillage moins simple.
- ✓ Lorsque le sigmoïde est très pathologique, une solution de fortune, pour le sortir « au plus court », est de l'aboucher à la partie basse de la médiane.
- ✓ L'extériorisation a bien évidemment un trajet direct. Le côlon est en fin d'intervention, ourlé à la peau de façon habituelle mais le risque de réintégration fait proposer à certain l'extériorisation d'un côlon fermé (Fazio).
- ✓ Le drainage des flancs, voire le drainage de la cavité péritonéale après toilette large, est fonction des lésions [35].

Cette méthode laisse donc en place le rectum et une partie du sigmoïde.

Elle nécessite pour être applicable, que l'anse sigmoïde ne soit ni nécrosée ni perforée.

Elle présente l'intérêt de permettre dans la période post-opératoire la pratique d'irrigation continue ou discontinue du segment recto-sigmoïdien exclu, et permet ultérieurement le rétablissement secondaire de la continuité par anastomose iléo-rectale ou iléo-anale.

C'est l'intervention que nous nous sommes acharnés à réaliser dès que l'état local le permettait, elle nous a permis une meilleure gestion du rectum restant par des irrigations et des lavements par corticoïdes.



Photo 4 : pièce de colectomie subtotale

2. La colectomie totale avec iléostomie et fermeture du moignon rectal type Hartmann :

Une intervention de type Hartmann, laissant dans la cavité abdominale un court moignon rectosigmoïdien fermé, est mauvaise en raison du risque grave et pratiquement constant de désunion.

Elle n'est uniquement concevable, en pis-aller, qu'en cas de perforation sigmoïdienne distale et doit être associée à la mise en place d'un sac de Mikulicz au contact.

Cette technique expose, en particulier dans la rectocolite hémorragique [36] au risque de désunion de la suture rectale et d'hémorragie post-opératoire à point de départ rectal, difficile à traiter de façon conservatrice, compte tenu des difficultés d'irrigation du moignon rectal borgne, et susceptible d'obliger à réaliser dans des conditions périlleuses une proctectomie secondaire.

Elle est en revanche utile dans les types de colite qui présentent des lésions sigmoïdiennes majeures, mais qui épargnent le rectum.

Elle a justement été indiquée dans notre série dans deux cas :

- Une collection abcédée en regard de la jonction recto sigmoïdienne ;
- Un mauvais état local du sigmoïde qui nous a obligé à une résection plus basse.

Elle permet, comme la précédente méthode, dans un deuxième temps, le rétablissement de la continuité par anastomose iléo-rectale ou proctectomie secondaire et anastomose iléo-anale.

3. La colectomie totale avec anastomose iléo-rectale simple ou protégée par une iléostomie latérale d'amont :

Cette méthode s'adresse au cas où l'absence de souillure péritonéale et l'état du rectum autorise la confection d'une anastomose.

La décision de confectionner l'anastomose avec ou sans iléostomie de protection, dépend de l'appréciation de la sécurité de l'anastomose en fonction de l'état des tissus à suturer, et plus particulièrement de l'aspect de la muqueuse rectale.

Elle constitue l'intervention la plus satisfaisante, chaque fois que les conditions locales s'y prêtent, et la tendance actuelle des opérations réalisées en poussée aiguë définie selon les critères de sévérité de TRUELOVE et WITTS [37].

Nous ne nous sommes cependant pas risqués à ce type d'intervention.

Après colectomie subtotale, le rétablissement de continuité se fait habituellement par une anastomose iléo anale en cas de RCH, et par une anastomose iléo-rectale en cas de maladie de Crohn.

4) Indications chirurgicales :

➤ En urgence, avant tout traitement médical :

○ Le mégacôlon toxique (ou colectasie) :

La découverte de cette colectasie, dans le contexte de MICI connue ou probable, contre-indique formellement la réalisation d'une coloscopie en raison du risque majeur de perforation et impose la réalisation en urgence d'une colectomie subtotale avec iléostomie et sigmoïdostomie.

Le traitement médical pourrait en effet, en cas de colectasie, exposer le patient à la survenue d'une perforation, pouvant initialement évoluer à bas bruit du fait de la corticothérapie.

Dans ces cas, la réalisation tardive de la colectomie subtotale, chez un malade fragilisé et avec perforation colique, est associée à une mortalité allant jusqu'à 40 % dans une série récente [38].

- La perforation colique

Deux de nos patients ont été opérés pour cette indication.

- Autres formes cliniques

L'existence d'un sepsis sévère, associant fièvre, déshydratation majeure avec troubles hydro électrolytiques et altération de l'état général, constitue aussi habituellement une indication à la colectomie en urgence, avant tout traitement médical.

Plus rarement, une hémorragie digestive basse massive, voire un choc septique (par translocation bactérienne) feront indiquer la colectomie en urgence.

➤ Après échec d'un traitement médical intensif

Aujourd'hui, l'efficacité relative de la corticothérapie intraveineuse à forte dose (1 mg/kg j) et de la ciclosporine (dans la RCH essentiellement) [39] fait souvent discuter cette colectomie subtotale en cas d'échec du traitement médical, c'est-à-dire, dans notre expérience, en cas d'absence d'amélioration voire d'aggravation des signes à l'endoscopie faite sept jours après le début du traitement médical.

Il faut néanmoins garder à l'esprit que si, aujourd'hui, dans les centres chirurgicaux spécialisés, la mortalité opératoire de la colectomie subtotale, avant la survenue de complications graves, est proche de zéro, celle-ci croît en cas de retard à l'intervention, essentiellement du fait de l'existence d'une péritonite par perforation colique.

Ainsi, sur une série de 32 malades avec colite grave sur RCH, traités par ciclosporine, une perforation colique avec un décès post-opératoire étaient notés chez les non-répondeurs à la ciclosporine (un tiers des patients) [40].

C'est pourquoi seule une amélioration franche et rapide de l'état du patient sous traitement médical, associée à une amélioration endoscopique, et ce bien sûr en l'absence de colectasie, peut faire surseoir à la colectomie subtotale.

L'absence de rémission franche des signes cliniques malgré le traitement intensif, après une période inférieure à 5 jours, définit la notion d'échappement au traitement médical et conduit à poser l'indication opératoire [41].

.

Cette règle clinique édictée de manière précise en 1978 par TRUELOVE et coll. [40] en matière de rectocolite hémorragique, reste globalement toujours valable.

Les possibilités nouvelles de la réanimation digestive ne doivent pas conduire à différer inutilement l'indication opératoire.

Cependant on note que cette règle des cinq jours est loin d'avoir été respectée dans notre série.

En effet le délai moyen de prise en charge chirurgicale après instauration du traitement médical est de 12 jours et 85% de nos patients ont été opérés au-delà du cinquième jour du traitement médical et ce malgré une non amélioration significative du score de Lichtiger.

Ce délai excessif intervient en plus de la constatation d'un retard notable à la consultation après l'apparition du tableau clinique.

Les traitements conservateurs de la poussée aiguë qui doivent être immédiatement mis en œuvre et comprennent la mise au repos de l'intestin [43], la décompression colique avec changement fréquent de position en cas de colectasie aiguë [44] et la réfrigération colique en cas d'hémorragie massive [45] ne doivent raisonnablement être poursuivis au-delà de quelques jours que s'ils permettent d'aboutir rapidement à une amélioration franche du tableau clinique.

4. Evolution pronostic et surveillance:

La colite aigue grave est une pathologie qui met en jeu le pronostic vital.

a. Mortalité :

La mortalité opératoire de la colectomie subtotale est nulle ou avoisinant les 1% en l'absence de complication, mais elle augmente considérablement notamment s'il existe une perforation colique [46].

La mortalité peropératoire pour les patients opérés en péritonite était de 100% dans notre série.

En revanche la mortalité reste très élevée dans notre série même en l'absence de péritonite puisqu'elle est de 41%.

Nous imputons ces chiffres anormalement élevés de la mortalité à plusieurs facteurs :

- Absence de prise en charge codifiée de la colite aigue grave au sein de notre établissement ;
- Absence de concertation pluridisciplinaire optimale ;
- Retard d'arrivée des patients au sein de notre formation ;
- Retard de l'instauration de la chirurgie dans la prise en charge thérapeutique des colites aiguës graves et traitement médical trop long.

Ces chiffres sont bien évidemment le reflet du passé et la prise en charge tend à être de plus en plus codifiée et pluridisciplinaire au sein de notre formation afin de réduire cette mortalité excessive. L'avènement du traitement immunosuppresseur de deuxième lignée tel que l'infliximab peuvent potentiellement faire reculer ce chiffre.

Si, dans le passé, la mortalité de la colectomie subtotale pour CAG variait de 7 à 44 %, notamment dans les formes compliquées [47,48], elle est actuellement faible dans les centres expérimentés.

Ainsi, dans une série la mortalité opératoire était inférieure à 1 %, alors que 25 % des malades avaient des formes compliquées (hémorragie, perforation, colectasie) [46].

b. Morbidité :

La morbidité postopératoire était de l'ordre de 33 % [49] pour une autre série de la littérature.

Elle est de 66% dans notre série.

La principale complication dans la littérature est l'occlusion post-opératoire (15 %), nécessitant une ré intervention dans la moitié des cas. Dans la littérature, l'occlusion sur bride représente la principale complication postopératoire chirurgicale, dont la fréquence varie entre 5 et 25 % des cas.

Dans notre série on relève 3 cas d'occlusion sur bride dont seulement une à nécessité une ré intervention chirurgicale.

La durée moyenne d'hospitalisation dans la littérature est de 9 à 13 jours [46].

Dans notre série la durée moyenne d'hospitalisation est beaucoup plus élevée de l'ordre de 17 jours, dont cinq jours en moyenne au service de réanimation. Il semble également que certains centres spécialisés pratiquant les colectomies par voie cœlioscopique arrivent à réduire la durée d'hospitalisation moyenne à 5 jours [50,51].

c. Traitement médical post-opératoire :

✓ Séjour en réanimation :

Tous les patients ont été admis en post-opératoire au service de réanimation pour une durée moyenne de 5 jours et des extrêmes allant de 24 heures à 9 jours.

La prise en charge médicale post-opératoire doit porter sur la restauration ou le maintien de l'équilibre des grandes fonctions et sur l'état du transit abdominal, de l'abdomen, du périnée et des stomies éventuellement. [52] La réanimation va porter en plus sur un certain nombre d'éléments indispensables :

- ✓ La récupération prioritaire et précoce de la voie digestive (par nutripompe le plus souvent),
- ✓ La prophylaxie des hémorragies digestives hautes post-opératoires,
- ✓ La prophylaxie des surinfections microbiennes et fungiques,
- ✓ La prophylaxie des accidents thromboemboliques,
- ✓ La prophylaxie des poussées purulentes ou hémorragiques [52,53].

d. Traitement chirurgical étiologique :

- ✓ En cas de RCH :

Le délai entre les deux temps interventions dépend de l'état général du patient (état nutritionnel, imprégnation cortisonique...) et des circonstances de la colectomie d'urgence.

Il sera au minimum de deux mois : en cas de péritonite il nous paraît préférable d'attendre six mois [53].

Le mode de rétablissement de la continuité digestive doit en principe être choisi avant la ré-intervention, et avant tout selon l'apparence endoscopique, radiologique et histologique du rectum.

Correctement faite une colectomie subtotale d'urgence préalable ne modifie pas les possibilités d'une anastomose iléo-anale qui sera réalisée selon les modalités suivantes :

- ✓ L'intervention débute par la fermeture des deux stomies dont les trajets intra-pariétaux sont libérés.
- ✓ l'abdomen est ouvert par une voie médiane itérative après avoir changé d'instruments et protégé la paroi par un champ adhésif ;

- ✓ Un temps d'entérolyse complète et parfois laborieuse est souvent nécessaire.
- ✓ L'iléostomie libérée, la racine du mésentère est mobilisée et si une anastomose iléo–anale est prévue les modalités de confection d'un réservoir sont évaluées.
- ✓ Le trajet pariétal de la colostomie est refermé en deux plans, la peau étant suturée directement sur un drainage.
- ✓ L'iléostomie protégeant temporairement l'anastomose iléo–anale utilise le même trajet que l'iléostomie initiale.

La majorité des séries rapporte aujourd'hui les résultats d'anastomoses iléo–anales avec réservoir en J selon Utsunomiya [54], bien que les résultats après confection d'un réservoir en W suggèrent une amélioration du résultat fonctionnel (nombre de selles diurnes et nocturnes).

Cependant le réservoir en W est peu utilisé, car nécessite 40 à 60 cm d'iléon et gêne donc la descente dans le pelvis.

Un réservoir en U iso–péristaltique donne également de bons résultats [55].

Nous décrivons quelques points techniques du réservoir en J, qui semble être la technique de choix :

- ✓ Le réservoir en J est fait de la juxtaposition de deux anses grêles sur 15 cm mesurées sans traction à l'aide d'une réglette métallique.
- ✓ Les anses maintenues juxtaposées, sont présentées devant le pubis ; ce n'est pas toujours la dernière anse mais parfois l'avant–dernière qui descend naturellement le plus bas ;

- ✓ le point déclive du réservoir doit descendre 6 cm en dessous du bord inférieur de la symphyse pubienne repéré par un doigt de l'aide [56].
- ✓ Habituellement, le grêle reste au-dessus de ce repère : des manœuvres d'abaissement sont toujours indispensables (décollement et ligatures vasculaires d'abaissement)
- ✓ Résection rectale au contact de la musculature rectale afin d'éviter toute blessure nerveuse.
- ✓ Cette dissection est poursuivie aussi bas que possible, mais il n'est pas impératif de descendre jusqu'au plan des releveurs ;
- ✓ Temps périnéal : mucoséctomie et anastomose iléo-anale manuelle

Seulement cinq de nos patients ont bénéficiés d'une intervention secondaire avec proctectomie et anastomose iléo-anale sur réservoir en J.

- ✓ En dehors de la RCH :

L'anastomose colorectale est la règle sauf en cas de lésions rectale ou ano-périnéales sévère ou de dysplasie sévère [57–59].

e. Surveillance :

➤ Résultats fonctionnels

Les résultats fonctionnels doivent être évalués par des questionnaires de satisfaction et par le score de Kirwan [60]:

Tableau 1 – Questionnaire de satisfaction :

Degré de satisfaction	Très satisfait	Satisfait	Mécontent
Position assise	Normale		Anormale
Régime	Oui		Non
Ralentisseur du transit	Oui		Non
Nombre d'irrigation	Toutes les 24 heures		Toutes les 48 heures
Garniture	Oui		Non
Continence matières	Oui		Non
Continence gaz	Oui		Non

Tableau 2 – Score de Kirwan :

Stade	Description
A	Continence normale ; pas de souillure
B	Incontinence aux gaz
C	Souillures occasionnelles et mineures
D	Souillures majeures ou fréquentes
E	Incontinence nécessitant une iléostomie

Ces scores et questionnaires seront bientôt introduits pour évaluer nos anastomoses iléo-anales.

➤ Risque de dégénérescence :

Il concerne essentiellement les MICI et en particulier la RCH.

Lorsque que la RCH a été documentée, une proctectomie a été systématiquement réalisée même en l'absence de microrectie chez un patient qui a refusé la surveillance du rectum restant.

En effet, le manque de compliance à la surveillance coloscopique peut être une indication chirurgicale sur une pancolite, la décision sera prise conjointement avec le patient en discutant franchement des avantages et inconvénients de chaque option. [61]

Une surveillance annuelle du rectum restant chez les patients ayant bénéficiés d'une anastomose iléo-rectale a été proposée devant l'absence d'étiologie étiquetée.

V. CONCLUSION

La colite aigue grave est une pathologie grave.

Sa prise en charge est grevée d'une lourde morbi-mortalité péri opératoire dans notre série.

Nous expliquons ces chiffres par l'important retard que prennent les patients à consulter, il s'agit souvent d'une négligence du patient lui-même vis-à-vis de ses symptômes ou d'une méconnaissance de la population médicale et des médecins généralistes en particulier de cette pathologie et des critères de gravité d'une colite aigue. Les patients sont donc admis à des stades très avancés de déshydratation et de dénutrition voire parfois à des stades de complication notamment au stade de péritonite stercorale qui est souvent fatale

Un autre facteur nous semble important à relever : en dépit des recommandations de la littérature de ne pas faire retarder la sanction chirurgicale –notamment en l'absence d'une nette amélioration dans un délai maximal de 5 jours– nous constatons que ce délai n'est pas respecté et qu'il est largement dépassé dans notre série, ce qui n'est pas sans conséquence sur nos chiffres de morbi-mortalité.

Dans notre série nous avons donc relevés plusieurs facteurs de mauvais pronostic : l'état nutritionnel précaire, le retard diagnostique, le défaut d'orientation systématique en début d'hospitalisation vers un service de réanimation et le retard de la sanction chirurgicale.

Au total, une meilleure tactique concernant le moment de l'intervention et le choix de la technique doit permettre une amélioration de la mortalité et de la morbidité des colites aiguës graves qui étaient très élevées et qui le sont encore dans notre série. La colectomie subtotale, bien codifiée semble donner entière satisfaction lorsqu'elle est réalisable et rend les suites opératoires immédiates et tardives notamment concernant le traitement étiologique beaucoup plus simple

Une réanimation et une surveillance post-opératoire soigneuses sont indispensables.

La prise en charge psychologique des patients bien que non traitée dans notre exploitation des dossiers ne doit pas être négligée dans la prise en charge globale des colites aigues graves d'autant plus que le

terrain est fragile (troubles psychiques secondaires au MICI et prise en charge psychologique des patients stomisés).

Le rétablissement secondaire de la continuité doit être envisagé après un bilan endoscopique et radiologique et obéir à des règles techniques rigoureuses ; il ne doit pas méconnaître le risque de dégénérescence d'un rectum restant notamment en cas de RCH.

Le problème du suivi des patients reste non résolu puisqu'à ce jour un nombre conséquent de patient à été perdu de vue sans qu'aucun traitement secondaire n'est pu être entreprit.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jewell D. and al. – Indication and timing of surgery for severe ulcerative colitis. *Gastroenterol. Intern.*, 1991, 4, 161–164.
2. ElAbkari M et al. –colite hémorragique : aspects épidémiologiques à Fès au Maroc. SNFGE 2006.
3. Belaiche J. – Traitement médical des colites inflammatoires aiguës graves Acta Endoscopica Volume 29 – N° 5 – 1999
4. Jarnerot G and al. – Infliximab as rescue therapy in severe to moderately severe ulcerative colitis. Randomised placebo controlled study. *Gastroenterology* 2005;128:1805–11.
5. Schumacher G. and al. – The role of colonoscopy in the differential diagnosis of inflammatory bowel disease. *Gastrointestinal endoscopy* 1997 ; 27 : 150.
6. Willoughby J.M.T.and al. – Rahman A.F., Gregory M.M. Chronic colitis after *Aeromonas* infection. *Gut* 1989 ; 30 : 686–90.
7. Strange EF and al. – European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis : Definitions and diagnosis. *Journal of Crohn's and Colitis* 2008;2:1–23.
8. A N Ananthakrishnan– Excess hospitalisation burden associated with *clostridium difficile* in patients with inflammatory bowel disease, *inflammatory bowel disease , gut* 2007.128231
9. Belaiche J– Acute lower gastrointestinal bleeding in Crohn's disease : characteristics of a unique series of 34 patients. *Am. J. Med.*, 1999, 94, 2177–2181.

10. Treton X et al.– Prise en charge d'une colite aigue grave. Gastro-Entérologie Clinique et Biologique 2008;32:1030–1037.
11. Present D.H.– Medical decompression of toxic megacolon by «rolling » . A new technique of decompression with favorable long term follow-up. J. Clin. Gastroenterol., 1988, 10, 485–490.
12. Taylor–Robinson S. and al.– Salmonella infection and ulcerative colitis. Lancet 1989 ; 1 : 1145.
13. Carbonnel F and al.– Colonoscopy of acute colitis. A safe and reliable tool for assessment of severity. Dig Dis Sci 1994 ; 39 : 1550–
14. Wright C.L., Riddell R.H. Acute infections colitis – diagnostic dilemmas in :Allan R. et coll. (eds). Inflammatory Bowel Diseases 1997 ; 359–68. New York :Churchill Livingstone.
15. Laharie D .–Comment optimiser la prise en charge de la colite aigue grave? Hepato–Gastro et Oncologie Digestive. Septembre 2010;17 (suppl 4).
16. Ananthakrishnan AN, McGinley EL, Binion DG. Excess hospitalization burden associated with Clostridium difficile in patients with inflammatory bowel disease. Gut 2008;57:205—10.
17. Kornbutt A.A.et al –How effective is current medical therapy for severe ulcerative and Crohn's colitis ? An analytic review of selected trials. J. Clin. Gastroenterol., 1995, 20, 280–284.
18. Present D.H. et al — Medical decompression of toxic megacolon by «rolling » . A new technique of decompression with favorable long term follow-up. J. Clin. Gastroenterol., 1988, 10, 485–490.

19. Lichtiger S. et al; – Cyclosporine in severe ulcerative colitis refractory to steroid therapy. *N. Engl. J. Med.*, 1994, 330, 1841–1845.
20. Travis SP, et al. – Predicting outcome in severe ulcerative colitis. *Gut* 1996;38:905–10
21. Sandborn WJ. – A critical review of cyclosporine therapy in inflammatory bowel disease. *Inflam. Bowel Dis.*, 1995, 1, 48–63.
22. Hyde G.M. – Intravenous cyclosporin as rescue therapy in severe ulcerative colitis : time for a reappraisal ? *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.*, 1998, 10, 411–413.
23. Stack W.A. – Short- and long-term outcome of patients treated with cyclosporin for severe acute ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol. Ther.*, 1998, 12, 973–978.
24. Hyde G.M. and all. –Intravenous cyclosporin as rescue therapy in severe ulcerative colitis: time for a reappraisal? *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.*, 1998, 10, 411–413
25. Carnobell and all. –Intravenous cyclosporine in attacks of ulcerative colitis. Shortterm and long-term responses. *Dig. Dis. Sci.*, 1996, 41, 2471–2476.
26. Santos J.V.et all – Intravenous cyclosporine for steroid-refractory attacks of Crohn's disease. Short- and long-term results. *J. Clin. Gastroenterol.*, 1995, 20, 207–210.
27. Lemann M.et all – Intravenous cyclosporine for refractory attacks of Crohn's disease : a long term follow-up of patients. *Gastroenterology*, 1998, 113, G4178.

28. Jarnerot G and al. – Infliximab as rescue therapy in severe to moderately severe ulcerative colitis. Randomised placebo controlled study. *Gastroenterology* 2005;128:1805–11.
29. Kohn A and al. Infliximab in severe ulcerative colitis short-term result of different infusion regimens and long-term follow-up. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:747–56.
30. Zer M. – Pitfalls in the surgical management of fulminating ulcerative colitis. *Dis. Col. Rect.*, 1972, 75, 280–287.
31. Bell RL, Seymour NE. Laparoscopic treatment of fulminant ulcerative colitis. *Surg Endosc* 2003 ; 16 : 1778–82.
32. Marcello PW, and al. – Laparoscopic total colectomy for acute colitis. A case control study. *Dis Colon Rectum* 2001 ; 44 : 1441–5.
33. Scalone O, and al. – Faut-il réaliser une biopsie hépatique per-opératoire systématique chez tous les malades opérés pour rectocolite hémorragique? *Gastroenterol Clin Biol* 2003 ; 27 : 94–9.
34. Turnbull R. —Surgical treatment of toxic megacolon. Ileostomy and colostomy to prepare patients for colectomy. *Amer. J. Surg.*, 1971, 722, 325–331.
35. Gallot D and al. – BAUDOT Ph. Colostomies. *Encycl Med Chir (Paris, France), Techniques chirurgicales, Appareil digestif*, 40540, 11–1987 ; 10 p
36. Berard P and all. – Le traitement de la recto-colite ulcéro-hémorragique. Rapport au 86e Congrès Français de Chirurgie. Masson, Paris, 1984.
37. Morel P and al. – Management of acute colitis in inflammatory

bowel disease. World J. urg., 1986, 10, 814–819.

38. Greenstein A.L., and al.– Differences in pathogenesis, incidence and out-come of perforation in inflammatory bowel disease. Surg Gynecol Obstet 1985 ;160 : 63–9.

39. Lichtiger S. et al. Ciclosporine in severe ulcerative colitis refractory to steroid therapy. N Engl J Med 1994 ; 330 : 1841–5.

40. Carbonnel G. and al. – Intravenous cyclosporine in attacks of ulcerative colitis. Short-term and long-term responses. Dig Dis Sci 1996 ; 41 : 2471–6.

41. Truelove S.C. and al. — Cortisone in ulcerative colitis. Final report on a therapeutic trial. Br. Med. J., 1955, 2, 1041–1046.

42. Truelove S.C. and al. — Further experience in the treatment of severe attacks of ulcerative colitis. Lancet, 1978, 2, 1086–1088.

43. McIntyre P.B. et al. — Controlled trial of bowel rest in the treatment of severe acute colitis. Gut, 1986, 27, 481–485

44. Present D.H. et al. –The medical management of toxic megacolon: technique of decompression with favorable long term follow-up. Gastroenterology, 1981, 80, 1255 (Abstr.).

45. Levy E. et al. – Le syndrome de colite aiguë grave et ses éléments de pronostic (100 cas). Gastroenterol. CUn. Biol., 1979, 3, 637–646.

46. A Alves:J – Traitement d'une colite aiguë grave compliquant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin Am Coll Surg 197,3,9:2003.

47. Mikkola KA, Järvinen HJ. Management of fulminating ulcerative colitis. AnnChir Gyn 1992;81:37–41.

48. Harms BA, et al. – Management of fulminant ulcerative colitis by primary restorative colectomy. *Dis Colon Rectum* 1994;37:971–8
49. Carbonnel F, et al. – Colonoscopy of acute colitis: a safe and reliable assessment of severity. *Dig Dis Sci* 1994;39:1550–7.
50. Seshadri et al. Does a laparoscopic approach to total abdominal colectomy and proctocolectomy offer advantages? *Surg Endosc* 2001;15:837–42
51. Dunker MS et al. Laparoscopic-assisted vs open colectomy for severe acute colitis in patients with inflammatory bowel disease (IBD). A retrospective study in 42 patients. *Surg Endosc* 2000;14:911–4.
52. Berard and al. — Le traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique. Rapport 86e Congrès Français de Chirurgie, Masson, Paris, 1984.
53. Gallone L and al. – Colite aggressiva idiopatica. Problemi attuali di terapia chirurgica. *Minerva Chir.*, 1983, 38, 1953–1964.
54. Nicholls RJ and all. – Restorative proctocolectomy with ileal reservoir: comparison of two-stage versus three-stage procedures. *Dis Colon Rectum* 1989; 32 : 323–326
55. Utsonomyia and all. Total colectomy, mucosal proctectomy and ileoanal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1980 ; 23 : 459–466
56. Fonkalsrud EW – Total colectomy and endo-rectal ileal pull-through with internal ileal reservoir for ulcerative colitis. *Surg Gynecol Obstet* 1980 ; 150 : 1–8

57. Smith LE and all. – The superior mesenteric artery : the critical factor in pouch pull-through procedure. *Dis Colon Rectum* 1984 ; 27 : 741–742
58. Edwards CM, et al– Role of a defunctioning stoma in the management of large bowel Crohn’s disease. *Br J Surg* 2000; 87:1063–6.
59. Yamamoto T, and al.– Effect of fecal diversion alone on perianal Crohn’s disease. *World J Surg* 2000;24:1258–63.
60. Bonnet S. et al–Résultats carcinologiques et fonctionnels après amputation abdomino-périnéale suivie decolostomie périnéale pseudo-continent pour carcinome épidermoïde du canal anal ; Institut Gustave Roussy, Villejuif, FRANCE
61. Jones HW et al. – Surveillance in ulcerative colitis : burden and benefit. *Gut* 1988 ; 29 : 325–31.