



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 167

Traitement chirurgical des colites aiguës graves

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 04/06/2018

PAR

Mlle. **Imane BICHRI**

Née Le 18 Novembre 1991 à Laàyoune

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Colites aiguës - RCH - Crohn - Traitement - Chirurgie

JURY

M.	B. FINECH	PRESIDENT
	Professeur de Chirurgie Générale	
M.	A. LOUZI	RAPPORTEUR
	Professeur de Chirurgie Générale	
Mme.	K. KRATI	} JUGES
	Professeur de Gastroentérologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUY YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie

BOUAITY Brahim	Oto-rhino-laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique

ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAROU Karam	Gynécologie–obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie–obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie–vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo–phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMACHI Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie–obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo–phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie

BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Nouredine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDEFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie

ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo– phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo– phtisiologie
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto–Rhino – Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto–Rhino – Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie

BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie – pathologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio–organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo– phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– Vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 12/02/2018



DEDICACES

A mes chers parents

Je ne trouve pas les mots pour décrire ma gratitude et ma profonde reconnaissance pour tous vos efforts, vos sacrifices, votre patience et votre amour infini.

A mon cher papa Idriss Bichri

A toi cher papa je dois tous ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain, aucun mot d'amour ne peut décrire l'immense place que tu occupes dans mon cœur, tu es ma joie et ta présence à mes côtés en ce jour si attendu rajoute du bonheur à mon bonheur, merci pour tous ce que tu as fait pour moi et ce que tu fais toujours, je te dédie ce travail pour t'exprimer mes remerciements et ma gratitude et j'espère qu'à ce jour là tu es fière de moi. Que Dieu t'accorde santé et longévité et garde ton sourire. Je t'adore papa.

A ma chère maman Fatima Youb

A la plus merveilleuse de toutes les femmes et la plus douce de toutes les mamans, tu es mon soutien, tes prières sont la lumière qui a illuminé mon chemin, ma confidente depuis toujours et ma meilleure amie de tous les temps, merci pour tes sacrifices, tes nuits de veilles et tes efforts, et malgré la distance tu étais toujours à mes côtés prenant soin de mon bien être et mon bonheur, je ne trouve pas les mots si parfaits pour t'exprimer mes remerciements, ma reconnaissance et mon éternelle affection. En ce jour, j'espère réaliser l'un de tes rêves et que ce travaille soit le fruit de tes efforts. Puisse Dieu t'accorder santé et longévité afin que je puisse à mon tour te combler sans jamais te décevoir.

Je t'adore cher maman.

A ma très chère grande mère M'barka

Une personne unique et formidable, pleine de tendresse et d'amour, je n'oublierai jamais le soutien que tu m'as apporté dès le premier jour, avec toi ma cher mimma j'ai mis les pieds pour la première fois a la FMPM pour passer mon concours et c'est avec tes prières et tes mots que j'ai pu continuer jusqu'à aujourd'hui. Puisse le grand Dieu te donne santé et longévité et te garde pour nous comblé de ton amour.

A ma petite sœur chérie Saoussane

A la prunelle de mes yeux, la douce Saousane et la plus belle fleur de la famille , les mots me fuient quand je parle de toi , aussi tendre et calme , souriante et bienveillante , je ne peux t'exprimé mon attachement ni ma gratitude pour ton soutien , les moments de joie , les fous rires, tu rajoute de la lumière à mes jours .

Je te souhaite une bonne continuation dans tes études et que tous tes rêves seront une réalité.

A mes deux frères Mourad et Osama

Que dirais-je ... les plus proches a mon cœurs , mes meilleurs amis , vous étiez toujours là pour moi a chaque moment de ma vie et de mon chemin , Osama le fou rire, les aventures, les plans a deux, les longs voyages et les moments fous, merci d'être mon confident et de m'avoir apporter le soutien dans les moments les plus pénibles , Mourad mes mots ne peuvent exprimé mon respect pour toi et l'amour que j'éprouve envers mon grand frère qui était et qui est toujours là à mon aide, merci pour tes conseils quand j'avais besoin et merci pour ton sens d'écoute et de ta tendresse. Que dieux vous apporte tous le bonheur et le succès que vous méritez.

A mes chers oncles Ibrahim, Omar, Khalil, Bouchaib Youb

Merci pour votre soutien et votre confiance, merci pour les bons moments qu'on a passé ensemble et pour toutes les occasions durant lesquelles j'ai ressentis votre amour même si j'étais loin de mes parents vous étiez toujours là pour moi. Je vous souhaite une longue vie pleine de bonheur et succès.

A ma tante Nora

Avant d'être ma tante, tu es ma sœur et mon amie, pour tous les moments qu'on a partagé, les longues nuit d'été et les longues journées de sorties et bonheur je te dis merci d'être à mes cotés. Je te souhaite tous le bonheur que tu mérites.

A mes très chers amis

A ma chère Chaïmae Idmoussi ;

Aussi tendre et douce, tu es ma deuxième sœur, ma confidente et la meilleure personne que j'ai jamais connu, merci pour toutes ces années durant lesquelles notre relation et nos attachement n'ont fait que prouvé que pour toujours tu seras la plus proche à mon cœur. Que Dieu t'apporte tous le bonheur que tu mérites et que ta petite famille te comble de paix et de joie.

A ma chère Zainab Boudhar

Quand je parle de toi, je parle d'une personne formidable pleine de vie et d'énergie, rayonnante et toujours souriante, avec toi j'ai trouvé une complicité extraordinaire, ta compagnie m'apporte un sourire de plus, merci pour tous les moments qu'on a partagé, merci pour la belle aventure d'Essaouira et merci d'être toujours présente pour moi. Tu m'es très chère et je sais que tu seras la meilleure doctoresse parce que tu as un grand cœur.

A mes chères Iman et Najlae ;

Merci pour 9 ans d'amitié et de complicité, parmi les premières personnes que j'ai reconnu à la FMPM et les meilleure d'ailleurs, on a partagé tellement de moments et d'histoires que ça a devenu une vie pleine d'amour et d'aventures, je vous dis merci pour tous, votre support, votre écoute et votre gentillesse. Je vous souhaite plein de bonheur et de succès parce que vous le méritez.

*A mes amies Hanane, Yakout, Ghita, Samia, Soukhaina, Souki bouki,
Mima, Sara*

Vous avez fais de ces années passées des moments et des histoires inoubliables, on était une famille loin de la famille et on restera. Je vous souhaite à tous, longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

*A mes amis Jawad, Yassine, Yaccoub, Mohammed Amine, Fettah,
Hachim*

Je n'oublierai jamais les bons moments qu'on a passés ensemble. Avec vous, j'ai vécu des moments de bonheur et des fous rires qui me faisaient oublier le stress et les difficultés de notre parcours. Je vous souhaite plein de bonheur et de succès.



REMERCIEMENTS



*A notre maître et président de thèse monsieur le professeur B. Fincech
professeur de l'enseignement supérieur et chef de service de chirurgie
générale CHU Mohammed VI*

*Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la Présidence de notre
jury de thèse, nous vous remercions pour la qualité de l'enseignement que
vous nous avez prodigué pendant nos études. Veuillez trouver ici le
témoignage de notre sincère admiration et de notre profond respect.*

*A notre maître et rapporteur de thèse Monsieur le professeur A. Louzi,
professeur de l'enseignement supérieur de chirurgie générale CHU
Mohammed VI*

*Vous me faites l'honneur de diriger ce travail, votre enthousiasme, votre
dynamisme, et votre aisance chirurgicale m'ont toujours séduite. Mon
passage au sein de votre service n'a fait que grandir mon amour pour la
chirurgie générale et mon rêve de décrocher cette spécialité en avenir. Je
suis fière d'être votre élève et honorée de votre assistance aujourd'hui. Je
vous prie de trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et ma
respectueuse admiration.*

*A notre maître et juge de thèse madame le professeur K. Krati professeur
de l'enseignement supérieur et chef de service de gastroentérologie
CHU Mohammed VI*

*Nous vous remercions de tout cœur d'avoir accepté de faire partie de ce
jury. Votre présence nous honore. Nous n'oublierons jamais les valeurs et
la qualité de votre enseignement ainsi que vos qualités humaines et
professionnelles. Il nous est particulièrement agréable de vous exprimer
ici notre profonde gratitude et nos respects les plus sincères.*

*A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail de loin ou de
prés : Docteur Riyad, Docteur Bicane, Docteur Haraki et Docteur
Elyazal.*



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

5 ASA	: 5 acide amino salicylé
6MP	: 6-Mercaptopurine
AIA	: Anastomose iléoanale
AIR	: Anastomose iléorectale
AINS	: Anti-inflammatoire non stéroïdien
ASP	: Abdomen sans préparation
CAG	: Colite aigue grave
CMV	: Cytomegalovirus
CRP	: C Reactive protein
CST	: Colectomie subtotale
CTC	: Corticothérapie
CPT	: Coloproctectomie totale
EH	: Entamoeba histolytica
HBPM	: Héparine de bas poids moléculaire
IFX	: Infitiximab
IMC	: Indice de masse corporelle
MC	: Maladie de Crohn
MICI	: Maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin
NFS	: Numération formule sanguine
RC	: Rétablissement de continuité
THE	: Troubles hydroélectrolytiques
VS	: Vitesse de sédimentation



PLAN

INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	3
I. Patients	4
1. Critères d'inclusion	4
2. Critères d'exclusion	4
II. Méthodes	4
III. Analyse	7
RÉSULTATS	8
I. Epidémiologie	9
1. Fréquence	9
2. Age des malades	9
3. Répartition des malades selon le sexe	10
4. Les antécédents	10
II. Données cliniques	12
1. Signes fonctionnels	12
2. Signes physiques	13
III. Données biologiques	14
1. Numération formule sanguine (NFS)	14
2. C Reactive protein (CRP)	15
3. Vitesse de sédimentation (VS)	15
4. Ionogramme	15
5. Coproculture	15
6. Albuminémie	16
7. Hémoculture	16
IV. Données radiologiques	17
1. Radiographie abdomen sans préparation (ASP)	17
2. Échographie abdominale	17
3. Tomodensitométrie abdominale	18
4. Entéro IRM	21
V. Données endoscopiques	22
1. Coloscopie	22
2. Histologie	23
VI. Scores de gravité	23
1. Truelove et Witts	23
2. Score de Lichtiger	24
VII. Traitement	24
1. Traitement médical devant la poussée aigue	24
2. Traitement chirurgical	26
3. Evolution	33
DISCUSSION	35
I. Epidémiologie	36

1. Age et sexe	36
2. Les antécédents	37
II. Diagnostic positif.....	37
1. CAG inaugurale	37
2. CAG compliquant une MICI connue	38
III. Diagnostic de gravité	40
1. Critères clinico-biologiques	40
2. Les critères de Truelove et Witts	40
3. Le score de Lichtiger.....	42
4. Autres scores	42
5. Critères morphologiques de sévérité	43
IV. La prise en charge thérapeutique	48
1. Traitement non spécifique	49
2. Traitement spécifique	51
V. Evolution	81
1. Post opératoire immédiat	81
2. Postopératoire tardif	84
3. Les résultats fonctionnels	87
4. Soutien psychologique	90
CONCLUSION	91
RÉSUMÉS	93
ANNEXES	97
BIBLIOGRAPHIE	103



INTRODUCTION



Les maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin (MICI) comprenant La rectocolite ulcérohémorragique (RCH), la maladie de Crohn (MC) et les colites indéterminées, sont des affections inflammatoires touchant le tube digestif en partie ou en totalité et évoluant par des poussées entrecoupées de périodes de rémissions. Ce sont des maladies chroniques issues de l'association de facteurs génétiques et environnementaux dont l'étiologie exacte reste inconnue.

La colite aiguë grave (CAG) complique 10 à 15% des RCH et plus rarement une MC ou une colite infectieuse. Elle peut être inaugurale dans 21% des cas comme elle peut émailler l'évolution de la maladie déjà connue [1]. Elle peut aboutir à une mutilation digestive majeure qui peut être à l'origine des séquelles altérant souvent la qualité de vie des patients pendant des décennies.

Le diagnostic de CAG repose sur l'association de critères clinico-biologiques et peut être étayé par des critères morphologiques endoscopiques et radiologiques.

La CAG constitue une urgence médico-chirurgicale nécessitant un diagnostic rapide et une prise en charge précoce. Le taux de mortalité est passé de 30% en 1952 à environ 2% dans les années 1970 grâce au recours précoce à la chirurgie après échec du traitement médical bien conduit [1, 2,3].

Notre étude rétrospective, portant sur 20 patients suivis au sein de service de chirurgie Viscérale du CHU Mohammed VI de Marrakech sur une durée de 11 ans allant de janvier 2006 à décembre 2016 permet de mettre le point sur le recours à la chirurgie en matière des CAG, les indications, les techniques et les résultats fonctionnels.



MATÉRIELS & MÉTHODES



I. Patients :

1. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans cette étude :

- les patients opérés au service de chirurgie viscérale du CHU Mohammed VI de Marrakech, sur une période de 11 ans allant de janvier 2006 à décembre 2016, pour colite aiguë grave et dont le diagnostic a été retenu sur les critères clinico-biologiques (critères de Truelove et Witts modifiés) (Annexe 2 tableau 1).
- les patients admis dans un tableau de complication.

2. Critères d'exclusion :

On a exclu de cette étude les patients suivis pour MICI et opérés de manière élective pour complication chronique, les patients hospitalisés pour CAG et non opérés et les dossiers inexploitable, vides ou perdus.

II. Méthodes :

Les données étaient recueillies à partir :

- des observations des patients au service de chirurgie viscérale du CHU Mohammed VI Marrakech.
- des dossiers de suivi dans la consultation MICI au service de gastro-entérologie du CHU Mohammed VI Marrakech.

Nous avons recueilli les données sur une fiche d'exploitation (Annexe1) regroupant des :

➔ données épidémiologiques

1. Age

2. Sexe

3. Antécédents

➤ données cliniques :

1. Signes fonctionnels

a- Douleurs abdominales

b- Les rectorragies

c-AEG

d- Diarrhées liquidiennes

e-Emission glairosanglantes

f-Syndrome rectale

g-Syndrome de Koeing

h- Signes extradigestifs

i-Hémorragie massive

j-Dénutrition

2. Signes physiques :

a-Etat général

b-IMC

c-Signes d'irritation abdominale

d-Toucher rectal

➤ données biologiques :

1. Numération formule sanguine

2. CRP

3. La vitesse de sédimentation

4. Ionogramme sanguin

5. Copro-parasitologie des selles

6. L'albuminémie

7. Hémoculture

- données radiologiques :
 1. ASP
 2. Echographie abdominale
 3. TDM abdominal
 4. Colo IRM
- données endoscopiques
- scores de gravité :
 1. Truelove et Wits
 2. Lichtiger
- traitement :
 1. Traitement non spécifiques
 - a- Régime alimentaire
 - b- L'antibiothérapie
 - c- L'anti coagulation
 - d-Transfusion
 2. Traitement spécifique
 - a- Corticothérapie
 - b-Ciclosporine
 - c- Infitiximab
 3. Traitement chirurgical :
 - a. Délai du traitement
 - b. Chirurgie urgente ou non
 - c. Abord chirurgical
 - d. Exploration
 - e. Geste
 - f. Rétablissement de continuité
 - g. Indications

➔ résultats fonctionnels

a. Fonction digestive

1. Nombre de selles diurnes
2. Nombre de selles nocturnes
3. Utilisation d'un ralentisseur de transit

b. Fonction sexuelle

- Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical de la poussée, avec une surveillance régulière clinique et biologique.
- Devant l'échec du traitement médical ou la survenue de complication, tous nos patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

III. Analyse :

Les données ont été traitées par un logiciel d'analyse statistique (SPSS).



RÉSULTATS



I. Epidémiologie :

1. Fréquence :

Les CAG représentaient 18, 20% (100 cas) des cas de MICI (550 cas) hospitalisés dans le service de gastroentérologie du CHU Mohammed VI de Marrakech durant la période allant de janvier 2006 à décembre 2016.

Les CAG opérées représentaient 20% (20 cas) du nombre total des CAG hospitalisées dans le service de chirurgie viscérale et le service de gastroentérologie.

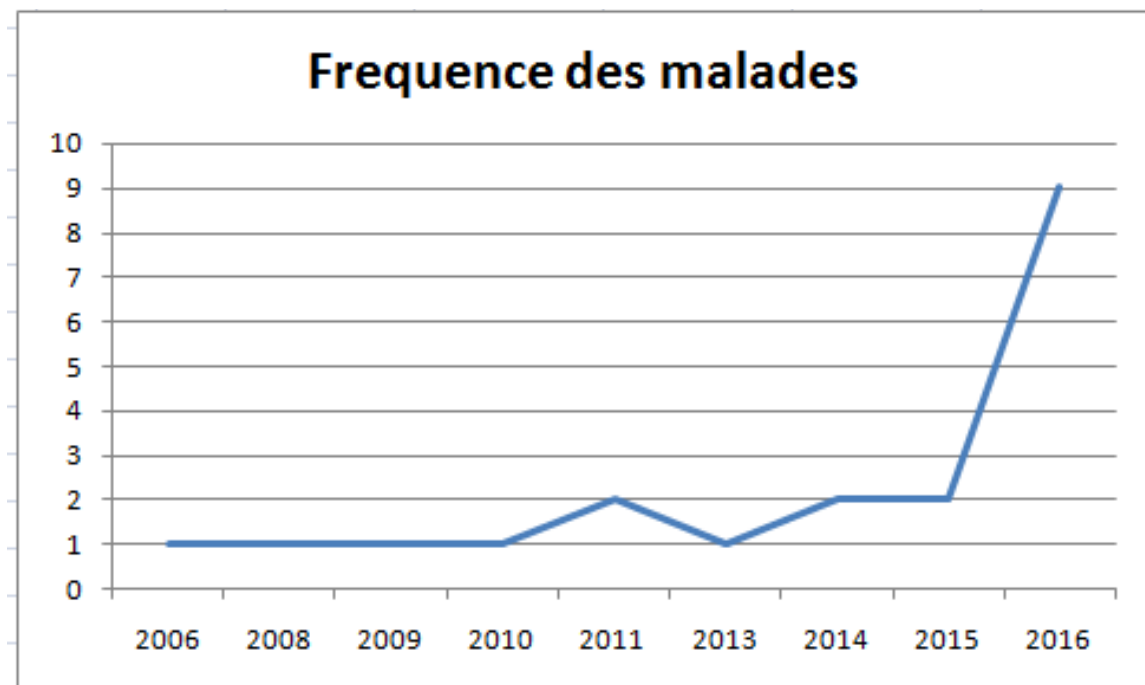


Figure 1 : Fréquence de la maladie

2. Age des malades :

Dans notre série, l'âge moyen des patients était de 34 ans avec des extrêmes allant de 17 ans à 52 ans.

La tranche d'âge entre 20 et 40 ans représentait 65% des cas.

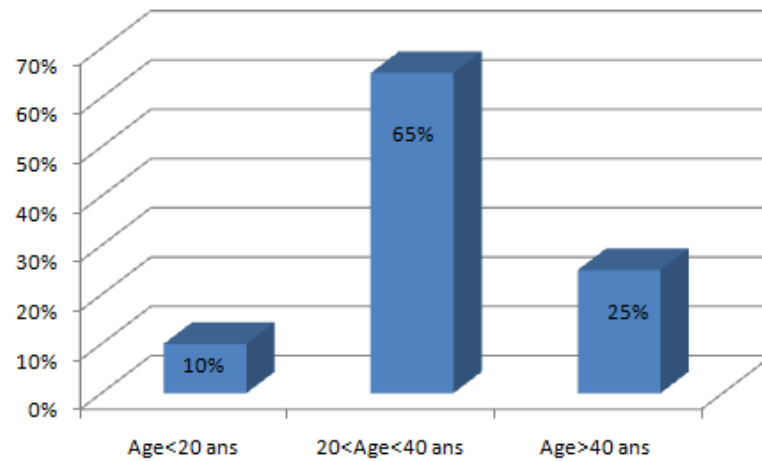


Figure 2 : Répartition des malades selon l'âge

3. Répartition des malades selon le sexe:

Nos patients se répartissaient en 11 femmes (55%) et neuf hommes (45%) avec un sex-ratio de 0,81.

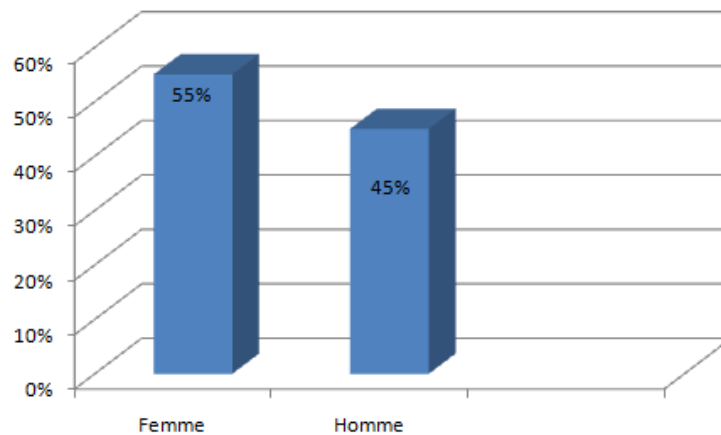


Figure 3 : Répartition des malades selon le sexe

4. Les antécédents :

La CAG était inaugurale chez 07 malades (35%), alors que chez 13 malades (65%) la poussée avait compliqué une MICI connue. Il s'agissait de onze rectocolites hémorragiques et deux maladies de Crohn.

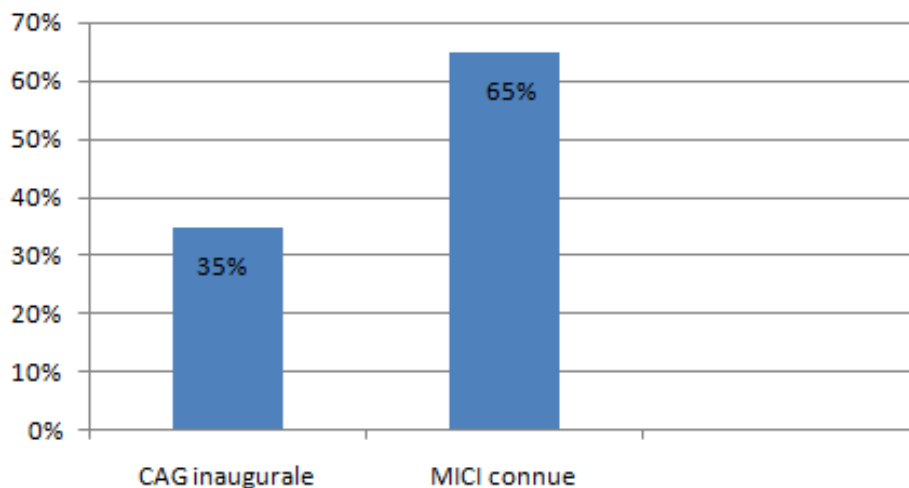


Figure 4 : Pourcentage des malades en fonction des antécédents

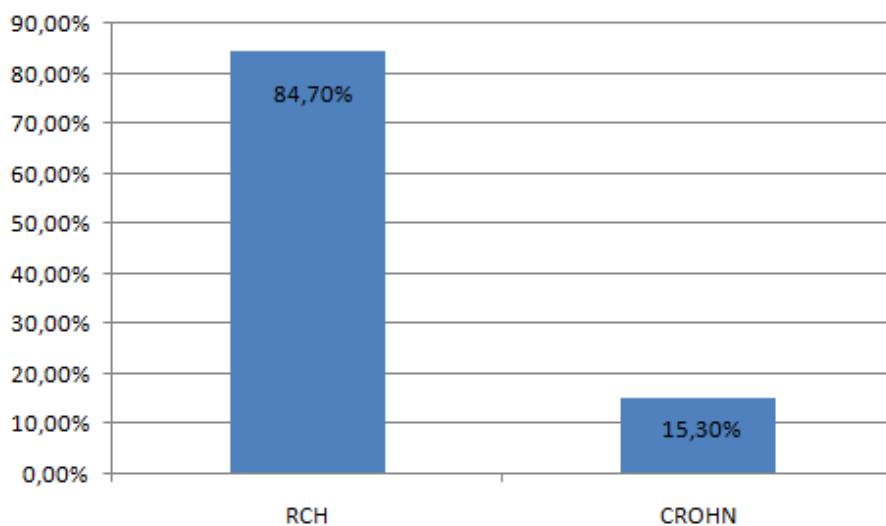


Figure 5 : Pourcentage des malades en fonction de type de MICI

Parmi les patients connus porteurs de MICI, 6 malades (30%) avaient déjà présenté un antécédent de poussée sévère. Deux malades étaient sous 6-Mercaptopurine (6MP) et deux malades sous Azathioprine. L'évolution de la maladie était en moyenne de 32 mois avec des extrêmes de 15 jours et de huit ans.

Le nombre de poussées antérieures chez les malades ayant une MICI connue variait de 2 à 7 poussées. Parmi ces malades, une seule patiente avait un père suivi pour une RCH.

L'étendue de la maladie dans les antécédents était : une pancolite dans 30 % des cas, iléo-colique dans 25% des cas, l'étendue n'était pas précisée dans 30 % des cas (figure 6).

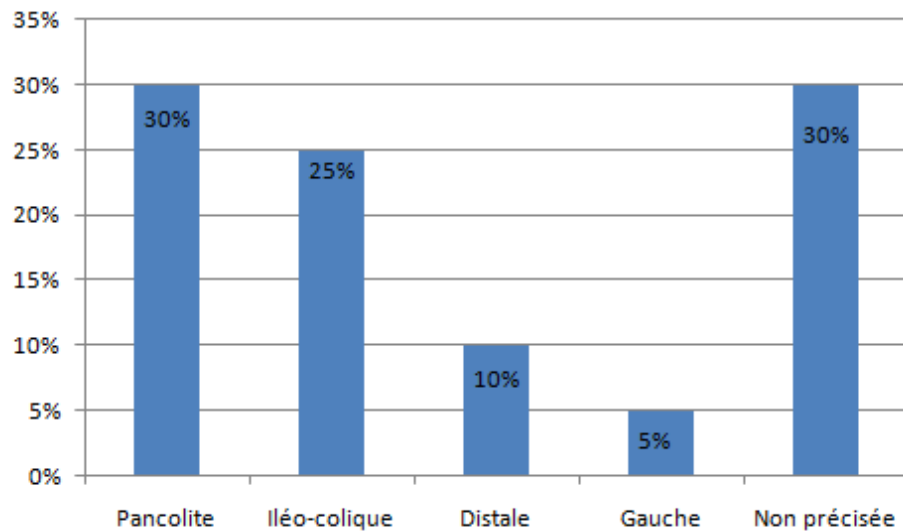


Figure 6 : Etendue de la maladie

Tableau I : Pourcentage des malades en fonction du traitement d'entretien

Traitement	Effectif	Pourcentage %
6MP	3	23,3
Azathioprine	7	53,8
Infitiximab	1	7,6
Sulfasalazine	2	15,3

II. DONNEES CLINIQUES :

1. Signes fonctionnels :

Le tableau clinique était fait d'émissions glairo-sanglantes et de douleurs abdominales dans 100% des cas. Les diarrhées liquidiennes et le syndrome rectal étaient présents chez 90% des malades (18 cas) avec un nombre des selles variant de 6 à 10 selles par 24 heures.

Les signes de dénutrition et d'altération de l'état général (AEG) étaient présents chez 40% des malades (8 cas). Des signes extra-digestifs étaient notés chez 65% des cas (13 malades) dont 40% cutanées, 15% articulaires, 5 % occulo-neurologiques et 5 % urinaires sous forme de fécalurie.

Tableau II : Signes fonctionnels à l'admission

	Effectif	Pourcentage %
Emissions glairosanglantes	20	100
Douleurs abdominales	20	100
Diarrhées liquidiennes	18	90
Syndrome rectal	18	90
Dénutrition et AEG	8	40
Signes extra digestifs	13	65
Rectorragies	4	20
Syndrome de Koenig	4	20

2. Signes physiques :

L'évaluation de l'état général des malades a retrouvé une température supérieure à 38 °C chez 15% des malades, une tachycardie chez 40%, une polypnée chez 25% et un syndrome anémique fait de pâleur cutanéomuqueuse dans 80% des cas.

Le calcul de l'indice de masse corporelle a indiqué la présence d'une dénutrition chez 30% des malades. La moyenne était de 19,3 Kg /m² avec des extrêmes de 13 Kg /m² et 27,3 Kg /m².

L'examen abdominal chez nos malades a retrouvé une sensibilité abdominale dans 85% des cas, une défense dans 15% des cas. Le toucher rectal était douloureux dans 25% des cas, sanglant dans 15% avec une béance sphinctérienne chez 10% des cas.

La présence de fistules entéro-cutanées était rapportée chez deux malades (10% cas).

Tableau III : Examen général à l'admission

Signes	Effectif	Pourcentage%
Température sup a 37,5 °C	17	85
Tachycardie	8	40
IMC <16,5	6	30
Syndrome anémique	16	80
Hypotension artérielle	8	40

Tableau IV : Résultats de l'examen abdominal

	Signe	Nombre	Pourcentage%
Examen abdominal	Sensibilité	17	85
	Défense	3	15
	Fistules entéro-cutanées	2	10
Toucher rectal	Douloureux	5	25
	Sanglant	3	15
	Béance sphinctérienne	2	10
	Normal	10	50

III. Données biologiques :

A leur admission, tous nos malades ont bénéficié d'un bilan biologique.

1. Numération formule sanguine (NFS) :

La NFS était normale dans 25% des cas avec une moyenne d'hémoglobine à 12 g/dl et des extrêmes allant de 7 g/dl à 14 g/dl. Une anémie hypochrome microcytaire était retrouvée dans 75% des cas et l'hyperleucocytose dans 35 % des cas.

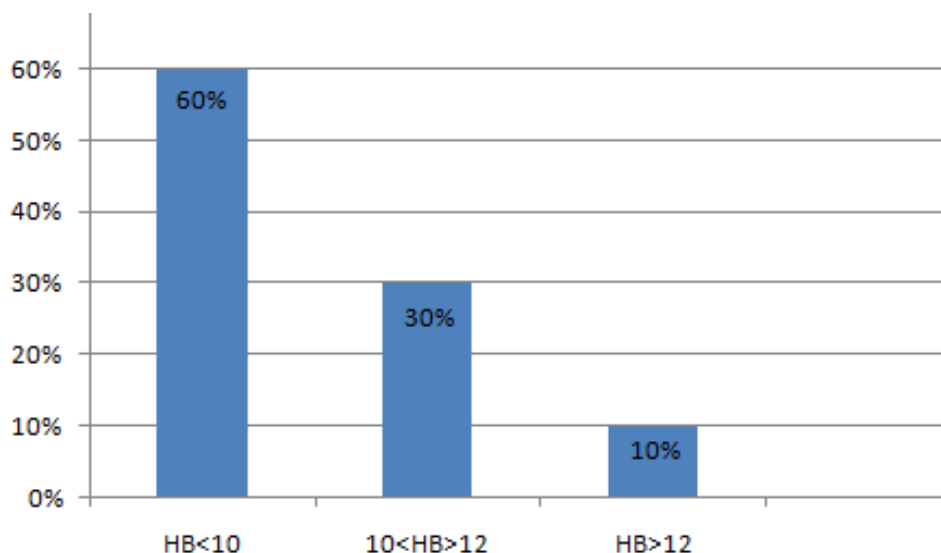


Figure 7 : Répartition des malades selon le taux d'hémoglobine

2. C Reactive protein (CRP) :

La CRP était élevée chez 85% des malades (17 cas) avec une moyenne de 120 mg/l et des extrêmes de 10 mg/l et 340 mg/l.

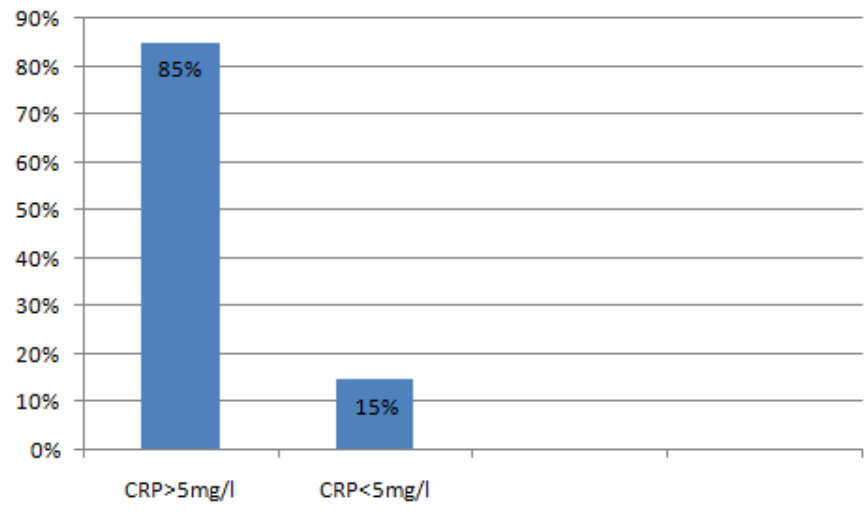


Figure 8 : Répartition des malades selon le taux de CRP

3. Vitesse de sédimentation (VS) :

La VS était accélérée chez 95% des cas (19 malades).

4. Ionogramme :

La fonction rénale était normale chez 19 malades (95%). Une hyponatrémie était retrouvée chez 7 malades (35%) et une hypokaliémie était retrouvée chez 10 malades (50%).

5. Coproculture :

La coproparasitologie des selles était réalisée chez 100% des malades. Elle était normale dans 35% des cas, indiquant la présence d'amibiases végétatives dans 35% de cas, et des kystes d'*Entamoeba histolytica* (EH) dans 30% des cas.

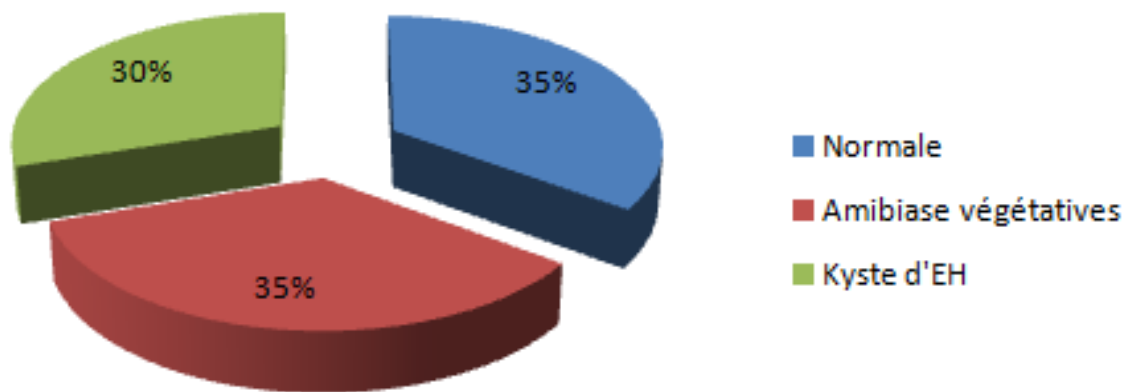


Figure 9 : Etude copro-parasitologique des selles

6. Albuminémie :

Le dosage de l'albumine sanguine était réalisé chez tous les malades. Une hypoalbuminémie était retrouvée chez 17 malades (85%).

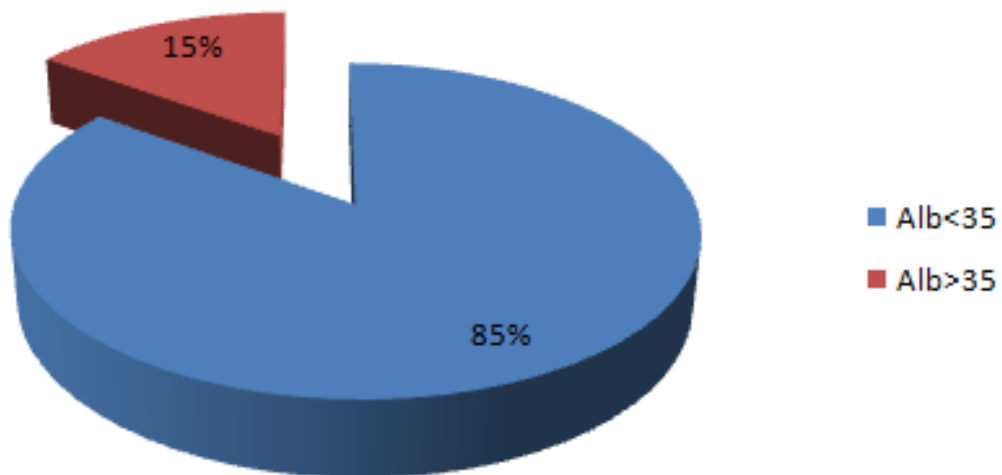


Figure 10: Répartition des malades selon le taux d'albuminémie

7. Hémoculture :

Elle était réalisée chez 50% des malades. L'hémoculture était stérile dans tous les cas.

IV. Données radiologiques :

1. Radiographie abdomen sans préparation (ASP) :

Cet examen était réalisé chez 80% des malades. Il était normal dans 60% des cas, objectivant un pneumopéritoine dans 10% des cas et une colectasie dans 10% des cas.



Figure 11 : ASP en position couchée objectivant une colectasie

2. Échographie abdominale :

Cet examen était réalisé chez 95% des malades, l'échographie abdominale avait révélé un épaississement digestif dans 75% des cas, un épanchement péritonéal de moyenne abondance dans 30 % des cas, une infiltration de la graisse péri-colique avec des adénopathies mésentériques dans 15% des cas et un seul cas d'abcès de la fosse iliaque droite (FID).

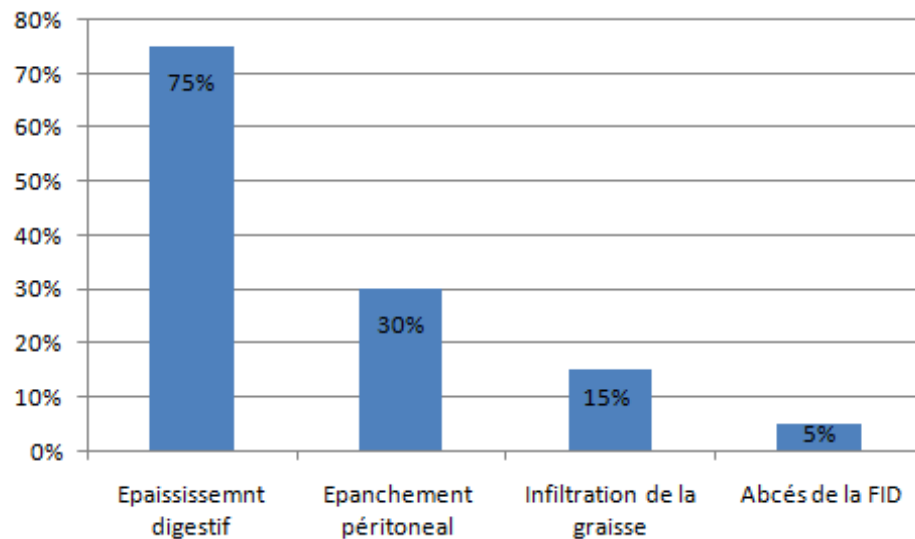


Figure 12 : Pourcentage des résultats échographiques

3. Tomodensitométrie abdominale :

Le scanner abdominal était réalisé chez 75% (15 malades) ayant révélé un épaississement digestif dans 73% des cas, un épanchement de moyenne abondance dans 33% des cas, une infiltration de la graisse pericolique dans 33% des cas, un abcès de la FID (6%) et deux cas de colectasie (12%).

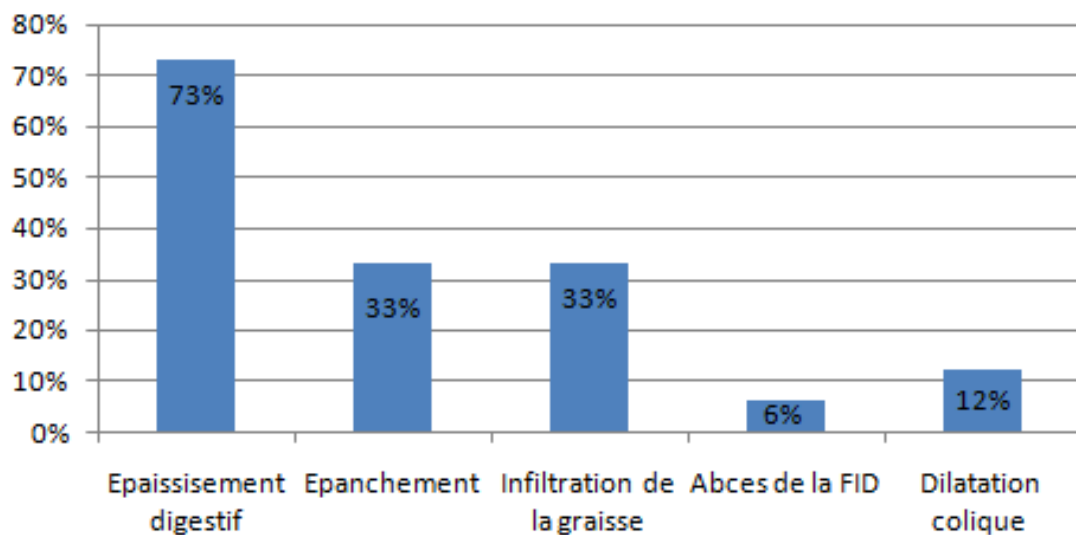
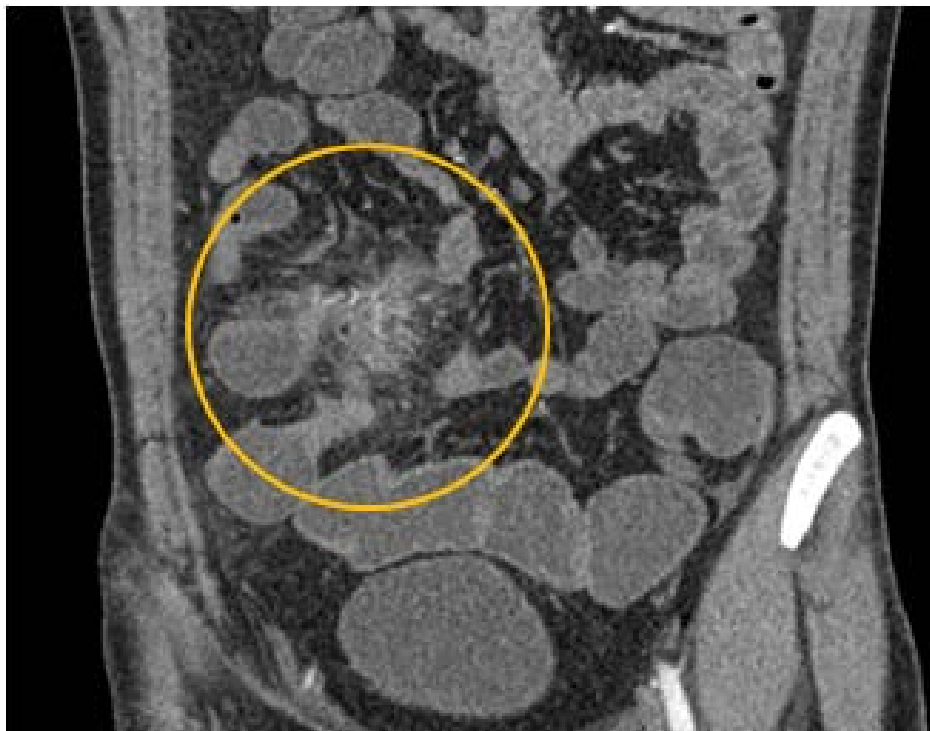


Figure 13 : Résultats scannographiques



A



B

Figure 14 : A+B : TDM abdominale après injection de PDC en coupes axiales : épaississement circonférentiel rehaussé en cible (flèche), associé à une infiltration de la graisse de voisinage ayant un aspect peigné de la graisse mésentérique (cercle).



Figure 15 : Zone d'épaississement pariétal au niveau du moyen rectum mesurant 8 mm d'épaisseur, responsable de rétrécissement luminal réalisant une disparité de calibre sans distension d'amont.

4. Entero IRM :

L'entéro IRM était réalisée chez 10% des malades (2 patients). Elle a révélé une collection retro-caecale chez un malade et une fistule entero-vésicale chez un malade.

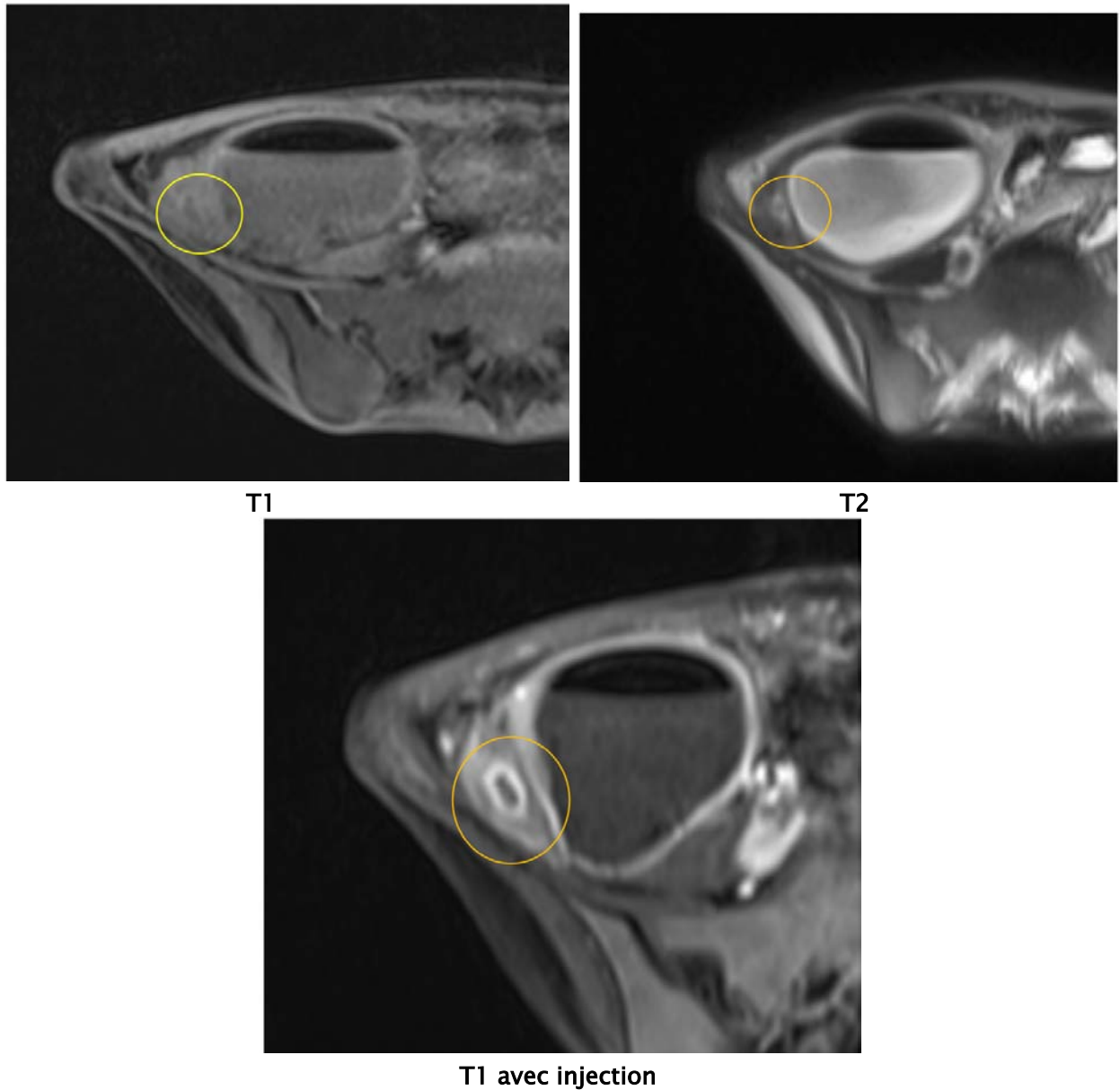


Figure 16 : Collection retro-caecale mesurant 3.8 x 1.3cm de contours réguliers en hyposignal T1, hypersignal T2 et rehaussée en périphérie après injection du produit de contraste.

V. Données endoscopiques :

1. Coloscopie :

Une coloscopie gauche a été réalisée chez 18 malades (96%) vu que 2 de nos malades avaient une colectasie. Le délai de réalisation était de 3 à 5 jours. Des signes de gravité endoscopiques ont été retrouvés chez 77 % des malades (Tableau V).

En association avec ces signes, d'autres signes endoscopiques ont été retrouvés. Ils se résument en des ulcérations superficielles dans 11% des cas (2 malades), érythème dans 27% des cas (5 malades), une muqueuse friable dans 22% des cas (4 malades), des pseudopolypes dans 5% des cas (1 malade) et une muqueuse granitée et fragile dans 16% des cas (3 malades).

Tableau V : Signes de gravité endoscopiques

	Nombre	Pourcentage %
Décollement muqueux	2	11
Ulcérations profondes	5	27
Mise a nue de la musculature	2	11
Saignement au contact	11	61
Ulcérations en puits	5	27

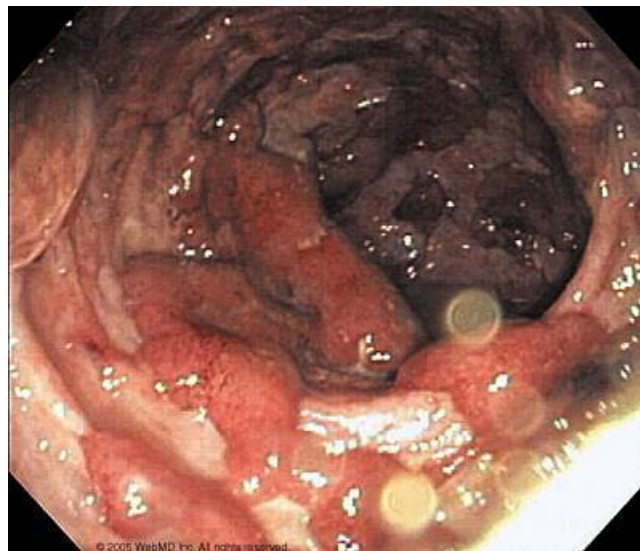


Figure 17 : Ulcération profondes avec décollement muqueux

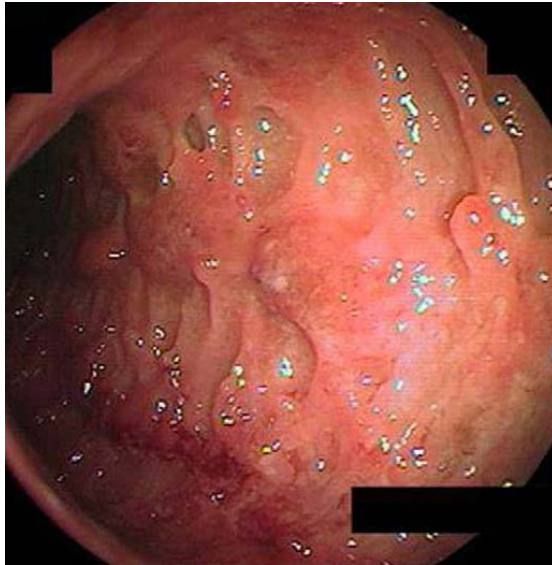


Figure 18 : Ulcérations en puits

2. Histologie :

Chez tous les malades ayant bénéficié d'une coloscopie, une étude anatomopathologique a été réalisée. Les résultats sont représentés dans le tableau VI :

Tableau VI : Signes histologiques des malades de notre série

	Nombre	Pourcentage %
Modification architecturale	6	33
Infiltrat inflammatoire	7	38
Abcès cryptiques	9	50
Décollement épithélial	10	55
Diminution de la muco sécrétion	3	16

VI. Scores de gravité :

1. Truelove et Witts (Annexe 2 tableau 1) :

Le diagnostic de colite aiguë grave est affirmé devant l'association d'une diarrhée glairoanglante avec plus de six selles par jour et la présence d'au moins un des critères suivants :

- température corporelle supérieure à 37,8 °C

- tachycardie supérieure à 90 bat/min ;
- hémoglobinémie inférieure à 10,5 g/dl ;
- vitesse de sédimentation supérieure à 30 mm/h ;
- protéine C réactive supérieure à 30 mg/l.

Le diagnostic de colite aiguë en poussée grave était retenu chez 100% des malades de notre série.

2. Score de Lichtiger :

Le score de Lichtiger (Annexe 2 tableau 2) est un autre moyen d'identifier les CAG. Il prend en compte le nombre de selles par jour, la présence de selles nocturnes, des rectorragies, des douleurs abdominales ressenties ou déclenchées, d'une altération de l'état général et la nécessité d'un anti-diarrhéique.

Dans notre série le score de Lichtiger variait entre 9 et 14 avec une moyenne de 12 chez 17 de nos malades.

VII. Traitement :

1. Traitement médical devant la poussée aiguë :

1.1. Traitement non spécifique :

a. Régime alimentaire :

Un repos du tube digestif avec alimentation parentérale étaient indiqués chez 7 malades (35%).

b. Antibiothérapie :

Le traitement antibiotique était instauré dans 65% des cas chez qui la température était supérieure à 37,8. Les antibiotiques utilisés étaient le métronidazole 84%, ciprofloxacine 46%, amoxicilline acide clavulanique 38% et l'amikacine 23%.

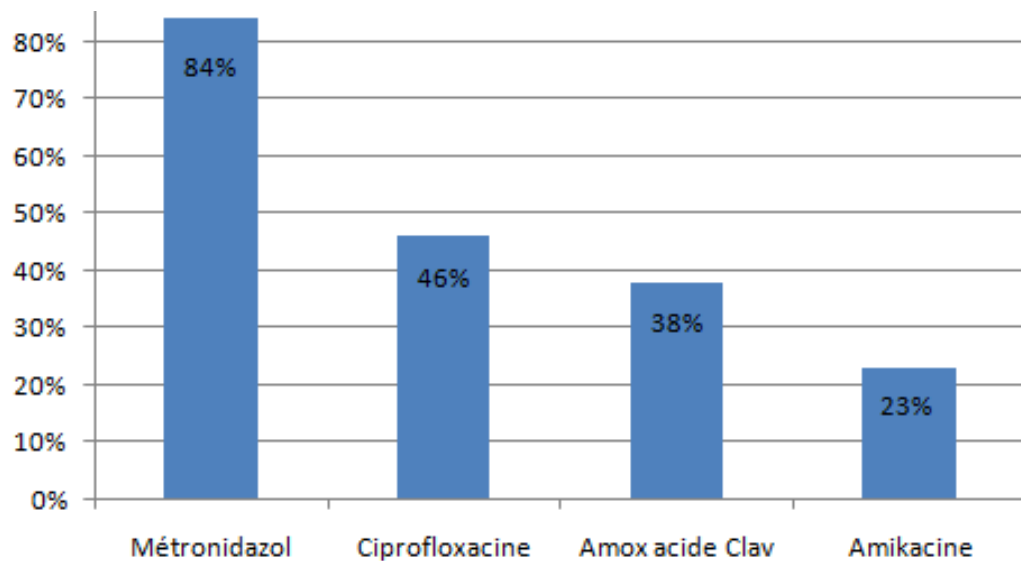


Figure 19 : Les types d'antibiotiques prescrits dans notre série

c. Anticoagulant :

Vu le risque thromboembolique, une anticoagulation prophylactique à base d'HBPM était administrée à 100% des malades.

1.2. Traitement spécifique :

a. Traitement de 1ère ligne :

La prise en charge initiale de la poussée aiguë sévère consiste en un traitement intensifié par corticoïdes en intraveineux. Dans notre série, 16 malades (85%) étaient mis sous Methylprédnisolone en IV d'une dose allant de 40mg/jour à 120mg/jour avec une moyenne de 60mg/jour. La durée de traitement variait entre 2 à 7 jours avec une moyenne de 5 jours.

En association avec la corticothérapie, un traitement local à base de mésalazine ou salazopyrine était administré à 65% des cas (13 malades).

L'échec du traitement médical de 1ère ligne chez 9 malades (45%) avait conduit à une colectomie en urgence.

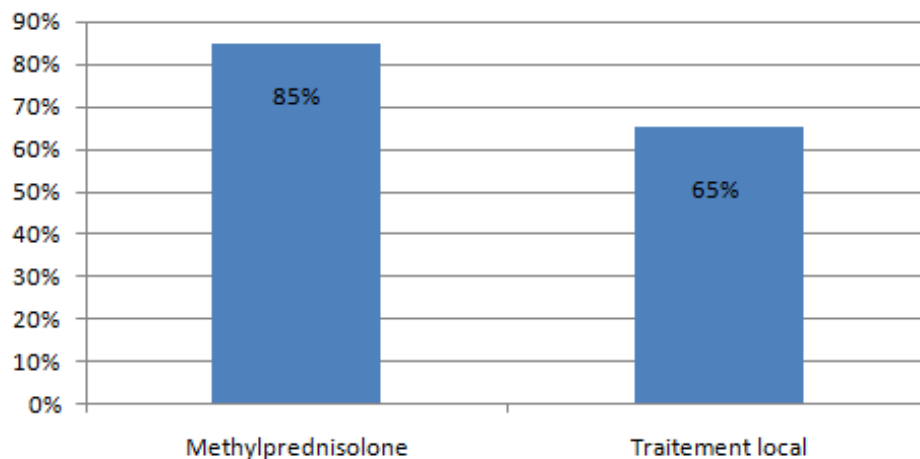


Figure20: Traitement médical de 1ère ligne

b. Traitement 2ème ligne :

Après échec du traitement de 1ère ligne, 6 malades non opérés ont été mis sous ciclosporine. La dose journalière était de 120mg/jour avec des extrêmes de 60mg/jour et 650mg/jour. La durée moyenne du traitement était de 7 jours avec des extrêmes de 2 jours et 10 jours.

Un seul malade de notre série était mis sous ciclosporine d'emblée sans corticothérapie.

Dans un seul cas, suite à l'échec du traitement de 1ère ligne, le traitement de 2ème ligne était l'infliximab à la dose de 13mg/kg/jour. 6 malades ont bénéficiés d'une colectomie pour échec de traitement de 2ème ligne.

c. Traitement de 3ème ligne :

Chez 2 malades on avait eu recours au traitement de 3ème ligne à base d'infliximab avec mauvaise tolérance clinique.

L'échec du traitement de 3ème ligne chez les deux malades avait conduit à la colectomie.

2. Traitement chirurgical :

2.1. le délai du traitement :

La moyenne du délai préopératoire était de 15 jours avec des extrêmes de 3 jours et 20 jours. Toutes les opérations chirurgicales dans notre série étaient des interventions urgentes soit

pour échec de traitement médical ou pour la survenue d'une complication : en effet, on note que parmi nos malades trois étaient opérés en urgence, deux pour colectasie (10%) et un pour abcès abdominal (5%) sans bénéficier d'un traitement médical préalable.

2.2. La voie d'abord :

On a opté pour la laparotomie médiane chez 15 malades (75%), 5 malades (25%) ont eu l'intervention par laparoscopie.

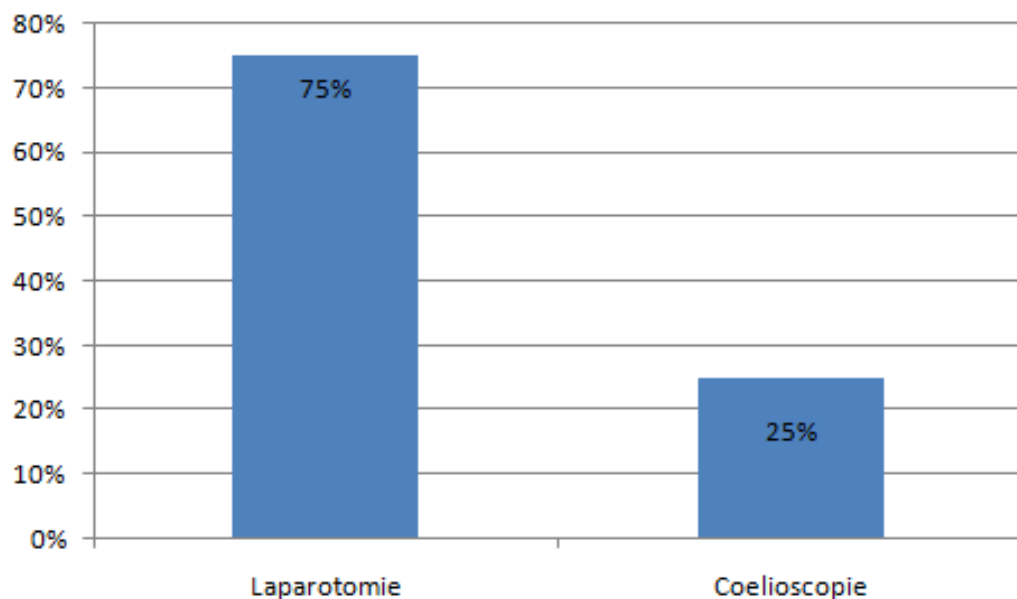


Figure 21 : Répartition des malades selon la voie d'abord

2.3. L'exploration :

Le temps opératoire chez nos malades a permis la mise en évidence de deux perforations coliques (10%), un abcès de la FID (5%), deux dilatations du cadre colique (10%), deux épanchements péritonéaux (10%), une fistule coloparietale du côlon transverse (5%), une fistule colo-duodenale entre le côlon transverse et D2 (5%), et des adhérences dans 15% des cas.

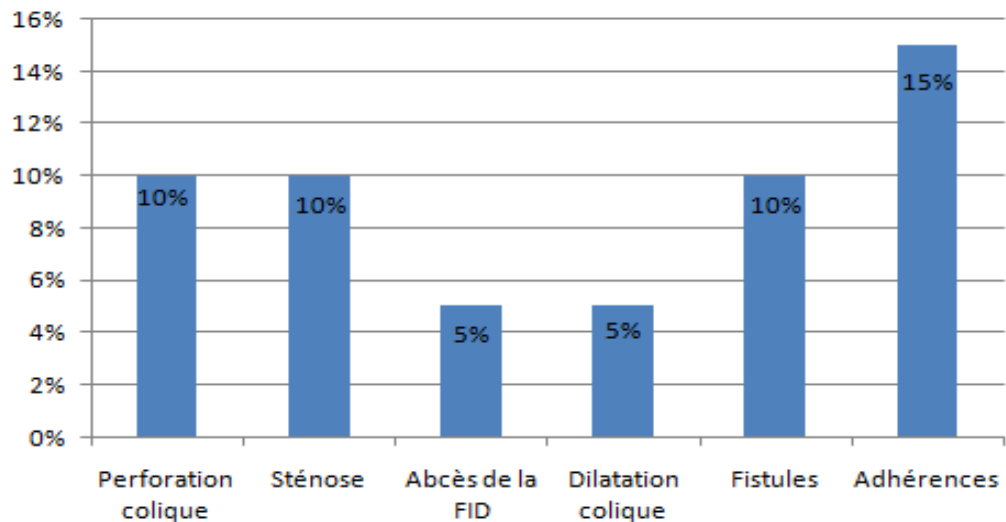


Figure 22 : Résultats de l'exploration chirurgicale

2.4. Le geste chirurgical :

Le geste opératoire consistait en une résection colique avec anastomose en un seul temps chez 4 malades (20%) : deux colectomies subtotaux avec AIR et deux colectomies totales avec AIA.

Chez 16 malades (80%), le geste était une résection colique avec stomie : 14 colectomies subtotaux avec double stomie iléale droite et sigmoïdienne gauche (70%). Deux colectomies totales avec iléostomie et fermeture rectale type Hartmann (10%).

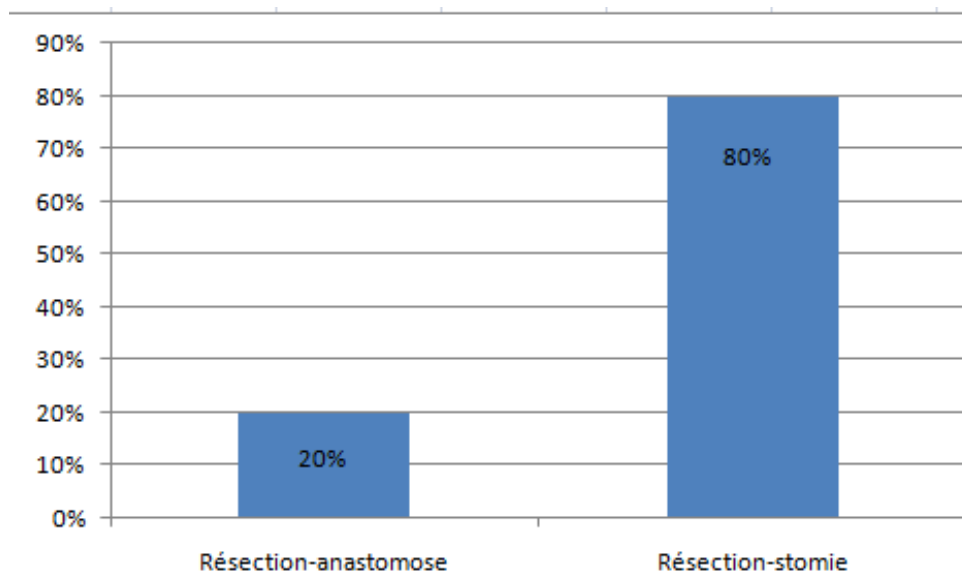


Figure 23 : Répartition des malades selon le type d'intervention



Figure 24 : Pièces opératoires de colectomie subtotale



Figure 25 : Pièce opératoire de colectomie totale

2.5. Les indications :

Les indications de la colectomie dans notre série sont les suivants :

- l'échec du traitement médical bien conduit était noté chez 14 malades (70%) ;
- les complications amputables à la CAG, conduisant à un traitement chirurgical en urgence : la perforation colique dans 10% de cas (2 malades), la colectasie dans 10% des cas (2 malades), l'hémorragie massive dans 5% des cas (un malade) et un abcès de la FID (5%).

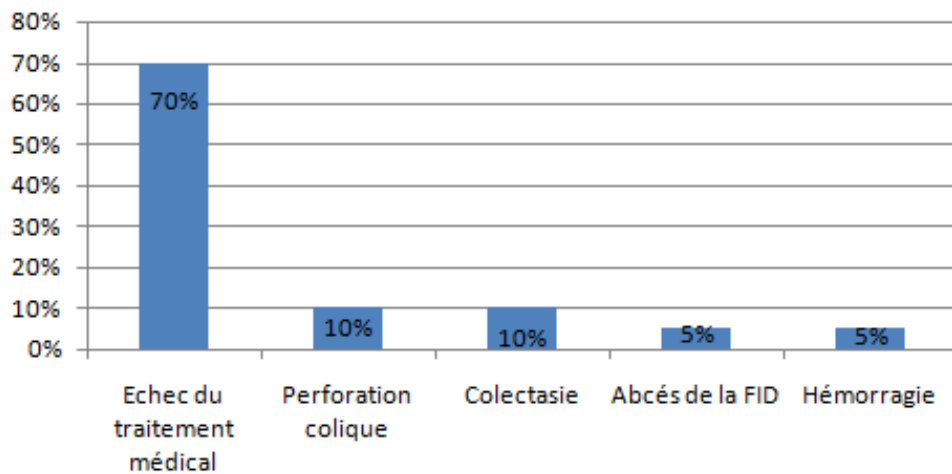


Figure 26 : Répartition des malades en fonction de l'indication chirurgicale



Figure 27 : Pièce opératoire de colectomie pour colectasie

2.6. Les suites opératoires :

a. Mortalité :

On déplore un seul décès dans notre série par sepsis pelvien en post opératoire immédiat.

b. Morbidité :

On note la survenue des fistules dans 10% des cas (2 malades), un sepsis pelvien dans 20% des cas (4 malades dont 2 péritonites et 2 abcès de paroi), une occlusion sur bride dans 15% des cas (3 malades). Tous ces malades ont bien évolué sous un traitement antibiotique adapté et bien conduit ou sous un traitement chirurgical réussi.

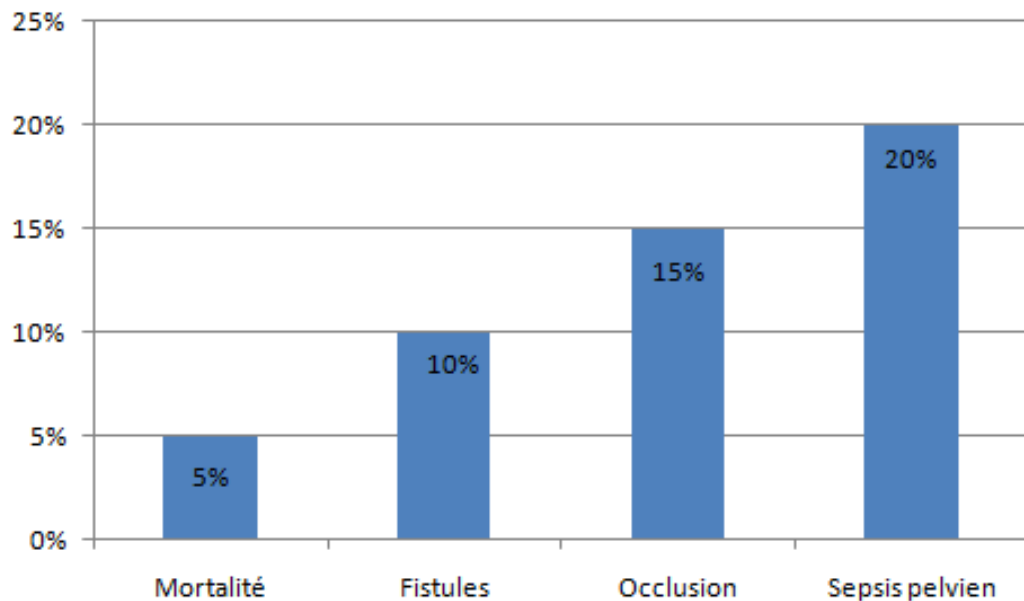


Figure 28 : Répartition des malades selon les suites opératoires.

2.7. Étude anatomopathologique de la pièce opératoire :

L'examen de la pièce opératoire a permis la confirmation du diagnostic de RCH chez 11 malades (84,7%) et de MC chez deux malades (15,3%). Par ailleurs, il a permis de préciser l'étiologie de RCH dans 6 cas de CAG inaugurales et celle de la MC dans un cas.



Figure 29 : Aspect final : Orifices de stomies sigmoïdienne droite et iléale gauche

2.8. Le rétablissement de continuité (RC) :

Chez les malades qui ont bénéficié d'une colectomie avec stomie (16 cas), le RC était fait sur une période moyenne de 3 mois avec des extrêmes de 2 mois et 24 mois. Au cours de cette période tous nos malades étaient sous traitement d'entretien : soit un immunosuppresseur associé à un traitement anti inflammatoire ou un anti inflammatoire seul.

Le rétablissement de continuité était sous forme de :

- anastomose iléoanale (AIA) et confection d'un réservoir en J après proctectomie complémentaire chez 12 malades (70%)
- anastomose iléorectale (AIR) chez 4 malades (30 %).

Tableau VII : Traitement d'entretien postopératoire

Traitement d'entretien	Effectif	Pourcentage %
Purinethol	1	5
Purinethol + mesalazine	1	5
Azathioprine	1	5
Azathioprine+ mesalazine	2	10
Azathioprine+salazopyrine	2	10
Humira	2	10
Salazopyrine	3	15
Mesalazine	6	30
5 ASA	1	5
CTC	1	5
Tota	20	100

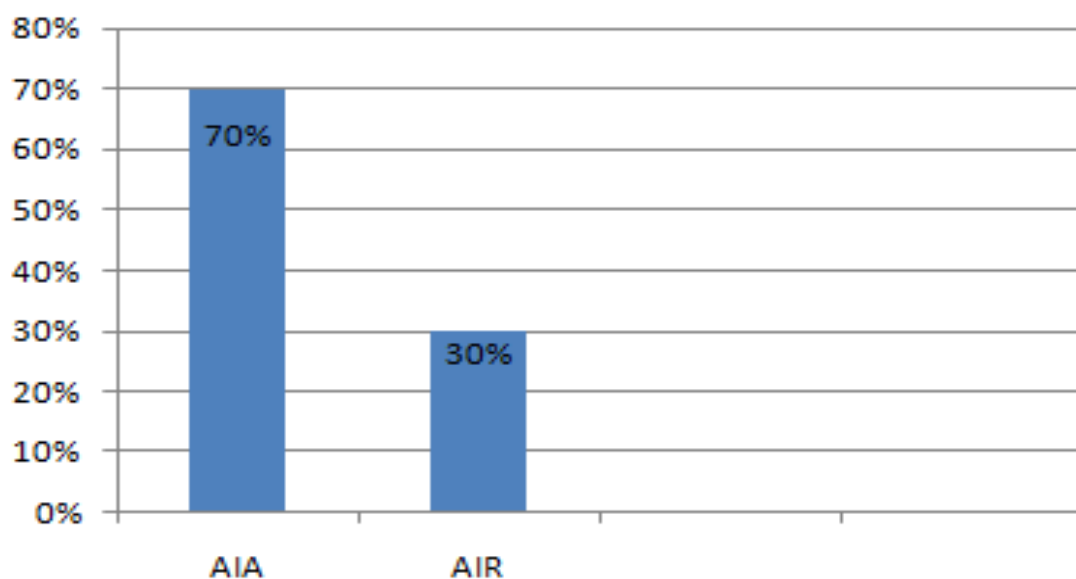


Figure 30: Répartition des malades selon le type d'anastomose

3. Evolution :

3.1. La rémission :

Les patients sont tous réadressés à la consultation des MICI des gastroentérologues du CHU Mohammed IV.

3.2. Récidive :

Au bout de 2 ans après la colectomie 3 de nos malades (15%) avaient présenté une récidive sur le moignon rectal restant.

3.3. Complication à long cours :

Nous n'avons objectivé aucune complication chronique chez tous les malades de notre série.

3.4. Résultats fonctionnels :

Chez les malades de notre série l'évaluation des résultats fonctionnels portait sur :

a. La fonction digestive :

a.1. Nombre de selles :

- une moyenne de 2 à 3 selles diurnes ;
- une moyenne de 0 à 1 selle nocturne ; et
- aucun de nos malades n'a eu besoin d'un ralentisseur de transit.

a.2. Fonction sphinctérienne :

- aucun cas d'incontinence sphinctérienne
- un cas d'impériosité rectale (5%).

b. La fonction sexuelle :

Parmi les malades de notre série, aucun d'eux n'a rapporté la notion d'un trouble sexuel ni un problème d'infertilité.



DISCUSSION



I. Epidémiologie :

La CAG fait partie des complications redoutables des MICI, c'est une complication classique de la RCH observée dans 15% des cas [1]. La grande majorité de nos malades admis pour CAG, aussi bien les formes inauguraux que les formes compliquant une MICI connue, sont survenues dans le cadre d'une RCH (84,6 %) ou d'une MC (15,3%).

1. Age et sexe :

- ✓ L'âge moyen de nos patients est de 34 ans avec des extrêmes allant de 17 ans à 52 ans ce qui correspond au profil épidémiologique des CAG.
- ✓ Dans notre série, on note une légère prédominance féminine avec 11 femmes contre 09 hommes et un sex-ratio H/F= 0,81.

En comparant avec les autres séries marocaines et occidentales (voir tableau ci-dessous), on trouve une concordance entre les résultats obtenus :

Tableau VIII : Comparaison de la répartition des patients selon l'âge.

Série	Age	Extrêmes
Ouassi et al (2006) [4]	39	15-59
KABBAGE (2014) [5]	34	17-63
ALJAZZAR (2016) [6]	33,5	17-70
Notre série (2018)	34	17-52

Tableau IX : comparaison de la répartition des patients selon le sexe.

Séries	Nombre de CAG	Sexe féminin	Sexe masculin	Sexe ratio
Ouassi et al [4]	18	7	11	1,5
KABBAGE [5]	23	12	11	0,91
ALJAZZAR [6]	81	47	34	0,72
Notre série	20	11	09	0,81

2. Les antécédents :

Les antécédents personnels de RCH, de MC ou de colites indéterminées sont des éléments qui aident à poser le diagnostic de la CAG.

Dans notre série, 11 patients avaient un antécédent de RCH, 2 de MC et 7 CAG inaugurale.

Par ailleurs un de nos patients avait en plus un antécédent familial de MICI.

Tableau X : Les antécédents

	Antécédent de RCH	Antécédent de MC	Antécédents familiaux
Kabbaj [5]	82,3%	17,70%	4%
Aljazzar [6]	71,87%	15,62%	6%
Notre série	84,3%	15,60%	5%

II. DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic de la CAG repose sur l'association de critères clinicobiologiques et peut être étayé par des critères morphologiques.

En pratique, deux situations se rencontrent, selon que la CAG survient chez un patient connu porteur d'une MICI ou non.

1. CAG inaugurale :

La question est de savoir s'il s'agit d'une première poussée de MICI (RCH ou MC) ou d'une autre colite en particulier infectieuse.

La différenciation est capitale entre MICI et colite non inflammatoire car elle oriente le traitement étiologique.

Les éléments cliniques en faveur d'une MICI sont les antécédents familiaux de MICI, une apparition progressive des symptômes avec notions de gastro-entérites à répétition ou de troubles digestifs paroxystiques moins évocateurs, une durée des signes actuels supérieure à 15

jours, l'existence de signes extra-digestifs associés ou ayant précédés la poussée, et plus évocateur encore, la présence de lésions anales anciennes ou récentes allant jusqu'aux lésions typiques, qui signe la MC [8].

En effet, une poussée sévère de RCH peut inaugurer la maladie dans 21 % des cas [9].

A l'inverse, l'apparition soudaine d'une diarrhée d'abord aqueuse puis secondairement hémorragique, avec un nombre de selles d'emblée élevée souvent supérieur à 10 selles/jour, associé à des vomissements dès le premier jour, l'apparition rapide d'une fièvre très élevée, la présence d'un contage familial, un séjour à l'étranger ou en milieu hospitalier récent, une prise médicamenteuse notamment les AINS, doivent plutôt orienter le diagnostic vers une cause autre que la MICI [5].

Il est important de ne pas méconnaître une cause infectieuse et de toujours la rechercher systématiquement à l'arrivée du patient grâce à la coproculture orientée par un examen parasitologique des selles, et ceci pour deux raisons :

- Traitement spécifique disponible.
- Risque d'aggravation sous corticoïdes.

Bien qu'il n'y ait pas d'aspect endoscopique spécifique permettant d'affirmer l'origine infectieuse d'une CAG, la rectosigmoidoscopie sans préparation permet la réalisation de biopsies dont le rendement diagnostique est meilleur que l'analyse des selles [9].

En pratique, le diagnostic de MICI est le plus souvent posé après avoir éliminé une cause infectieuse.

Dans notre série, la poussée était inaugurale dans 35% des cas.

2. CAG compliquant une MICI connue :

Il est difficile de déterminer avec précision avec quelle fréquence une CAG complique une RCH ou une MC du fait de l'absence de définition précise et consensuelle de la CAG [10].

Une CAG peut compliquer 10—15 % des malades [11–12] porteur d'une RCH et peut survenir à tout moment de la vie des patients suivis pour une MICI.

Dans ce dernier cas, aucun problème diagnostique ne se pose.

En pratique, il est capital de chercher un agent infectieux pouvant avoir déclenché ou aggravé une poussée sévère. Ainsi la recherche du *Clostridium difficile* et sa toxine dans les selles doit être systématique, cette infection est fréquemment observée au cours des MICI et est pourvoyeuse d'un surcroît important de la morbidité.

Une surinfection colique par le cytomégalo virus doit être également cherchée en cas de poussée inflammatoire corticorésistante, a fortiori chez les patients préalablement traités par immunosuppresseurs.

Dans notre série, la poussée grave a compliqué l'évolution d'une MICI connue dans 65% des cas.

Dans une étude similaire menée au sein du CHU de Fès, à propos des colites aiguës graves compliquant une RCH ou une MC colique, la CAG était inaugurale de la MICI dans 58,3% des cas, et avait compliqué une MICI déjà connue dans 47,7% des cas de MICI hospitalisés [13] ; données proches des résultats de notre étude.

Dans une étude cohorte publiée en 2010 et regroupant 1800 patients, 25% des patients atteints de RCH étaient hospitalisés pour au moins un épisode de colite aiguë grave. La poussée sévère était inaugurale chez 34% des patients, elle survenait dans l'année suivant le diagnostic chez 24 % et dans les un à cinq ans chez 18% des patients. [14]

Dans les 2 cas (CAG inaugurale ou compliquant une MICI connue), nous avons la hantise d'éliminer une cause infectieuse vu que nous sommes un pays d'endémie amibienne. Ainsi la majorité de nos patients ont été mis sous traitement antibiotique empirique sans preuve dans la majorité des cas en se basant uniquement sur la présence d'une fièvre, l'existence d'un doute ou uniquement sur l'argument épidémiologique.

Le tableau ci-dessous résume les résultats retrouvés :

Tableau XI : Comparaison de la répartition des malades selon le mode d'installation de la maladie

Etude	CAG inaugurale	CAG compliquant une MICI
Aljazzar	60,5%	39,5
CHU FES [13]	58,3%	47,7%
L.C. Dinesen et al [14]	34%	42%
Notre étude	35%	65%

III. DIAGNOSTIC DE GRAVITE :

Evaluer la sévérité d'une colite est un objectif important pour le clinicien parce que, de cette évaluation, dépendent les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et l'opportunité d'un geste chirurgical en urgence pour améliorer à la fois le pronostic et réduire la mortalité. Aucun score clinique ou d'imagerie de référence ne peut être préféré, mais la combinaison des différents critères pronostiques est utile [10].

1. Critères clinico-biologiques :

La définition d'une poussée sévère repose sur des scores clinicobiologiques développés spécifiquement pour la RCH [15].

Dans la maladie de Crohn, un score CDAI supérieur à 450 signe une poussée sévère de la maladie, mais la nécessité d'un recueil sur sept jours en limite l'utilisation dans les CAG [2,10].

2. Les critères de Truelove et Witts :

Les critères de Truelove et Witts, décrits en 1955 par l'équipe d'Oxford, sont toujours d'actualité pour identifier une forme grave de RCH [16]. Ils sont recueillis à l'admission du patient et prennent en compte :

- l'intensité des signes digestifs (nombre d'évacuations par 24 heures et rectorragies)
- Le retentissement général (fièvre et tachycardie)
- Le retentissement biologique (syndrome inflammatoire et anémie) de la poussée de RCH.

La sensibilité de ces critères est insuffisante, et de nombreux patients ne sont pas classés comme graves par l'utilisation de ces critères alors que leur pronostic vital est engagé [17].

Ces critères ont été adaptés en 1974 par la même équipe, en y ajoutant le taux d'albumine plasmatique [18]. (Annexe2 tableau 1).

Les critères de Truelove et Witts modifiés définissent ainsi une poussée sévère de colite par l'association d'un minimum de six évacuations par 24 heures et d'au moins un des éléments cités dans le tableau ci-dessous [19].

Dans notre série, nous avons utilisé les critères de Truelove et Witts modifiés pour définir les colites aiguës graves en dehors des formes compliquées.

Tableau XII : Critères de Truelove et Witts décrits en 1955

Sévérité de la poussée	Sévère	légère
Nombre d'évacuations par jour	≥ 6 sanglantes	≤ 4 peu sanglantes
Température vespérale	≥ 37.5°C	Absence de fièvre
Fréquence cardiaque	≥ 90 bat/min	Absence de tachycardie
Taux d'hémoglobine	75% de la valeur normale	Absence d'anémie
VS	≥ 30	< 30

Tableau XIII : Critères de Truelove et Witts modifiés

Critères	score
Nombre d'évacuations par 24H	> 6
Rectorragies	importantes
Température (en °C)	≥ 37.5
Fréquence cardiaque (bat/min)	≥ 90
Taux d'hémoglobine (en g/dl)	≤ 10
VS (en mm à la première heure)	≥ 30
Albuminémie (en g/l)	≤ 35

3. Le score de Lichtiger

Plus récemment, le score de Lichtiger a été proposé pour le diagnostic et le suivi sous traitement médical des CAG [15,20].

Ce score, uniquement clinique et très simple d'utilisation, est réalisable quotidiennement au lit du patient. Les variations jour après jour du score de Lichtiger sont rapides et parfaitement adaptées au suivi d'une situation aussi aiguë et instable que la poussée sévère. Il est actuellement le score de référence, utilisé en pratique quotidienne et dans les essais thérapeutiques. (Annexe 2 tableau 2).

Selon un consensus d'experts internationaux, un score de Lichtiger strictement supérieur à 10 points – sur un maximum possible de 21 – définit la poussée sévère d'une MICI. Au cours du suivi, la réponse au traitement médical est définie par : un score de Lichtiger inférieur à 10 ; deux jours consécutifs avec une baisse d'au moins trois points par rapport au score initial [21].

Dans notre série, nous avons commencé à utiliser ce score à partir de 2009 pour le suivi de nos patients sous traitement médical de 1^{ère} intention, afin d'apprécier leur évolution et décider de l'indication d'un traitement de 2^{ème} intention, en l'occurrence le traitement chirurgical.

4. Autres scores :

4.1. Les critères de Travis et al. [22] :

Ils permettent de définir un score prédictif de colectomie [23].

Les auteurs ont étudié 36 paramètres cliniques, biologiques et radiologiques chez 49 malades ayant souffert de 51 poussées sévères de RCH. Deux critères simples à valeur pronostique étaient mis en évidence :

- Plus de 8 selles glairo-sanglantes par 24h
- Ou 3 à 8 selles glairo-sanglantes par 24h avec une CRP > 45mg/l

La présence de l'un de ces deux critères au troisième jour du traitement médical était prédictive d'une colectomie dans 85% des cas [24].

4.2. Le score de Seo [25] :

C'est un score clinico-biologique développé par une équipe japonaise, et qui vise à apprécier l'efficacité du traitement médical.

Si ce score demeure supérieur à 200 après deux semaines de traitement médical, ce score est prédictif d'une colectomie dans 88% des cas. (Annexe 2 tableau 3).

5. Critères morphologiques de sévérité :

5.1. Endoscopie et histologie :

a. Endoscopie :

L'examen endoscopique colique est un élément essentiel du diagnostic positif de CAG, ainsi que de diagnostic de MICI.

Cet examen peut consister soit en une simple recto-segmoïdoscopie sans préparation s'il s'agit d'un syndrome dysentérique ou après lavement de type Normacol®, en cas de diarrhée fécale. Il n'est pas indispensable de dépasser l'angle colique gauche si les lésions endoscopiques distales sont sévères.

En pratique, l'endoscopie est contre-indiquée en cas de colectasie et de syndrome péritonéal ou en cas de choc hémorragique, et doit être prudente en cas de CAG, même si le risque de perforation est faible dans les équipes entraînées.

L'insufflation doit être minimale et l'examen interrompu dès que les premières lésions sévères sont visualisées.

La sigmoïdoscopie joue un rôle crucial dans l'évaluation de la sévérité de la poussée, plusieurs scores ont été conçus mais le plus fréquemment utilisé est le score de Baron modifié [26].

Dans notre série la recto-segmoïdoscopie était réalisée chez 18 malades soit 96% vu que 2 de nos malades avaient une coléctasie.

Cependant, l'aspect macroscopique ne permet pas toujours de trancher :

- Est en faveur de RCH une atteinte continue à partir du rectum, remontant vers la valvule de Bauhin, sans intervalle de muqueuse saine.
- De façon inhabituelle, au cours des CAG sur RCH, l'atteinte rectale peut être minime, contrastant avec une atteinte sévère plus proximale.
- Le diagnostic de MC peut être difficile si l'atteinte est limitée au cadre colique.

En pratique : le diagnostic macroscopique aboutit le plus souvent au diagnostic de colite indéterminée !

Cependant le principal intérêt de l'endoscopie est la recherche de signes de gravité endoscopique [27], qui sont définis par la présence de :

- Ulcérations creusantes.
- Ulcérations en puits.
- Décollements muqueux.
- Mise à nu de la musculature.

La présence d'un seul de ces signes témoigne d'une colite sévère car chacun d'eux a été corrélé à la présence d'ulcérations profondes atteignant la musculature sur l'examen anatomopathologique de pièces de colectomie [28].

Ces signes endoscopiques de gravité (SEG) siègent dans 89 % des cas dans le rectosigmoïde. Une coloscopie courte est donc le plus souvent suffisante pour les chercher. [29]

Dans notre série, les signes de gravité endoscopiques étaient présents chez 77% des malades.

Tableau XIV: Comparaison de la fréquence des signes endoscopiques de gravité

Etude	Signes endoscopiques de gravité
Kabbaj (2014)	43,4%
Aljazzar (2016)	55%
Notre série (2018)	77%



Figure 31 : Rectosigmoïdoscopie chez un patient ayant colite aiguë grave : des ulcérations profondes mettant à nu la musculature sont visibles dans le côlon sigmoïde ; la muqueuse entre les ulcérations a perdu sa trame vasculaire et saigne spontanément [14].

b. Histologie :

Le diagnostic positif de MICI repose en anatomopathologie sur l'association de modification architecturale (raréfaction et désorganisation des cryptes) et de lésions inflammatoires (infiltrat avec prédominance plasmocytaire). Les abcès cryptiques n'ont pas de spécificité. Les granulomes épithélioïdes sont rarement observés au cours des CAG [10].

La recherche d'inclusions à CMV doit être faite et ne doit pas exclure le diagnostic de MICI. Les lésions peuvent être associées [30–32]. La mise en évidence de ce virus repose sur la recherche :

- Du virus sur les biopsies coliques
- D'un effet cytopathogène du virus, traduit par la présence d'inclusions virales dans les biopsies coliques.

Dans notre série, la recherche des inclusions à CMV, a été faite chez 95% des malades ayant bénéficié de l'examen endoscopique, l'examen anatomopathologique n'a mis en évidence aucun cas d'inclusions chez nos malades.

Le *Clostridium difficile* doit être aussi recherché dans les biopsies coliques du fait de la fréquence accrue des colites à *Clostridium Difficile* compliquant une MICI.

5.2. Imagerie :

Les différents moyens d'imagerie sont demandés essentiellement à la recherche de formes compliquées (Colectasie, Perforation, Suppurations profondes,)

a. Abdomen sans préparation :

La réalisation d'une radiographie de l'abdomen sans préparation doit être systématique à l'admission [33]. Deux clichés sont demandés :

- ✓ Cliché face debout centré sur les coupes : à la recherche d'un pneumopéritoine.
- ✓ Cliché couché à la recherche d'une colectasie.

La colectasie est définie comme une distension gazeuse spontanée, intéressant l'ensemble du côlon. Pour des raisons de facilité, cette distension est appréciée sur le côlon transverse dont le calibre dépasse souvent 5 cm; des radiographies réalisées en diverses positions montrent la présence d'air dans tout le côlon y compris le rectum, ce qui permet d'éliminer une occlusion.

La colectasie, décrite initialement dans la RCH peut être la première manifestation de celle-ci ; on l'observe également dans la MC. Elle serait favorisée par un traitement neuroleptique, antispasmodique ou opiacé. Elle peut être déclenchée par un lavement baryté. Lorsqu'elle s'accompagne d'un tableau de choc avec hyperthermie et leucocytose; on parle de mégacôlon toxique.

Elle peut se compliquer d'une pariétographie gazeuse, souvent annonciatrice d'un pneumopéritoine.

Dans notre série, l'ASP a été réalisé chez 80% de nos malades, il a permis de poser le diagnostic de colectasie chez 2 malades et 2 pneumopéritoinés témoignant de la présence d'une perforation intestinale.

b. L'échographie abdominale :

L'échographie est de plus en plus pratiquée en pathologie abdominale aiguë, à la recherche d'un épanchement péritonéal ou d'une complication à type d'abcès, fistules ou phlegmons.

L'échographie haute résolution semble être intéressante pour la surveillance des patients sous traitement, néanmoins la mauvaise reproductibilité inter-observatrice en a limité l'usage à quelques équipes [34, 35].

Elle peut, dans de rares cas, illustrer l'épaississement pariétal d'une colite ou l'aspect festonné par des hématomes intra-muraux d'une ischémie.

Dans notre série, l'échographie a été demandée dans 95% des cas essentiellement en raison d'un doute sur une complication. En effet, elle a permis de mettre en évidence un abcès de la FID dans 1 cas, Un épaississement digestif dans 75% des cas, un épanchement de faible abondance chez 30% des malades et une infiltration de la graisse péri colique avec des adénopathies mésentériques dans 15% des cas.

c. Le scanner abdominal :

C'est aujourd'hui l'examen le plus pratiqué en cas de poussée grave. [10, 34,35]

La tomodensitométrie est actuellement la méthode d'imagerie en coupe de référence pour détecter les complications abdominales liées à une MICI [36].

Un scanner abdominal doit être réalisé sans délai devant toute suspicion clinique de complication (exacerbation des douleurs abdominales, apparition de vomissements, sepsis, modification de la palpation abdominale, défense, etc..) à l'arrivée du patient comme en cours du suivi [7].

La tomodensitométrie est aussi utile au diagnostic de pneumopéritoine quand une perforation est suspectée et qu'un pneumopéritoine est trop petit pour être décelé de manière évidente par le cliché d'ASP. Elle a aussi un intérêt dans :

- ✓ Le diagnostic positif : épaississement de la paroi colique > 4 mm, infiltration de la graisse péri-colique, anomalies d'aspect, de densité de la paroi colique.
- ✓ L'évocation des diagnostics différentiels.
- ✓ Le diagnostic topographique : (atteinte segmentaire, atteinte pancolique).
- ✓ La distinction d'une atteinte continue (RCH), d'une atteinte discontinue (Crohn).

Dans notre série, le scanner abdominal réalisé chez 75% des malades, a permis de confirmer le diagnostic d'abcès de la FID et d'en apprécier l'étendue dans un cas, dans les autres cas, il a montré un épanchement et/ou un épaississement de la paroi intestinale.

d. Colo-IRM :

La technique de colo-IRM avec ou sans opacification basse paraît prometteuse. Cette technique est spécifique mais moyennement sensible. Des auteurs comparant les performances de la colo-IRM à la vidéo-coloscopie rapportent une sensibilité de 59% et une spécificité de 91% pour la colo-IRM dans le cadre de la RCH [37].

Elle peut être réservée en cas d'échec de l'endoscopie.

Lors d'une présentation faite dans les Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive de 2010, Roset Jean-Baptiste a rapporté les résultats de son étude montrant que la colo-IRM est un examen facilement réalisable, et dont les résultats sont significativement corrélés à ceux de la rectosigmoidoscopie dans les poussées sévères de RCH.

Elle permet de rechercher des signes de gravité sur l'ensemble du cadre colique difficile à explorer totalement par endoscopie dans cette situation, avec en outre un risque nul de complications (perforation +++) [38].

Mais ces résultats encourageants méritent d'être évalués par des études prospectives.

Dans notre série, 2 malades ont bénéficié de cet examen radiologique ayant montré une collection retro-caecale chez un malade, et une fistule trans-pariétale communiquant avec la paroi vésicale.

IV. La prise en charge thérapeutique :

L'équipe de chirurgie digestive doit être avertie dès l'admission du patient.

1. Traitement non spécifique :

1.1. Correction des troubles hydro électrolytiques (THE) et hémodynamiques :

Selon les recommandations de la société américaine d'anesthésiologie [39–43] :

- ✓ Les transfusions sanguines sont indiquées si hémoglobine est inférieure à 6g/dl.
- ✓ Lorsque le taux d'hémoglobine est entre 6–10g/dl, la transfusion est indiquée si hémorragie abondante ou en cas de signes cliniques traduisant la mauvaise tolérance de l'anémie.
- ✓ Sauf exception il n'y a pas d'indication à transfuser si le taux d'hémoglobine est >10 g/dl.

La correction des THE est nécessaire surtout en cas d'hypovolémie Les anti-diarrhéiques et anti cholinergiques sont à proscrire vu le risque accru de colectasie.

Dans notre série 50 % de nos malades avaient des THE à type d'hyponatrémie et hypokaliémie ayant nécessité une correction par voie intraveineuse.

Dans notre série la transfusion sanguine était nécessaire chez 2 malades.

La perfusion d'albumine est indiquée en cas d'albuminémie inférieure à 20 g/l.

a. Régime alimentaire :

La mise au repos de l'intestin par le jeûne ou une diète stricte associée à une perfusion périphérique fait partie du traitement médical intraveineux intensif.

L'efficacité de la mise en repos du tube digestif n'a jamais été évaluée. Certains experts y restent fidèles [44] tandis que d'autres l'ont abandonnée [45].

Par ailleurs, en association au traitement de première intention, la nutrition parentérale permet d'obtenir la rémission clinique dans 40 à 94 % des cas selon les études [46].

Un soutien nutritionnel par voie entérale est associée à moins de complications que la voie parentérale dans la poussée sévère de MICI [47].

Dans notre série, on avait recours au repos digestif avec alimentation parentérale dans 35 % des cas.

b. Antibiothérapie :

Les antibiotiques ont un rôle important dans le traitement des complications infectieuses au cours des MICI [47].

Plusieurs essais contrôlés ont évalué l'effet de divers antibiotiques (Tableau 14).

La vancomycine per os [48], le métronidazole IV [49] et la ciprofloxacine [50] ; ils n'ont pas eu d'efficacité supérieure au placebo.

Les données récentes suggèrent que le métronidazole est moins efficace que la ciprofloxacine mais garde un avantage dans la MC périanale [51].

L'usage des antibiotiques ne doit pas être systématique, leur utilisation est recommandée en cas de [48] :

- ✓ Doute sur l'étiologie infectieuse (surtout si CAG inaugurale).
- ✓ Fièvre élevée.
- ✓ Colectasie.
- ✓ Notion d'hospitalisation récente ou de voyage en zone d'endémie amibienne.

Tableau XV : Principaux essais contrôlés évaluant les antibiotiques dans les poussées graves de RCH.

Référence	Antibiotique	Echec du traitement /total des malades traités par antibiotique	Echec du traitement/total des malades traités par placebo
Mantzaris et al. [52]	Ciprofloxacine IV 400mg/24h	6/29	6/26
Dickinson et al. [53]	Vancomycine per os 2g/24h	2/18	7/15
Chapman et al. [54]	Métronidazole IV 1.5g/24h	5/19	6/20

c. Anticoagulation [55] :

L'administration de l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) à doses préventives est recommandée étant donné le risque de complications thromboemboliques graves (grade C) [56]. En effet, la mortalité liée aux complications notamment thromboemboliques est élevée (25%) [56].

Dans notre série, l'héparinothérapie a été instaurée chez 100 % de nos malades. Aucun cas de complications thromboemboliques n'a été noté.

2. Traitement spécifique :

2.1. But de traitement :

Le principal but du traitement de la poussée sévère est de réduire la mortalité liée à ces formes graves de MICI.

Depuis les travaux historiques de l'équipe d'Oxford où des règles thérapeutiques simples et strictes et un recours à la colectomie précoce sont instaurés, la mortalité des poussées sévères de la RCH est passée de 30 % en 1952 à Oxford à 0 % dans les années 1970 [49].

La difficulté de la prise en charge de la poussée grave consiste à mesurer l'efficacité et les risques des différents traitements médicaux sans retarder la colectomie. Il faut insister sur le fait que la gestion d'une poussée sévère de MICI est pluridisciplinaire, l'équipe chirurgicale devant être prévenue dès l'admission du patient.

2.2. Moyens :

a. Traitement médical :

a.1. Traitement médical de première ligne : la corticothérapie intraveineuse

Le traitement intraveineux intensif ou le régime de Truelove repose sur une corticothérapie intraveineuse à forte dose, les meilleurs résultats dans les grandes séries de malades ont été rapportés à la dose de 0,8 mg/kg/j d'équivalent méthylprednisolone en perfusion continue ou en 1, 2 ou 4 injections par jour, pour une durée maximale de cinq à sept jours [14].

Ce traitement intraveineux doit également être proposé aux patients ne répondant pas à la corticothérapie par voie orale.

Nous avons adopté ce régime dans notre série pour une période moyenne de 5 jours (2–7 jours) pour 80% des malades

Les autres éléments du traitement médical intensif sont la prescription d'HBPM à dose préventive et de lavements de corticoïdes.

L'antibiothérapie et la nutrition parentérale n'améliorent pas les résultats du traitement de la poussée grave et donc sont optionnelles. La mise au repos du tube digestif n'est pas systématique mais est souhaitable dans les formes les plus sévères.

Il est formellement interdit de prescrire les anti-diarrhéiques, les anticholinergiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les opioïdes [57].

Une surveillance clinique médico-chirurgicale étroite pluriquotidienne avec calcul du score de Lichtiger est nécessaire. L'objectif thérapeutique est l'obtention d'une réponse clinique rapide, définie par un score de Lichtiger inférieur à 10, deux jours consécutifs et une baisse supérieure ou égale à 3 points par rapport au score de départ [49]. La corticothérapie intraveineuse permet d'obtenir une rémission clinique au cinquième jour chez environ 60 % des malades [7, 58]. L'échec du régime de Truelove qui concerne plus du tiers des malades doit être anticipé. Dès le troisième jour du traitement, la persistance de plus de huit émissions sanglantes par 24 heures et d'un taux de protéine C réactive supérieur à 45 mg/L prédisent l'échec des corticoïdes et le recours à la colectomie dans 85 % des cas [59].

La durée limite classique de 7 à 10 jours pour établir les critères de corticorésistance a été basée sur les résultats de séries historiques qui montrent que la durée moyenne de rémission était 7.5 jours et que l'administration prolongée au-delà de 10 jours n'augmente pas le pourcentage de rémission [60].

En l'absence de réponse à la corticothérapie intraveineuse, ou bien si celle-ci est insuffisante, il est non seulement inutile, mais surtout dangereux de poursuivre ce traitement au-delà de première semaine.

Au cinquième jour de traitement intraveineux intensif, une décision doit être prise.

En cas de réponse franche ou de rémission (disparition du sang dans les selles et moins de quatre selles par jour), la corticothérapie intraveineuse est poursuivie jusqu'au septième jour puis relayée par voie orale.

En l'absence de réponse suffisante, définie idéalement sur l'évolution du score de Lichtiger, deux options sont envisageables :

- la colectomie
- ou le traitement médical de deuxième ligne (grade B selon le consensus ECCO sur la RCH, présenté à l'United European Gastroenterology Week, Berlin 2006).

Dans notre série, les patients non répondeurs au traitement de première ligne ont bénéficiés : d'une colectomie ou un traitement de deuxième ligne à base de cyclosporine ou infliximab.

Dans la littérature, l'échec de réponse aux corticoïdes peut être prédit par des mesures objectives.

Les critères de Travis et al permettent de définir un score prédictif de colectomie.

Les auteurs ont étudié 36 paramètres cliniques, biologiques et radiologiques chez 49 malades ayant souffert de 51 poussées sévères de RCH.

Deux critères simples à valeur pronostique étaient mis en évidence :

- Plus de 8 selles glairo-sanglantes par 24h
- Ou 3 à 8 selles glairo-sanglantes par 24h avec une CRP > 45mg/l

La présence de l'un de ces deux critères au troisième jour du traitement médical était prédictive d'une colectomie dans 85% des cas. [61].

Une autre analyse rétrospective menée par Lindgren et al, vient confirmer les résultats de Travis, montrant que la présence d'un nombre élevé de selles avec une CRP élevée au troisième jour du traitement médical par corticoïdes, était prédictive d'échec [62].

Lennard-Jones et al, a mené une étude rétrospective sur 181 cas de CAG, après 24h de traitement, la présence d'un nombre de selles supérieur ou égal à 9 selles/jour, une

hypoalbuminémie inférieure ou égale à 30g/l et une fréquence cardiaque supérieure à 90 battements par minute, est en rapport avec un risque d'échec de 62%.

De façon indépendante, une fièvre élevée était prédictive d'échec dans 80% des cas [62].

Benazzato et al, à travers une étude prospective a montré que ces facteurs :

VS > 75 mm/h, Fièvre > 38°C, CRP > 25 mg/l, Réduction du nombre de selles < 40% au 5^{ème} jour, étaient prédictifs d'échec de la corticothérapie [63].

En résumé, les critères regroupés dans le tableau ci-dessous, permettent au clinicien de déterminer les malades qui risquent de ne pas répondre au traitement de première ligne, et de ce fait :

- De prendre la bonne décision précocement.
- De passer à un traitement de deuxième ligne ou de préparer le malade psychologiquement pour une intervention chirurgicale lourde (colectomie subtotal) mais salvatrice si décision prise à temps.

Ces études mettent en évidence l'importance de limiter la durée de la prise en charge médicale préopératoire des CAG en présence de critères d'échec.

En effet, dans un groupe de 80 patients ayant subi une colectomie au cours des CAG entre 1994 et 2000 à Oxford, et qui avaient nécessité un traitement médical préopératoire de plus longue durée étaient plus susceptibles d'avoir des complications majeures postopératoires.

Un taux de complications post-opératoires plus élevé a été noté si le traitement médical a été poursuivi pendant 8 jours ou plus [1].

Tableau XVI : facteurs prédictifs de la réponse à la corticothérapie au troisième jour de l'admission [64]

Variables cliniques et biologiques	Taux de colectomie (%)
> 8 selles/j	85%
3-8 selles/j + CRP > 45 mg/l	85%
Nombre de selles + (0.14 x CRP) > 8	72%
CRP > 25	67%
> 4 selles /jour	63%

a.2. Traitement médical de deuxième ligne : [65]

Le traitement de référence de la CAG résistante à la CTC intraveineuse est la ciclosporine intraveineuse. L'infliximab est efficace dans la rectocolite modérée à sévère.

➤ Cyclosporine ou Infliximab ?

En cas d'échec aux corticoïdes intraveineux et en l'absence de complication, une 2^{ème} ligne de traitement médical peut être tentée. Lichtiger et Present ont rapporté l'efficacité de la ciclosporine chez des patients n'ayant pas répondu à la corticothérapie intraveineuse.

Classiquement, après un bilan pré thérapeutique minimum comprenant les dosages de créatinine, magnésium plasmatique et en l'absence d'insuffisance hépatique sévère, la ciclosporine peut être administrée à la dose de 2mg/kg en intraveineux à la seringue électrique avec l'objectif d'une ciclosporinémie efficace entre 150 et 250ng/ml.

Le maniement de ce traitement en intraveineux continu adapté aux dosages sanguin et les effets secondaires (insuffisance rénale, hypertension, crises convulsives en cas d'hypocholestérolémie) font de ce traitement, un traitement prescrit dans des centres experts habitués à l'utiliser.

Après avoir obtenu l'efficacité par de ciclosporine voie intraveineuse, le traitement est relayé par voie orale (Neoral®) et pour suivi pour une durée totale de 3mois. La ciclosporine est un traitement d'attaque de la poussée sévère avec une efficacité à court terme. Dans une étude de cohorte rétrospective 88% des patients répondeurs à la ciclosporine étaient finalement colectomisés à 7ans ; Il est donc nécessaire de débiter un traitement immunosuppresseur de fond par thiopurines dès l'obtention d'une réponse à la ciclosporine. [14]

La prévention de la pneumocystose par la prescription systématique de cotrimoxazole ou d'aérosols de pentamidine est indispensable.

Plusieurs études rétrospectives ont tenté d'identifier des facteurs prédictifs d'échec de la ciclosporine.

Les facteurs de mauvais pronostic étaient, selon les auteurs :

- ✓ une température supérieure à 37°C

- ✓ une tachycardie supérieure à 90/min
- ✓ une CRP > 45 mg/L.
- ✓ la présence de lésions sévères en coloscopie [66].
- ✓ un taux élevé de polynucléaires neutrophiles [67].
- ✓ un index de Ho supérieur à 5 [68].

Dans notre série nous avons utilisé la cyclosporine comme traitement de 2^{ème} ligne chez six malades.

Le traitement par infliximab (IFX) a été légitimé par les études randomisées contrôlées contre placebo, ACT1 et ACT2, dans la RCH en poussée modérée à sévère résistante aux corticoïdes et aux immunosuppresseurs [3] mais les données dans la forme particulière de colite aiguë grave sont moins solides. Une seule étude contrôlée contre placebo, publiée en 2005, a vraiment évalué l'efficacité de l'IFX dans la poussée sévère de RCH résistante à la corticothérapie intraveineuse chez 45 patients et montre un taux de colectomie à 3 mois significativement plus bas chez les patients traités par infliximab [69].

L'IFX est un anticorps monoclonal type IgG1, chimérique, humanisé à 75% et d'origine murine à 25%, neutralisant le TNF circulant et transmembranaire. Il fixe le complément entraînant une cytotoxicité anticorps dépendante et induit l'apoptose de lymphocytes activés par la lamina propria.

Dans l'étude multicentrique du Groupe d'études thérapeutiques des affections inflammatoires du tube digestif (GETAID) incluant 115 patients, il y'avait 60% d'échec dans le groupe cyclosporine et 54% dans le groupe infliximab ($p = 0,52$). Les effets secondaires sévères étaient observés chez 16% des patients dans le groupe cyclosporine et 25% dans le groupe infliximab [70]. Les deux traitements avaient des taux similaires de survie sans colectomie à 1 an et 5 ans

Dans l'étude récente de Laharie et al. Reprenant les patients de l'étude précédente, 61% et 65% avaient évité la colectomie dans le groupe cyclosporine et infliximab respectivement ($p =$

0,97). Néanmoins, près de la moitié des patients traités par ciclosporine initialement avaient reçu un traitement par infliximab à 1an [71].

Une méta analyse incluant 16 études avec un total de 1473 patients, a comparé l'efficacité et la tolérance des deux traitements. Trois des essais inclus étaient randomisés et ne trouvaient pas de différence entre ciclosporine et infliximab. En revanche, les études non randomisées étaient en faveur de l'infliximab avec une supériorité pour le taux de réponse et le taux de colectomie à 1an [72].

Les recommandations actuelles [73] se basent sur les essais contrôlés randomisés et ne privilégient aucune option. En pratique, le choix est laissé à l'appréciation de l'équipe et tient compte des traitements antérieurs et en cours. L'IFX est souvent préféré pour sa simplicité d'utilisation et l'absence de néphrotoxicité. La posologie de l'IFX est de 5mg/kg avec un traitement d'induction habituel S0-S2-S6. Néanmoins, des travaux ont montré une augmentation de la clairance de l'IFX chez les patients en colite aiguë grave, liée au syndrome inflammatoire majeur avec production de TNF alpha et à la fuite du médicament dans la lumière colique.

Des études de cohorte récentes ont suggéré qu'une intensification du traitement par IFX serait bénéfique chez 50% des patients [74]. Les schémas d'intensification testés sont variés : perfusion à 5mg/kg rapprochée à 1 semaine, perfusions à 10mg/kg, 3 perfusions dans les 24 premiers jours. [75]. Du 5e au 12e jour, l'efficacité du traitement est évaluée par le calcul du score de Lichtiger.

Avant toute prescription d'anti-TNF alpha, il est indispensable d'éliminer les contre indications qui sont :

- ✓ Infection sévère.
- ✓ Tuberculose latente non traitée.
- ✓ Affection démyélinisante préexistante.
- ✓ Insuffisance cardiaque congestive.
- ✓ Néoplasie en cours ou récente (<5ans).
- ✓ Grossesse en cours.

Un point particulier est la recherche d'une tuberculose latente dans cette situation d'urgence. L'interrogatoire, la radiographie de thorax, l'intradermo-réaction à la tuberculine (et pour certains, le quantiféron) sont effectués dès l'admission du patient. Il n'y a pas de recommandation claire chez les malades qui ont une tuberculose latente et qui sont candidats à un traitement par IFX. La Ciclosporine est, dans cette situation, une alternative raisonnable [74].

En outre avant d'instaurer un traitement à base d'IFX il faut réaliser :

- NFS
- Bilan hépatique
- Ionogramme sanguin
- Béta HCG, BU+/- ECBU.
- Sérologies HVB, HVC, HIV. AAN +/- anti DNA.
- Consultation gynécologie (frottis +/- vaccination HPV).
- Consultation dermatologie si naevi.

En cas d'échec de la seconde ligne de traitement médical, la colectomie est indiquée. Une alternative au traitement chirurgical consistant en une 3e ligne de traitement médical peut se discuter à condition d'être dans un centre expert. Il s'agit du traitement qui n'a pas été administré en 2e ligne, soit la ciclosporine, soit l'infliximab. Une étude a évalué l'efficacité et la tolérance de l'infliximab et de la ciclosporine en 2e recours chez les patients avec une colite aiguë grave réfractaire à la corticothérapie. La probabilité de survie sans colectomie était de 61% à 3mois et 41% à 12mois [76].

Tout au long de la prise en charge, la surveillance médicochirurgicale doit être rapprochée avec un examen clinique et calcul du score de Lichtiger quotidien, et un bilan biologique (CRP).

Dans notre série 1 seul malade a été mis sous IFX avec mauvaise tolérance clinique.

a.3. Traitement médical de troisième ligne :

Après échec du traitement de deuxième ligne de la CAG, déterminé au bout d'une semaine, la colectomie doit être envisagée.

Selon les conclusions du consensus ECCO pour la RCH, le traitement médical de troisième ligne n'est pas recommandé et ne peut être proposé que dans des centres référents (grade D selon le consensus ECCO sur la RCH— UEGW, Berlin 2006).

Il faut également souligner que la mortalité de la colectomie en urgence pour CAG augmente avec la durée de l'hospitalisation préopératoire [1].

Une analyse univariée, objective que les patients ayant présenté des complications majeures ont été admis au bloc opératoire plus tardivement.

L'emploi successif de la ciclosporine puis de l'infliximab (ou vice versa) chez des patients corticorésistants et candidats à un traitement d'entretien par azathioprine fait courir un risque infectieux majeur pour un bénéfice aléatoire.

Nous disposons de deux séries rétrospectives ayant évalué les résultats d'un traitement médical de sauvetage en troisième ligne.

Parmi les 20 malades du Mount- Sinai Hôpital (14 traités par infliximab après échec de la ciclosporine et six par la séquence inverse), les taux de rémission à court terme étaient faibles (36 et 33 %, respectivement) et plusieurs complications graves ont été observées : un décès par septicémie à colibacille, une œsophagite herpétique et un ictère [78].

La série du GETAID, ayant recruté 86 malades traités en troisième ligne dans 16 centres, le plus souvent par infliximab après échec de la ciclosporine, confirme le bénéfice modeste de cette stratégie – seulement 40%des malades évitaient la colectomie dans l'année, et ce quelle que soit la séquence proposée – pour un risque élevé de complications (un décès, survenu chez un homme de 40 ans en postopératoire suite à une complication thromboembolique, et 17 infections sévères, dont deux colites à *C. difficile* et une à CMV) [79].

Dans notre série 2 malades ont été mis sous traitement de 3eme ligne à base d'IFX sans amélioration clinique franche.

b. Traitement chirurgical :

b.1. Principe :

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.

Pour la maladie de Crohn, les indications de la chirurgie en urgence sont l'hémorragie, la perforation intestinale, l'obstruction intestinale et l'abcès, en outre de la résistance au traitement médical intensif. La principale option chirurgicale utilisée dans le cadre de l'urgence est la résection anastomose la plus limitée possible du segment du tube digestif atteint [80].

Dans notre série, nous avons eu recours à la chirurgie d'emblée chez 3 malades (2 cas de colectasie et un cas d'abcès de la fosse iliaque droite).

En dehors de complications, la chirurgie ne doit pas être envisagée comme le dernier recours en cas d'échec des traitements médicamenteux, mais bien comme une option thérapeutique se discutant à chaque étape de la prise en charge d'une poussée sévère de MICI.

Il s'agit du traitement qui a permis de réduire la mortalité de la CAG, à condition de ne pas être proposé trop tard [81]. Une étude américaine récente portant sur 7108 colectomies a confirmé ces données : la mortalité est significativement plus élevée chez les malades qui ont une durée d'hospitalisation plus longue avant la chirurgie. Ainsi une étude d'Oxford a montré qu'il y a un risque accru de complications post opératoires si la chirurgie est retardée au-delà de huit jours après le traitement médicamenteux [82].

Il n'y a aucune indication à réaliser une colectomie segmentaire en cas de RCH du fait du risque majeur de poussée grave sur le côlon restant.

La colectomie subtotale avec iléostomie et sigmoïdostomie représente le premier temps opératoire de choix en cas de colite aiguë grave sur maladie inflammatoire [83].

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 » [84].

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

Les avantages de la colectomie subtotalaire 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 antérogrades ou rétrogrades du segment exclu si la maladie persiste sur cette courte portion.

b.2. Techniques opératoires :

- Les voies d'abord :

- La laparotomie :

Lorsque le pronostic vital est engagé à court terme, il faut envisager une opération de sauvetage.

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 en cas de MC. Le foie doit être examiné à la recherche d'une stéatose ou d'une très rare cholangite sclérosante infraclinique [85].

Dans notre série 75% de nos malades ont été opérés à ciel ouvert.

➤ La laparoscopie : [86]

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

Les différentes étapes de cette technique sont comme suivantes :

❖ Installation :

L'intervention est pratiquée sur un patient installé en position de « double équipe », c'est-à-dire en décubitus dorsal jambes écartées, installation permettant à la fois un abord abdominal et périnéal. Les bras sont positionnés le long du corps et protégés, conjointement avec l'équipe d'anesthésie, vérifiant l'accessibilité des abords veineux. Les épaulières doivent être évitées et l'on peut proposer plutôt des matelas adhérents type « gélose » afin que le patient ne glisse pas de la table d'opération lorsqu'il sera basculé en position de Trendelenburg ou en roulis. Une attention particulière est portée à la protection et à la position des membres afin d'éviter, pour cette intervention longue, des positions vicieuses ou des compressions. L'utilisation de bottes en mousse doit être privilégiée pour les membres inférieurs. Il est nécessaire d'avoir un débord suffisant du bassin du patient au bas de la table opératoire : la palpation du coccyx hors de la table en est un bon repère. Un sondage urinaire est pratiqué hors du champ opératoire et une sonde nasogastrique est mise en place uniquement pour la durée de l'intervention.

Les instruments laparoscopiques utilisés sont un laparoscope avec une optique de 0°, trois pinces fenêtrées atraumatiques, une pince à clips et un bistouri à ultrasons pour la dissection et l'hémostase, une pince à agrafes linéaire coupante de laparoscopie et un drain tubulaire de 20 ou 22 F pour l'agrafage rectal, une pince à agrafes circulaire (29 mm dans notre expérience) et une paire de ciseaux. Les instruments utilisés par voie ouverte sont une pince à agrafes linéaire coupante (de laparoscopie dans notre expérience pour une meilleure ergonomie quant à l'accès périnéal) pour l'agrafage après éversion du moignon rectal, et une pince à agrafes linéaire coupante (75 ou 80 mm) avec plusieurs chargeurs pour la confection du réservoir.

En début d'intervention, l'opérateur est situé à gauche du malade, avec l'aide situé à sa droite ou entre les jambes. Le moniteur de la colonne de laparoscopie est initialement positionné à la droite du malade.

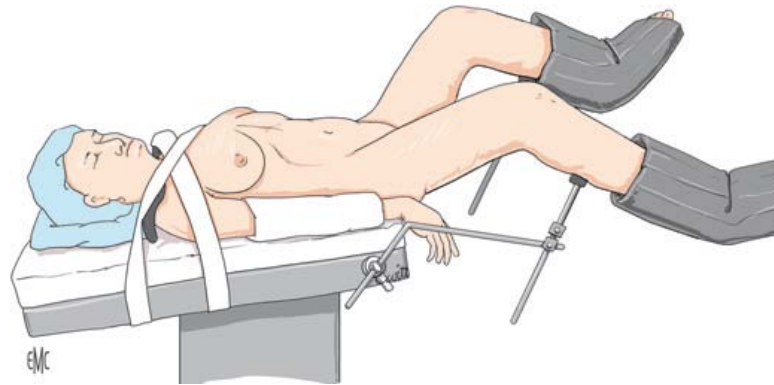


Figure 32 : Installation du malade [86]

❖ Position des trocarts :

On réalise une open-coelioscopie par une incision sousombilicale et l'intervention est effectuée à l'aide de quatre à cinq autres trocarts : un trocart de 5 mm (qui est éventuellement changé pour un trocart de 12 mm pour l'agrafage si l'intervention n'est pas convertie) en fosse iliaque droite sur le future site d'iléostomie, et quatre trocarts de 5 mm dans les flancs droit et gauche, en fosse iliaque gauche et en hypocondre droit.

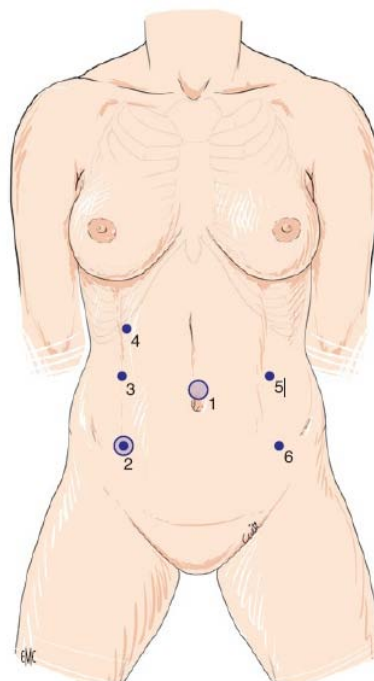


Figure 33 : Position des trocarts.

1. Trocart d'open-coelioscopie ; 2. Trocart de 12 mm ; 3 à 6. Trocarts de 5 mm. [86]

❖ Dissection colique laparoscopique

Premier temps : mobilisation colique droite : La dissection colique peut être réalisée de droite à gauche comme de gauche à droite, avec un abord médial ou latéral de manière indifférente en l'absence de dysplasie ou de cancer. Dans notre service, la dissection est réalisée de droite à gauche par abord médial premier. Le premier temps consiste à réaliser la mobilisation colique droite. La table est en position neutre ou en roulis modéré à gauche. Les anses grêles sont repoussées et l'opérateur présente le pédicule colique inférieur droit en saisissant le mésentère au niveau de la jonction iléocœcale. Afin d'obtenir une longueur suffisante pour le réservoir iléal, une ligature à l'origine du pédicule colique inférieur droit est réalisée, selon le procédé de Dozois. La section proximale de ce pédicule permet en outre de garder une étoffe suffisante de mésocôlon droit facilitant la dissection centrifuge.

Celle-ci est amorcée vers le bas. L'uretère droit peut être repéré à ce moment de l'intervention, surtout si on a un doute sur le plan de dissection. Le mésocôlon est alors saisi et le décollement colopariétal droit est poursuivi de dedans en dehors vers le haut. Ce décollement se termine à la face antérieure du bloc duodéno pancréatique, excellent repère anatomique d'une dissection du méso dans le bon plan. À ce niveau se tend en général un pédicule colique supérieur droit qui est sectionné. On réalise ensuite l'abaissement de l'angle colique droit et on achève la libération du côlon droit en sectionnant latéralement les dernières attaches péritonéales. On pourrait associer un décollement duodéno pancréatique a minima ainsi qu'une dissection du bord droit de la veine mésentérique supérieure en cas de suspicion de descente en tension du réservoir. Dans notre pratique, cette manoeuvre n'est pas nécessaire en routine.

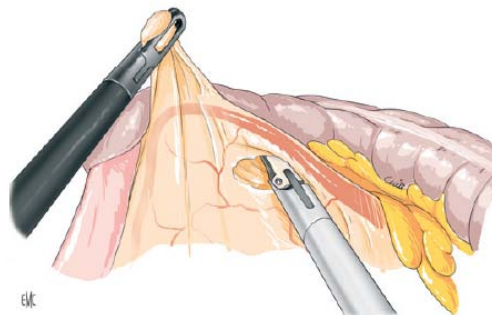


Figure 34 : Section du pédicule colique inférieur droit à son origine. [86]

Deuxième temps : mobilisation du côlon transverse : L'opérateur est placé entre les jambes et l'aide à gauche. Le moniteur est placé à la tête du malade. La table est positionnée en proclive modéré. Le décollement coloépiploïque est débuté au milieu du côlon transverse, afin de mettre en évidence l'arrière-cavité des épiploons. Le décollement coloépiploïque est poursuivi vers la droite achevant la mobilisation de l'angle colique droit, puis vers la gauche. Après individualisation du mésocôlon transverse, celui-ci est sectionné au bistouri à ultrasons de manière plus ou moins proximale (sauf contexte carcinologique imposant une section proximale pour le curage). La fin de la section du mésocôlon transverse nécessite de se positionner à la droite du patient. Enfin, l'angle colique gauche est mobilisé en achevant le décollement coloépiploïque vers la gauche. L'aide (entre les jambes) abaisse le côlon et l'opérateur (à droite) soulève l'épiploon afin d'éviter toute traction sur la rate. La libération de l'angle gauche est achevée en amorçant le haut du décollement colopariétal gauche. Ce décollement n'est pas poursuivi pour éviter que le côlon gauche ne retombe et gêne la dissection colorectale.

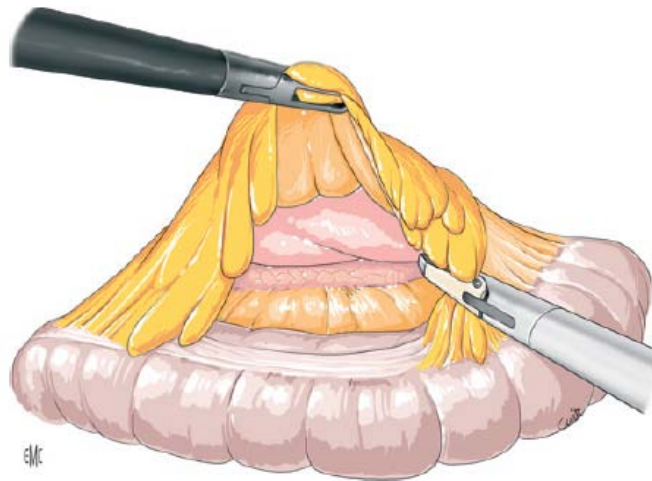


Figure 35 : Décollement epiploïque [86]

La dissection rectale n'est pas abordée : le côlon sigmoïde est agrafé et sectionné en amont de la charnière de manière à obtenir une longueur suffisante de rectosigmoïde vascularisé pour pouvoir réaliser une sigmoïdostomie sans tension. Une fois le côlon sectionné, le segment d'aval est repéré à l'aide d'une pince atraumatique et la pièce opératoire est extériorisée par le futur site d'iléosigmoïdostomie, en fosse iliaque droite la plupart du temps, ou en fosse iliaque

gauche selon le morphotype du malade. La dernière anse iléale est alors sectionnée à l'aide d'une pince à agrafes linéaire coupante et le côlon sigmoïde est extériorisé. Après contrôle de l'absence de rotation, l'iléosigmoïdostomie en « canon de fusil » est ourlée à la peau. Il est à noter que selon la conférence de consensus ECCO, le choix de confectionner une sigmoïdostomie ou de laisser le côlon sigmoïde fermé et non extériorisé est laissé à l'appréciation du chirurgien (recommandation de grade C) [91]. Dans notre expérience, nous préférons l'iléosigmoïdostomie qui évite les complications liées à la réouverture intraabdominale du sigmoïde et facilite son repérage lors de la proctectomie secondaire.

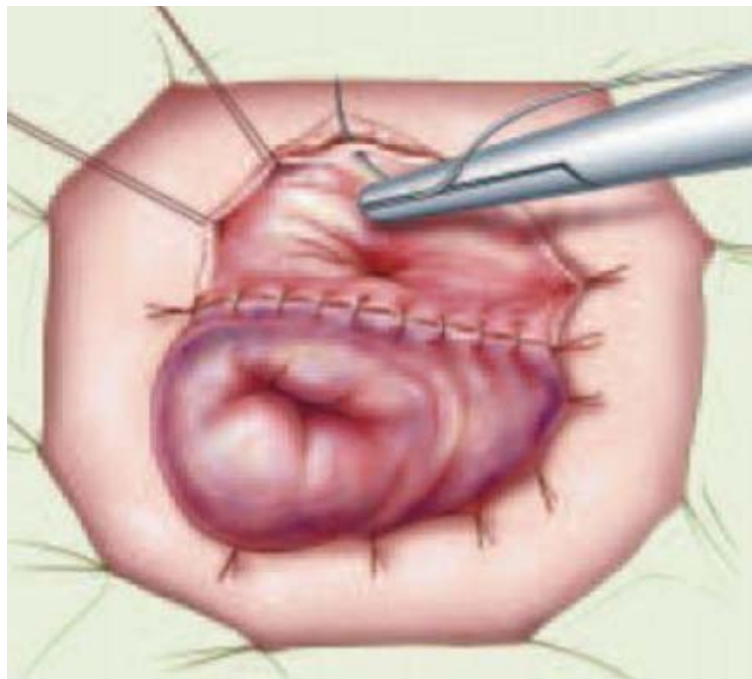


Figure 36 : Confection de la stomie [86]

Marceau et Alves [87] ont comparé une colectomie subtotale par laparoscopie chez 40 patients consécutifs atteints de MICI ayant une CAG non compliquée de péritonite ou de mégacôlon toxique. Les résultats de ces 40 colectomies subtotaux par laparoscopie ont été comparés aux résultats de 48 colectomies subtotaux réalisées par laparotomie chez 48 patients atteints de MICI, appariés selon l'âge, le sexe, le score ASA, l'index de masse corporelle et le type de colite (sévère ou aiguë grave).

Les auteurs concluent qu'en cas de colectomie subtotale pour colite aiguë grave compliquant une MICI, la laparoscopie est faisable et sûre et devrait être réalisée de première intention [87].

Tableau XVII : étude de Marceau et Alves comparant la laparotomie à la laparoscopie.

	Laparotomie	Laparoscopie
Colectomie subtotale	-Résection de droite à gauche. -Sigmoidostomie en FIG et iléostomie en FID	-Résection de gauche à droite. -Double stomie en canon de fusil.
Durée d'intervention	3h51 min	4h13 min
Mortalité	Nulle	Nulle
Morbidité globale	56%	35%
Complications septiques	6%	10%
Ré intervention	10%	6%
Durée d'hospitalisation	12 jours	9 jours
Rétablissement de continuité	- Par laparotomie	-42% par laparoscopie. -14% par laparotomie.

➤ Nouvelles approches mini-invasives : [86]

-Trocant unique :

L'approche laparoscopique par trocant unique s'est largement développée ces cinq dernières années. Dans une méta-analyse récente, Maggiori et al. ont recensé 15 études comparant 581 résections colorectales par laparoscopie classique avec 494 résections par trocant unique. Ces résections par trocant unique incluaient 46 CPT (soit 44 % des résections rectales) et 65 CST. Il existait une diminution significative de la taille de l'incision et de la durée d'hospitalisation ($p < 0,001$ et $p = 0,008$), avec une durée opératoire, un taux de conversion et une morbidité postopératoire comparables [88].

Dans une étude prospective cas-témoins comparant dix CST pour CAG par trocant unique et dix par laparoscopie conventionnelle, Fishera et al. retrouvaient une diminution significative de la durée opératoire et un retour plus rapide à une alimentation solide après résection par

trocart unique [89]. Les réductions des durées opératoires et d'hospitalisation, ainsi que l'existence d'une morbidité comparable ont été retrouvées dans plusieurs études ; le taux de conversion était de 7 % (2 % en chirurgie ouverte et 5 % en laparoscopie classique) [90]. Enfin, plusieurs séries de cas ont montré la faisabilité de la CPT avec AIA par trocart unique [91].

✓ Robotique :

Trois séries de cas incluant 18 AIA robotiques pour RCH ont été publiées et ont démontré la faisabilité de cette technique [92–94].

Le temps opératoire moyen était de 330 minutes pour les CPT et de 106 minutes pour les proctectomies complémentaires. Dans leur étude cas-témoin comparant robotique et laparoscopie classique, Miller et al ne retrouvaient pas de différences en termes de durée opératoire, spoliation sanguine, morbidité, délai de reprise du transit, durée d'hospitalisation et fonctions digestive et sexuelle postopératoires [92].

Dans une revue récente de la littérature incluant plus de 1000 résections colorectales, Antoniou et al concluaient à la faisabilité et à la sécurité de la robotique [95]. Cependant, cette revue n'incluait que 11 colectomies totales ou subtotaux et aucune étude randomisée n'était recensée.

○ Les gestes chirurgicaux réalisés :

❖ **La colectomie subtotale avec double stomie :**

La conférence de consensus ECCO a recommandé la colectomie subtotale première en urgence ou semi-urgence dans la CAG, ne répondant pas au traitement médical ainsi que la CAG compliquée [98].

Le principe de cette intervention est d'enlever la quasi-totalité du côlon malade sans réaliser d'anastomose, afin de limiter au maximum le risque de complications septiques postopératoires. [99].

Enfin, l'absence de résection du rectum d'emblée est justifiée :

- par la difficulté à établir la distinction entre MC et RCH en urgence, chez les patients dont le diagnostic n'est pas connu en préopératoire. En effet, dans les CAG inaugurales de MICI, cette distinction n'est possible que dans un cas sur deux [104].
- par la nécessité de réaliser un geste chirurgical le plus simple possible, sans anastomose, et peu morbide, chez ces malades souvent en mauvais état général.

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

Elle présente l'intérêt de permettre dans la période postopératoire 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.

La colectomie subtotala avec iléostomie dans la fosse iliaque droite et sigmoïdostomie dans le bas de la médiane ou dans la fosse iliaque gauche est l'intervention réalisée classiquement [97], mais depuis quelques années, il a été proposé de mettre ces deux stomies en canon de fusil dans un même orifice dans la fosse iliaque droite

Ceci offre un double avantage :

- La présence d'un seul orifice de stomie.
- Éviter la bride mésocolique au milieu du ventre observée avec le sigmoïde en bas de la médiane, qui serait à l'occasion des occlusions.

L'absence de rétablissement de la continuité digestive dans le même temps est justifiée principalement par une imprégnation cortisonique préopératoire souvent importante [103], une dénutrition associée (taux d'albumine préopératoire \ll 30 g/L) [104] et parfois la présence d'un abcès intra-abdominal ou d'une fistule lors de la laparotomie [100]. De plus, en urgence, la distinction entre une MC et une RCH n'est possible qu'une fois sur deux [100].

Ces avantages sont nombreux :

- Intervention rapide
- Relativement simple et sûre
- Réalisable par un chirurgien généraliste
- Permet de sevrer le patient progressivement de toute corticothérapie

Dans notre série cette intervention a été réalisée chez 70% des malades.



Figure 37 : Image d'une colectomie totale (pancolite avec colon très inflammatoire) [103].

❖ **La colectomie totale avec ileostomie et fermeture du moignon rectale type Hartmann :**

Le principe de l'intervention consiste à enlever le segment de colon atteint par section de la charnière recto-sigmoïdienne et fermeture du moignon rectal par une pince mécanique le plus souvent et une réalisation d'une iléostomie.

Il y a toujours dans ce cas un système de drainage qui est soit une lame plastique multitubulée soit un drainage de type mickulitz comportant des compresses qui assurent un effet "buvard".

Une intervention de type Hartmann, laissant dans la cavité abdominale un court moignon recto-sigmoïdien 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 RCH [102] au risque de désunion de la suture rectale et d'hémorragie postopératoire 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 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.

Cette technique a été utilisée dans notre série chez 10% malades.

❖ 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 [103].

Trois de nos malades (10%) ont bénéficié de cette technique.

❖ La coloproctectomie totale avec iléostomie définitive :

Une coloproctectomie totale avec iléostomie définitive est très rarement réalisée d'emblée et une proctectomie secondaire peut être indiquée en situation électorale dans plusieurs circonstances.

Tout d'abord, il peut s'agir de malades ayant eu dans leurs antécédents une colectomie subtotale avec ou sans AIR et chez qui la poursuite ou la récurrence de la maladie sur le rectum restant, malgré le traitement médical, doit faire discuter la proctectomie secondaire.

De même, la présence d'une dysplasie ou d'un cancer sur le rectum d'un malade avec MC colo-rectale constitue également une indication à une proctectomie. Enfin, la présence de manifestations anopérinéales à répétition, responsables de multiples interventions chirurgicales et aboutissant à la longue à une destruction du sphincter et à une incontinence, constitue probablement l'indication principale de coloproctectomie avec iléostomie définitive en un temps [104, 105,106].

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

L'exérèse comporte une colectomie totale et une proctectomie, qui est menée au contact du rectum, en restant à distance des parois pelviennes, pour réduire le risque de complications sexuelles et urinaires.

L'iléostomie définitive ou terminale consiste à l'abouchement chirurgical de la partie terminale de l'intestin grêle à l'extérieur à travers un orifice pratiqué dans la paroi abdominale.

L'iléostomie étant située relativement au début du circuit digestif, les selles ne sont pas encore formées. Les déjections sont donc assez liquides, abondantes et agressives pour la peau.

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.

Cette technique n'a été utilisée chez aucun de nos malades.

b.3. Rétablissement de continuité :

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 [107].

Que ce soit par laparotomie ou par laparoscopie, le rétablissement de la continuité digestive est habituellement envisagé 3 mois plus tard. Dans la RCH, ce rétablissement consiste dans près de 80 % des cas en une proctectomie complémentaire avec réalisation d'une AIA. Toutefois, la décision de conservation rectale (avec réalisation d'une AIR) ou la décision de non-conservation de l'appareil sphinctérien (avec réalisation d'une iléostomie définitive), bien que plus rares, peuvent, dans certains cas, être envisagées.

- En cas de rectocolite hémorragique :

Le rétablissement de la continuité sera obtenu le plus souvent par une anastomose iléoanale (AIA) avec réservoir en J, protégée par une iléostomie qui est ensuite fermée par voie élective six semaines plus tard. On réalise ainsi un traitement chirurgical en « trois temps » : CST avec double stomie, proctectomie complémentaire avec AIA et réservoir en J et Iléostomie de protection puis fermeture de la stomie.

Parfois, si les conditions sont favorables, l'intervention sera réalisée en deux temps : CPT d'emblée avec AIA et iléostomie de protection ; deuxième temps : fermeture d'iléostomie.

Deux types d'anastomoses peuvent être réalisés : l'anastomose mécanique ou l'anastomose manuelle après mucosectomie. La conférence de consensus ECCO ne recommande pas une technique par rapport à une autre, mais précise que la technique manuelle avec mucosectomie doit toujours être connue de l'équipe chirurgicale au cas où l'anastomose mécanique soit impossible ou échoue (recommandation de grade D). Elle recommande que l'anastomose soit confectionnée au maximum à 2 cm de la ligne pectinée afin de limiter le risque de cuffite et de dégénérescence (grade C).

L'AIA est le traitement chirurgical de référence, car elle a le double objectif de guérison de la maladie par ablation de la totalité de la muqueuse colorectale à risque, tout en conservant la fonction sphinctérienne [108]

L'AIA permet la guérison de la maladie, avec un résultat fonctionnel bon ou acceptable chez environ 80 % des patients; la survenue possible d'un sepsis pelvien postopératoire pouvant

à long terme altérer le résultat fonctionnel justifie pour beaucoup la réalisation d'une stomie temporaire de protection [108].

L'anastomose iléo-rectale peut être proposée en cas de rectum conservable chez les patients âgés à mauvaise fonction sphinctérienne, en cas de doute diagnostique avec une maladie de Crohn, et chez les femmes jeunes désireuses d'une grossesse [108].

Une enquête de population récente a en effet montré que les femmes ayant une AIA avaient une diminution très importante de la fertilité (variant de 35 à 80 %) par rapport aux femmes non opérées, ou avec AIR [109]. Cela s'explique probablement par les adhérences tubaires dues à la dissection pelvienne.

C'est pourquoi, chez une personne jeune désirant d'enfants, la réalisation d'une AIR, même temporaire pour quelques années, si, bien sûr, le rectum est conservable, mérite d'être discutée.

Les résultats opératoires de l'AIA montrent dans les centres spécialisés une mortalité quasi nulle, une morbidité postopératoire qui reste importante et qui concerne jusqu'à un quart des patients, notamment du fait de sepsis pelvien et de fistules anastomotiques [110,111].

En termes de résultat fonctionnel, le nombre moyen de selles est de 5 le jour et de 0 à 1 la nuit avec une continence aux gaz et aux selles chez 80 % des patients le jour et 70 % la nuit.

Hahnloser et al ont montré, dans une série de plus de 1 000 patients, un nombre de selles de 6,5 par jour dont 1 la nuit avec une continence jugée parfaite chez 54 % des patients, quelques fuites dans 39 % des cas et une incontinence chez 7 % des patients [111].

À long terme, le risque d'échec de l'intervention avec perte du réservoir et ileostomie définitive varie entre 5 et 9 % à dix ans suivant les séries.

Les raisons principales de la perte du réservoir sont en premier lieu une sepsis pelvienne chronique (avec ou sans fistule), puis, un mauvais résultat fonctionnel avec incontinence majeure, et enfin, plus rarement, une poche réfractaire ou une MC méconnue.

La contre-indication principale de l'AIA est le mauvais état sphinctérien. Celui-ci est évalué avant tout par le toucher rectal mais aussi par une manométrie anorectale, réalisée en cas de troubles sphinctériens connus et chez les personnes âgées de plus de 70 ans [112]. En effet, si la fonction sphinctérienne est moins bonne chez le sujet âgé, les résultats fonctionnels de l'AIA varient peu avec l'âge [113, 114].

L'âge avancé, seul, ne constitue donc pas une contre-indication à l'AIA mais une évaluation de la fonction sphinctérienne préopératoire est nécessaire. La seconde contre indication, relative, est le doute avec une maladie de Crohn.

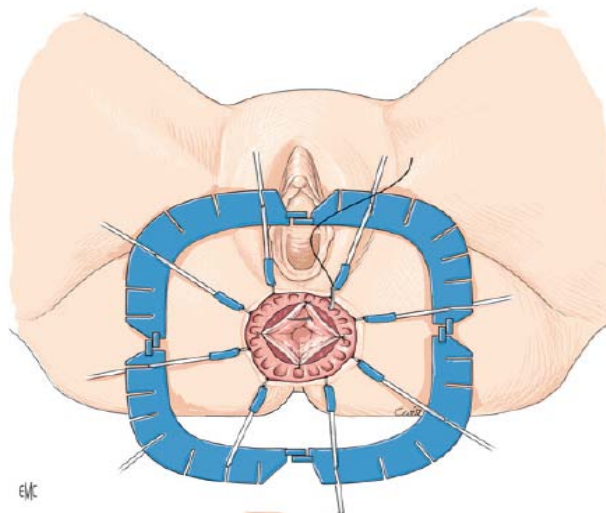


Figure 38 : Confection de l'AIA manuelle [86]

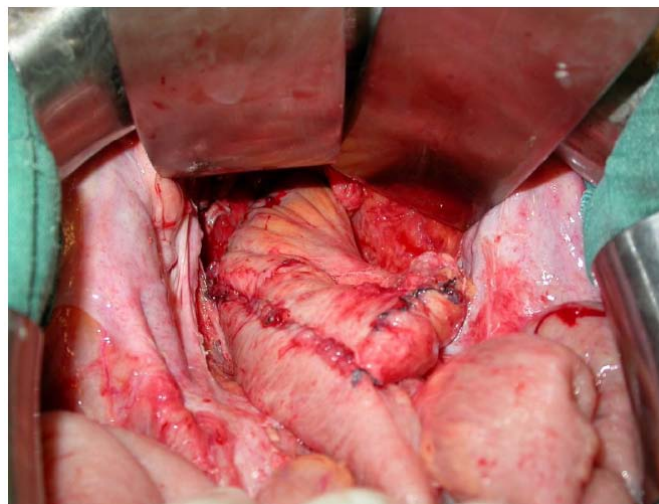


Figure 39 : Réservoir en J [5]



Figure 40 : Anastomose iléo-anale [5]

- En cas de maladie de Crohn :

Le rétablissement de la continuité est obtenu le plus souvent par une AIR, en cas de rectum conservable. Beaucoup plus rarement, si le rectum n'est pas conservable (du fait, le plus souvent, d'un micro rectum ou de manifestations anopérinéales graves associées), une amputation abdominopérinéale avec ileostomie définitive est nécessaire.

La seconde intervention consiste alors en une proctectomie totale, avec sacrifice du sphincter de l'anوس et ileostomie définitive. Cette intervention mutilante est en fait réalisée, dans l'immense majorité des cas, seulement après échec d'une AIR, et non pas d'emblée.

La MC constitue pour la plupart des auteurs une contre-indication absolue à l'AIA. Nous plaçons néanmoins pour la réalisation d'une AIA, dans des cas très sélectionnées de MC colique avec rectum non conservable, comme alternative à l'ileostomie définitive, s'il n'existe pas dans les antécédents de manifestations ano périnéales ou d'atteinte du grêle.

Une étude de la Cleveland Clinic a confirmé les mêmes résultats en montrant que dix ans après l'anastomose iléoanale, cette dernière a permis d'éviter l'iléostomie chez plus de la moitié des patients [25].

L'AIR est une intervention plus simple techniquement avec une morbidité postopératoire plus faible, ne nécessitant pas d'iléostomie temporaire de protection.

Après AIR, environ la moitié des patients ont un résultat fonctionnel satisfaisant (< 4 selles/jour), 25 % d'entre eux conservent une rectite chronique nécessitant un traitement local permanent et 25 % ont des poussées aiguës récidivantes [33]. Néanmoins, l'AIR expose au risque de poursuite évolutive de la maladie.

b.4. Les indications chirurgicales : [115]

Deux situations peuvent être définies :

✓ CAG dite compliquée :

La CAG dite compliquée par une perforation colique, une colectasie (mégacôlon toxique), un syndrome toxique, une hémorragie, nécessitent d'emblée une chirurgie en urgence (colectomie subtotal) avant tout traitement médical.

• Mégacôlon toxique (ou colectasie) :

Il s'agit d'une complication rare (3 à 4 % des patients avec maladie inflammatoire chronique de l'intestin [MICI]). Il survient plus fréquemment dans la RCH que dans la MC, et le plus souvent est associé à une pancolite. Il s'agit d'une dilatation aiguë du colon, survenant chez un patient présentant un tableau clinique et biologique de CAG, associant une diarrhée plus ou moins sanglante avec douleurs abdominales et, au maximum, un tableau « toxique » incluant les trois signes suivants :

- tachycardie (> 120/minute)
- fièvre (> 38,6_ C)
- hyperleucocytose (> 11 000/mm³).

Une radiographie d'abdomen sans préparation (ASP) confirmera le diagnostic de colectasie en objectivant un diamètre du cæcum ou du colon transverse supérieur à 6 cm. La

découverte de cette colectasie, dans le contexte de MICI connu ou probable, contre indique formellement la réalisation d'une coloscopie (risque majeur de perforation) et impose la réalisation en urgence d'une colectomie subtotala avec ileostomie et sigmoïdostomie.

Le traitement médical pourrait en effet, en cas de colectasie, exposer le patient a la survenue d'une perforation pouvant évoluer initialement à bas bruit du fait de la corticothérapie. Dans ces cas, une chirurgie retardée, chez un malade fragilise, est associée à une mortalité non négligeable, allant jusqu'à 40 % dans une série relativement récente [116]. La même intervention, chez un patient avec colectasie, mais sans perforation et péritonite, permet la guérison de la poussée dans tous les cas avec, dans notre expérience, une mortalité inférieure a 1 % [117].

Dans notre série on a eu recours à la chirurgie d'emblé chez 2 malades (10%) pour colectasie.

- Perforation colique :

Elle complique le plus souvent un mégacolon toxique [55], elle doit être évoquée en cas de signes cliniques péritonéaux et confirmée sur l'ASP en visualisant un pneumopéritoine. Il s'agit d'une indication chirurgicale formelle. L'intervention doit être alors une colectomie subtotala avec iléostomie et sigmoïdostomie.

Dans notre série deux cas de perforations coliques on été diagnostiqués et opérés en urgence.

- Hémorragie digestive basse :

C'est une indication au traitement chirurgical d'emblée, aucun traitement endoscopique n'est recommandé [48,55] ; elle est souvent d'origine colique gauche.

Dans notre série un cas d'hémorragie massive a été diagnostiqué et opéré.

- Abscess abdominal :

Dans notre série, on a colligé un cas d'abcès intra-abdominal ayant nécessité une intervention chirurgicale en urgence, le geste a consisté en une colectomie avec lavage et drainage.

Dans la série d'Alves et al portant sur 164 malades, 24 % ont été opérés pour des formes compliquées [117].

Tableau XVIII : Comparaison de nos résultats avec les autres séries concernant les formes compliquées

	Patients opérés pour forme compliquée
Alves et al (164 malades)[117]	24%
Notre série (20 malades)	30%

✓ CAG non compliquée :

La CAG non compliquée dont le traitement débute par un traitement médical intensif associant plus ou moins un arrêt de l'alimentation orale, une corticothérapie intraveineuse à forte dose (1 mg/kg par jour) associée, en cas d'échec, à la cyclosporine [114] ou, plus récemment, un traitement par infliximab (Remicade®) [115]. Dans ce dernier cas, en l'absence d'amélioration clinique ou en cas d'aggravation des signes endoscopiques, un traitement chirurgical doit être proposé.

C'est dans ce cas que « l'heure » de la chirurgie est plus difficile à évaluer.

En effet, il ne faut pas proposer une chirurgie trop précoce chez un patient qui aurait éventuellement répondu au traitement médical.

À l'inverse, un traitement médical trop prolongé expose à trop différer la chirurgie avec le risque de voir augmenter la mortalité et la morbidité postopératoires. Ainsi, sur une série de 32 malades avec CAG sur RCH traités par cyclosporine, une perforation colique et un décès postopératoire étaient notés chez les non répondeurs à la cyclosporine (un tiers des patients) [115].

En fait, la chirurgie doit être raisonnablement proposée en cas d'aggravation clinique (score de Lichtiger, fièvre, majoration des douleurs abdominales) et/ou une majoration des signes de CAG (colectasie et lésions endoscopiques) [115] sur un bilan habituellement réalisé cinq à sept jours après le début du traitement médical intensif.

Dans notre série, nous avons eu recours à la chirurgie d'emblée chez 5 malades (2 cas de perforations, 2 cas de colectasie et un cas de suppuration abdominale profonde), les autres ont été opérés après échec du traitement médical.

La chirurgie a permis de rendre nulle la mortalité en cas de CAG à condition que la décision ne soit pas retardée.

Tableau XIX : Comparaison des indications chirurgicales avec les autres séries marocaines

	Perforation	Colectasie	Hémorragie	Abcès abdominal	Echec du traitement
Kabbaj	8,6%	0%	0%	8,6%	82,6%
Aljazzar	0%	18,18%	9%	9%	63,6%
Notre série	10%	10%	5%	5%	70%

Tableau XX : Récapitulatif des différentes techniques chirurgicales utilisées dans notre série.

	Effectif	Pourcentage%
Voie d'abord :		
-Coelioscopie	5	25
-Laparotomie	15	75
Colectomie subtotal avec double stomie	14	70
Colectomie totale avec ileostomie et fermeture du moignon type hartmann	2	10
Colectomie totale avec AIR protégée par ileostomie d'amont	2	10
Colectomie totale avec AIA	2	10

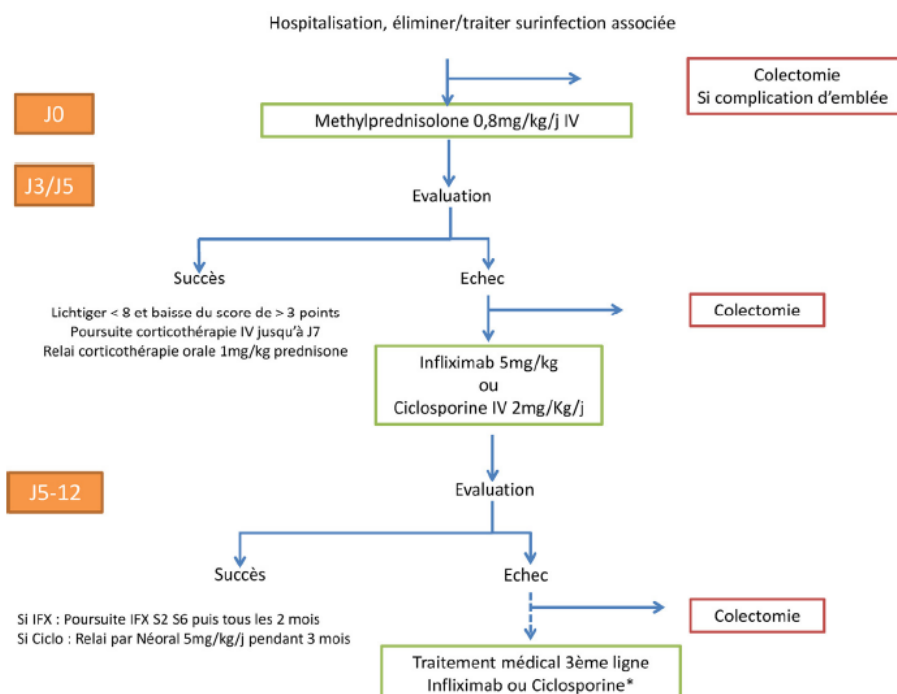


Figure41 : Algorithme de prise en charge d'une colite aigue grave

V. Evolution :

1. Post opératoire immédiat :

1.1. La mortalité :

Le traitement chirurgical des CAG est associé à une mortalité inférieure à 3 % tous centres confondus, et quasi nulle dans les centres experts.

Kaplan et al. [122] rapporte les facteurs de risque de décès postopératoire par son étude menée à propos de plus de 7000 malades :

- l'âge du malade supérieur à 60 ans (OR = 8,7)
- le caractère urgent de l'intervention (OR = 5,4)
- la précarité (définie par l'accès à Medicaid, OR = 4,3)
- le faible volume d'activité du centre (moins de trois colectomies par an pour RCH, OR = 2,4)
- la durée de l'hospitalisation préopératoire : plus elle était longue, plus la morbi-mortalité de la chirurgie était élevée et ce dès le sixième jour d'hospitalisation préopératoire.

Dans notre série le taux de mortalité postopératoire était de 5% (un seul malade) , De même dans la série de Tottrup et al qui rapporte un taux de mortalité de 5,2 % chez les malades opérés en urgence [123], alors que dans la série de Daperno et al, le taux de mortalité lié à une poussée sévère de RCH a été considérablement réduit à 0 % depuis l'utilisation du traitement médical intensif et le recours à une colectomie précoce [124].

1.2. La morbidité :

Le taux de complications précoces est plus élevé et concerne environ 25 % à 30 % des patients, notamment du fait de sepsis pelviens et de fistules anastomotiques [125, 124, 126]. Dans l'étude de De Silva et al. Les facteurs de risque de complications étaient de nouveau l'âge

avancé du malade (OR = 2) et le caractère urgent de l'intervention (OR = 1,6) mais aussi l'existence d'au moins deux comorbidités (OR = 1,9) [125].

D'autres paramètres peuvent être inclus dans la morbidité comme la corticothérapie préopératoire supérieure à 40mg/jr.

Dans toutes les études dans lesquelles ce paramètre a été étudié, une corticothérapie systémique pré opératoire est apparue associée à une morbidité post opératoire plus importante [127], par exemple, les malades ayant reçus une corticothérapie prolongée avaient 3,7 fois plus de risque de développer une complication et 5,5 fois plus de risque d'avoir une complication grave en période post opératoire.

En effet une corticothérapie préopératoire est associée à une augmentation des complications infectieuses globales et majeures [127], une autre étude concernant 216 opérés [154] a montré qu'une intervention en urgence chez un malade qui a reçu une corticothérapie (intraveineuse ou oral) à 40 mg/jr augmente clairement le risque de complications septiques après AIA ou AIR. De même dans notre série, le taux de complications septiques est de l'ordre de 30 % chez les malades qui ont reçu une corticothérapie préopératoire supérieure à 40mg/j.

Dans une méta-analyse de Yang et al, un traitement préopératoire par l'IFX était un facteur de risque des complications précoces (OR=1,8) [128], et dans l'étude Selvasekar et al, l'utilisation d'IFX était un facteur de risque des complications postopératoires infectieuses en analyse multivariée [120-119]. Cependant, trois études vont à l'encontre de ces résultats [134-136], l'attitude la plus sûre est néanmoins d'interrompre les anti-TNF 2 à 3 mois avant une intervention programmée pour RCH vu que la durée de vie de l'IFX est de 8 semaines. A l'opposé, les immunosuppresseurs comme l'azathioprine ne semblent pas augmenter le taux de complications post opératoires et peuvent donc être poursuivis [128].

a. Sepsis pelvien et fistule anastomotique :

Il s'agit des deux complications les plus redoutées après AIA, car elles mettent en jeu le pronostic fonctionnel des malades et nécessitent le maintien prolongé d'une iléostomie de dérivation.

Le taux de sepsis pelvien varie de 4 à 25 % suivant les études, et diminue avec l'expérience de l'équipe chirurgicale [126-132-133].

Son diagnostic est évoqué devant un syndrome septique, une augmentation de la fréquence des selles, des douleurs abdominales, voire des signes d'irritation péritonéale.

Le sepsis pelvien est pourvoyeur de sténose anastomotique, associé à de mauvais résultats fonctionnels et parfois à des échecs de réservoir [126]. Le plus souvent, il est la conséquence d'une fistule anastomotique, diagnostiquée chez 4 à 16 % des RCH après AIA [134, 135]. Dans la plupart des cas, la reprise chirurgicale précoce n'est pas nécessaire : une antibiothérapie plus ou moins associée à un drainage radiologique ou transanal (en cas de collection supérieure ou égale à 5 cm) et la conservation de l'iléostomie jusqu'à cicatrisation complète de l'anastomose (au moins 3 à 4 mois) suffisent à traiter le sepsis.

Le sepsis pelvien peut également être dû à un abcès développé sur un *cuff* rectal trop long, la plupart du temps après mucosectomie sur AIA manuelle. Afin d'éviter ce type de complication, le *cuff* ne doit pas dépasser 2 à 3 cm. Cet abcès peut être traité de la même manière que les autres sepsis pelviens. En cas de drainage spontané à travers l'anastomose, il peut être responsable d'une fistule anastomotique ou d'un sinus périnéal, observé dans 2 à 8 % des cas. Ce sinus guérit spontanément dans la moitié des cas si l'iléostomie est conservée jusqu'à cicatrisation [126].

Dans notre étude 20% de nos malades avaient présenté un sepsis pelvien postopératoire, 2 cas de péritonite et 2 infections de la paroi.

b. Hémorragie :

La survenue d'une hémorragie sur réservoir dans les 24 premières heures postopératoires est classiquement décrite mais survenait seulement dans 3 % des cas dans l'étude de Rottoli et al. [132]. La persistance d'un saignement au-delà de 48 heures ou sa survenue tardive nécessitent un examen au bloc opératoire sous anesthésie générale afin d'en réaliser l'hémostase. La présence d'un hématome pelvien est un facteur de risque de fistule anastomotique [134].

Dans notre série aucun cas d'hémorragie postopératoire n'a été noté.

c. L'occlusion :

Il s'agit d'une complication fréquente après AIA : 20 % des malades auront présenté au moins un épisode d'occlusion sur bride. Dans la majorité des cas, l'épisode est résolutif sous traitement médical (mise à jeun et pose d'une sonde nasogastrique en aspiration) mais un traitement chirurgical est nécessaire dans un cas sur quatre [126]. Le sexe féminin en serait un facteur de risque ($p = 0,002$) [132]. De par la fréquence de cette complication et sa gravité potentielle (nécrose de l'intestin grêle), le patient doit être informé des symptômes d'occlusion digestive.

Dans notre série, l'occlusion est observée chez 15% des malades traités par colectomie subtotale après AIA alors qu'elle est nulle après AIR. Ce qui concorde avec les données de la littérature.

Les principales causes de l'occlusion post opératoire sont la sténose de l'iléostomie de protection, le volvulus, les brides, les sténoses anastomotiques. La laparoscopie semble diminuer la survenue d'adhérences et donc le risque d'occlusion, elle est de l'ordre de 11,1% après laparotomie alors qu'elle nulle après laparoscopie.

2. Postopératoire tardif :

2.1. Pochite :

La pochite est une inflammation non spécifique du réservoir iléal. Il s'agit de la complication la plus fréquente après AIA, avec un taux de 38 à 48 % à dix ans et de 70 % à 20 ans [133].

Lipman et al. ont mis en évidence 13 % de formes asymptomatiques diagnostiquées sur endoscopie. Les facteurs de risque péri opératoires retrouvés dans cette étude portant sur 673 malades étaient : une comorbidité respiratoire (OR = 3,4), une pancolite (OR = 2,4), une atteinte inflammatoire extradigestive (atteinte rhumatologique, cholangite sclérosante primitive ; OR = 1,6) et la confection d'un réservoir en S (OR = 1,6) [135].

Les signes évocateurs sont une douleur hypogastrique, des diarrhées, une augmentation de la fréquence des selles, des impériosités, un ténésme et plus rarement une fièvre ou un saignement, mais le diagnostic doit être confirmé par une endoscopie avec biopsies afin d'éliminer une maladie de Crohn méconnue [136].

Dans les formes aiguës, une antibiothérapie par métronidazole ou ciprofloxacine (plus ou moins associé à des antidiarrhéiques) est efficace dans 97 % des cas [137].

Dans les formes chroniques (10 % des cas), une antibiothérapie combinée est recommandée. En cas de pochite rebelle, on peut proposer des dérivés salicylés, des corticoïdes, des lavements d'acides gras à chaîne courte, voire des immunosuppresseurs [136].

Cette complication représente dans la littérature la complication la plus redoutable, son taux varie selon les séries, 21 % dans la série de Jacobson [87], 23,5 % dans la série de Fazio [155], 24 % dans la série de Radcliff Hospital [88], alors que ce taux est nul dans notre série.

Son incidence augmente avec la durée de suivi puisque dans la série de Meagher [78], le risque est évalué à 18% à 1 an et 48% à 10 ans avec un risque d'échec et donc d'ablation du réservoir de 9% à 10 ans. Une autre étude en 2007 [83] rapporte un taux de 38 à 48 % à dix ans et 70 % à 20 ans, et l'équipe de la Mayo Clinic [89] rapporte des fréquences de 20% à un an, 32% à cinq ans, 59 % à dix ans et 70% à 20 ans.

2.2. Cuffite/rectite :

Elle survient en cas d'anastomose trop haute, la plupart du temps après anastomose mécanique. Son évolution est le plus souvent favorable sous traitement local (corticoïdes, acide 5-aminosalicylique [5-ASA]), mais la réfection de l'anastomose est parfois nécessaire [83]

Dans notre série aucun cas de réctite n'a été enregistré.

2.3. Sténose anastomotique et sepsis pelvien chronique :

Un sepsis pelvien chronique complique 10 à 20 % des AIA, soit sous la forme d'une sténose anastomotique, soit d'une fistule (anastomotique, iléovaginale, voire iléopérinéale).

Il se manifeste par une altération des résultats fonctionnels avec une augmentation du nombre de selles voire une incontinence [134].

La sténose anastomotique apparaît généralement dans les premiers mois postopératoires (6 à 9 mois en moyenne) [126] avec un taux de 4 à 18 % [134], mais qui atteint jusqu'à 39 % à 20 ans dans une étude portant sur plus de 1800 AIA [133]. Les causes de sténose sont la sclérose après fistule anastomotique ou abcès sur *cuff* rectal, le diamètre de la pince à agrafes circulaire inférieur à 28 mm et l'ischémie secondaire à une trop grande mise en tension du mésentère. La majorité de ces sténoses peut être traitée par simple dilatation au doigt en consultation. Une dilatation sous anesthésie générale à l'aide de bougies de Hegar est parfois nécessaire, voire une sphinctéroplastie en cas de sténose non dilatable, efficace dans deux tiers des cas. Dans les cas réfractaires, on a recours aux techniques de sauvetage du réservoir. De même, la prise en charge des fistules iléovaginales et iléopérinéales est plus complexe et est également traitée (cf. infra). Ces fistules surviennent dans 3 à 16 % des cas et peuvent être d'origine septique, traumatique, ou développées sur une maladie de Crohn méconnue [134].

Dans notre série aucun cas de pouchite n'a été retrouvé.

2.4. L'échec du réservoir :

L'échec du réservoir est défini lorsqu'une iléostomie est présente au long cours, avec ou sans excision de ce réservoir, et survient dans 5 à 15 % des cas avec un délai moyen de 31 mois [138, 139]. Cet échec est évoqué après avoir envisagé une chirurgie de rattrapage ou une réfection de l'AIA.

Trois facteurs d'échec ont une valeur statistiquement significative selon la série de Tulchinoky et Nicholls de 634 patients [140] :

- Une maladie de Chron
- Un réservoir en J ou S
- La présence d'infection pelvienne en post opératoire immédiat.

Une étude de Manilich et al en 2012 [141] a trouvé comme facteur de risque d'échec en analyse multivariée :

- L'indication opératoire pour maladie de Chron
- L'existence d'un diabète
- La confection d'une AIA manuelle.

La littérature rapporte la survenue de sténoses et de fistules du rectum dont les pourcentages varient selon les séries (tableau ci-dessous) mais dans notre série on n'a inscrit aucun cas de fistule ou de sténose rectale :

Tableau XXI: Taux de survenue de sténose rectale et de fistule selon les différentes séries

La série	Sténose rectale	Fistule
Bichat Claude [143]	1,4%	1,4%
Benzoubir [142]	1,3%	1,3%
Notre série	0%	0%

3. Les résultats fonctionnels :

3.1. La rémission :

Le fonctionnement intestinal après traitement chirurgical a été évalué chez la totalité des patients selon le score de Lichtiger.

Le score varie entre 0 et 21 points et la réponse clinique est définie par un score de moins de 10 points avec une diminution d'au moins quatre points, la rémission est définie par un score inférieur ou égal à 3.

Dans notre série la rémission était de l'ordre de 90%.

3.2. La qualité de vie :

Une revue de la littérature portant sur plus de 4500 malades a évalué la qualité de vie après AIA. Plusieurs limitations étaient observées : qualité « modérée » de la majorité des études, population hétérogène (RCH, MC), grilles d'évaluation variées.

Néanmoins, il existait quelle que soit la qualité des études une amélioration de la qualité de vie en postopératoire, en moyenne 12 mois après l'intervention [144].

Heinkens et al. Rapportent également une amélioration significative de la qualité de vie dès 12 mois postopératoires, en termes de qualité de vie globale, de santé physique et psychique et d'indépendance [145].

Cependant, en comparant le score général SF-36 de patients ayant eu une AIA avec celui de la population générale, Andersson et al. Retrouvaient une « légère » mais significative altération de quatre des six domaines de ce score avec un recul moyen de 12 ans : perception de santé, vitalité, santé mentale et fonction sociale [146]. Cette altération était corrélée à la fonction digestive, en particulier à la fréquence des selles nocturnes, à l'incontinence et aux impériosités.

En revanche, il n'a pas été retrouvé de différence de qualité de vie globale entre AIR et AIA.

Enfin, les hommes ont tendance à avoir une meilleure image de leur corps et une meilleure perception cosmétique que les femmes en postopératoire [147].

Globalement, les résultats fonctionnels post opératoire de nos malades sont satisfaisants et peuvent être évalués selon la fonction digestive et sexuelle.

3.3. Fonction digestive :

La fréquence des selles attendue après AIA est de cinq à sept selles diurnes et une à deux selles nocturnes [133, 146, 148]. Il existe 1 à 9 % d'incontinence, 12 à 40 % d'impériosités et 44 % de mauvaise discrimination gaz-selles [146]. Dans une méta-analyse portant sur plus de 5000 patients, il existait un taux de souillure diurne de 9 % et nocturne de 24 %, 37 % des patients portaient occasionnellement des garnitures et 40 % d'entre eux avaient recours à un ralentisseur du transit, il existe moins de souillures nocturnes et de meilleurs résultats manométriques après AIA mécanique que manuelle [151].

Globalement, le taux de patients ne présentant aucun trouble de continence ou de fonction digestive (impériosités, souillures, etc.) est estimé à 39 % [147]. Il est fréquent d'observer ce type de trouble en postopératoire immédiat : après avoir éliminé une sténose

anastomotique, on propose au patient un régime alimentaire sans résidus, ainsi qu'un ralentisseur du transit si besoin et un topique (crème de Titanoréine®) en cas d'irritation anale.

Différents scores de qualité de vie digestive ont été évalués après AIR et AIA : d'un score à l'autre, on retrouve ou non une différence entre ces deux interventions.

Les résultats du Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) sont corrélés à ceux du SF-36 (composante physique) après AIA [147].

Dans notre série aucun cas d'incontinence sphinctérienne n'a été objectivé.

3.4. Fonction sexuelle :

Les résultats fonctionnels masculins et féminins sont très différents. La dissection au ras du rectum permet en théorie une préservation nerveuse optimale, et l'objectif d'impuissance postopératoire est donc de 0 %.

En utilisant l'International Index of Erectile Function (IIEF), Van Balkom et al n'ont pas mis en évidence de dysfonction sexuelle masculine [147].

En revanche, quelle que soit l'étude, la moitié des femmes présente des troubles de la fonction sexuelle après AIA [147]. Ces troubles seraient corrélés à la présence de complications tardives ($p = 0,05$). Ces résultats plaident pour une préservation nerveuse aussi soignée chez la femme que chez l'homme et pour une information du risque de complications sexuelles dans les deux sexes.

Malgré les bons résultats chez l'homme, on peut proposer une congélation de sperme en préopératoire chez l'homme jeune.

Il n'existe pas dans la littérature de consensus quant à la voie d'accouchement à choisir après AIA.

Remzi et al. Ont montré que le taux de lésions occultes du sphincter externe s'élevait à 50 % après accouchement par voie basse sur AIA [149], tandis qu'il était significativement abaissé après césarienne programmée (13 % ; $p = 0,012$). Ces lésions n'avaient cependant aucun retentissement sur la fonction sphinctérienne ni sur la qualité de vie des patientes.

Dans l'étude de Polle et al. [150], le sous-groupe de patientes ayant un accouchement « à risque » (i.e. extraction instrumentale, déchirure ou épisiotomie, césarienne en urgence, poids de naissance supérieur à 4 kg) présentait une incontinence significativement augmentée avec le temps, sur un suivi moyen de 7,2 ans ($p < 0,001$). Les auteurs plaidaient pour une césarienne programmée d'indication « facile » après AIA. Si d'autres études sont en faveur d'une césarienne basée uniquement sur les indications obstétricales après AIA, toutes conviennent du fait qu'il n'existe pas de données quant aux résultats à long terme, et notamment à la ménopause [151].

4. Soutien psychologique :

La prise en charge médico chirurgicale de tout patient atteint de CAG doit prendre en compte le retentissement psychologique de la maladie. L'intervention d'un psychologue est une décision qui relève du patient, conseillé par le médecin traitant [152].



CONCLUSION



La colite aiguë grave est une complication sévère des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Le diagnostic des CAG repose sur l'association des critères clinicoblogiques étayé par des critères morphologiques endoscopiques et radiologiques.

Sa prise en charge doit être rapide et coordonnée dès le départ et nécessite une collaboration entre les différents cliniciens, gastroentérologues, chirurgiens et réanimateurs.

Malgré un traitement médical bien codifié la chirurgie garde une grande place dans la prise en charge de la CAG, soit d'emblé pour une complication tel que le mégacôlon toxique, la perforation colique, l'hémorragie massive ou pour un échec du traitement médical.

La colectomie subtotale avec double stomie est l'intervention de référence puisqu'elle permet un double objectif : la guérison de la maladie et le sevrage de la corticothérapie.

Cette intervention n'est pas finale, une proctectomie complémentaire avec AIA, ou une AIR est recommandé. L'iléostomie de protection est souvent nécessaire.

Notre étude rétrospective portant sur 20 cas de CAG opérés au sein de service de chirurgie viscérale du CHU Mohammed VI de Marrakech, ayant comme objectif décrire et détailler le rôle de la chirurgie dans la prise en charge de la CAG a permis de mettre le point sur les éléments suivants :

- L'échec du traitement médical est l'indication principale de la colectomie dans notre contexte en dehors de l'urgence.
- La voie laparoscopique est la voie préférable vue ses bénéfices sur le plan morbidité globale et durée d'hospitalisation.
- AIA est la technique de référence pour le rétablissement de continuité en raison des ses meilleurs résultats fonctionnels.
- Après la colectomie une réelle amélioration sur le plan physique, psychique et qualité de vie a été observé chez la totalité de nos malades.



RÉSUMÉS



Résumés

La colite aiguë grave (CAG) est une complication classique de la rectocolite hémorragique (RCH) qui peut engager le pronostic vital à court terme. Cette entité anatomoclinique peut également être observée au cours de la maladie de Crohn (MC) ou de colites infectieuses.

Notre travail est une étude rétrospective d'une série de 20 patients, opérés pour colite aiguë grave au service de chirurgie viscérale du CHU Mohammed VI de Marrakech. Sur une période de 11 ans, allant de janvier 2006 à décembre 2016.

L'indication chirurgicale la plus fréquente était l'échec de traitement médical dans 70% des cas, alors que 30% des cas ont été opérés pour des complications.

La voie d'abord chirurgicale la plus utilisée était la laparotomie chez 75% des cas.

Les gestes opératoires consistaient en une colectomie subtotalaire avec double stomie dans 70% de cas, résection colique avec anastomose en un seul temps dans 20% des cas et colectomie totale avec iléostomie et fermeture rectale type Hartmann dans 10% des cas.

Le rétablissement de continuité consistait en AIA dans 70% des cas et AIR dans 30% des cas.

La mortalité dans notre série était 5%. La morbidité était de 35 % représentée par 4 sepsis pelviens, 3 occlusions sur bride.

Un traitement d'entretien, à base de dérivés salicylés et d'immunosupresseurs.

Les résultats fonctionnels étaient satisfaisants avec une bonne fonction digestive et sexuelle.

Abstract

The acute ulcerative colitis is a classical complication of the hemorrhagic rectocolitis (RCH) which can engage the short-term vital prognosis. This anatomoclinic entity can also be observed during the disease of Crohn (MC) or infectious colitis.

Our work is a retrospective study of 20 patients, operated for acute ulcerative colitis at the surgery department of the University Hospital Mohammed VI in Marrakech over 11 years, going from January 2006 to December 2016.

The most frequent surgical indication was the failure of medical care in 70% of cases, whereas 30% of the cases were operated for complications.

The most used surgical technic was the laparotomy at (75%).

The operational gestures were prevailed by the subtotal colectomy with double stoma in 70% of cases, a total abdominal colectomy with anastomosis in 20% of the cases and total colectomy with ileostomy and rectal closing standard Hartmann in 10% of the cases.

The re-establishment of continuity consisted of AIA in 70% of the cases and AIR in 30% of the cases.

Mortality rate was 5%. The morbidity was 35% represented by 4 pelvic sepsis, 3 occlusions on support.

A treatment containing steroids and immunosuppressant, was founded into postoperative with all our patients.

The functional results were satisfactory with good digestive and sexual function.

ملخص

التهاب القولون الحاد من مضاعفات التهاب القولون التقرحي المعروفة ، التي يمكن ان تهدد حياة المريض على المدى القصير. و التي يمكن ان تلاحظ ايضا في مرض كرون. عملنا هو دراسة استيعادية تتضمن 20 مريضا من مصلحة الجراحة العامة للمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش على مدى 11 سنة من 2006 الى 2016 الجراحة تمت من أجل فشل العلاج الطبي في 70% من الحالات ، اما في 30% الجراحة تمت من اجل مضاعفات.

الجراحة كانت عن طريق فتح البطن لذي 75% من الحالات و عن طريق المنظار في 25% من الحالات قمنا بإستئصال غير كامل للقولون مع ستوما مزدوج ل 70% من الحالات ، إستئصال كامل للقولون مع مفارغة لفائفة لذي 20% من الحالات و إستئصال كامل مع إغلاق شرطي نوع هارتمان لذي 10% من الحالات استعادة الاستمرارية كانت عن طريق المفارغة للفائفة المستقيمية في 70% من الحالات و عن طريق المفارغة للفائفة الشرجية في 30%

بلغت نسبة الوفيات 5% ، اما النسبة الاجمالية للمرضية فكانت 35% تتلخص في التعفن 20% و انسداد

الأمعاء 15%

جميع الحالات بعد الجراحة كانوا تحت أدوية مضادة للإلتهاب و أخرى منعاية النتائج الوظيفية كانت مرضية مع وظيفة جيدة في الجهاز الهضمي والجنسي.



ANNEXES



Annexe 1 :

Fiche d'exploitation : Traitement chirurgical des colites aiguës graves

<p>• IDENTITE : -Nom et prénom :</p> <p>-Age : _____</p> <p>-Sexe : _____</p>	
<p>-TERRAIN :</p> <p>ATCD de cas similaire dans la famille.....<input type="checkbox"/></p> <p>Colite aigue inaugurale<input type="checkbox"/></p> <p>Prise medicamenteuse : <input type="checkbox"/></p> <p>MICI connue : RCH <input type="checkbox"/> CROHN<input type="checkbox"/></p> <p>Traitement d'entretien : OUI<input type="checkbox"/> NON<input type="checkbox"/></p> <p>Lequel :</p> <p>Durée d'évolution :</p> <p>Etendue de la maladie :</p> <p>ATCD de colite aigue grave : OUI <input type="checkbox"/> NON<input type="checkbox"/></p> <p>Nombre de poussées antérieures :</p> <p>• SYMPTOMES A L'ADMISSION</p> <p>1.Signes fonctionnels</p> <p>-Douleurs abdominales<input type="checkbox"/></p> <p>-Rectorriges.....<input type="checkbox"/></p> <p>-AEG.....<input type="checkbox"/></p> <p>-Diarrhées liquidienne Nbre de selles /j : <input type="checkbox"/></p> <p>-Emission glairosanglantes.....<input type="checkbox"/></p> <p>-Syndrome rectal.....<input type="checkbox"/></p> <p>-Syndrome de Koeing.....<input type="checkbox"/></p> <p>-signes extradigestifs.....<input type="checkbox"/></p> <p>- Hémorragie massive.....<input type="checkbox"/></p> <p>- Dénutrition<input type="checkbox"/></p> <p>2.Signes physiques :</p> <p>-Examen General :</p> <p>T : FC : FR : Conjonctives : TA :</p> <p>OMI : Poids : Taille : IMC :</p> <p>-Signes d'irritation abdominale :</p> <p>Sensibilité <input type="checkbox"/> Défense <input type="checkbox"/> Contracture <input type="checkbox"/></p> <p>-Fistules : Entérocutanée<input type="checkbox"/></p> <p>Entéovesivale<input type="checkbox"/></p> <p>-Toucher Rectal :</p> <p>• BIOLOGIE :</p> <p>-NFS : Hb : GB : PQ :</p>	<p>• ENDOSCOPIE : Résultats :</p> <p>• Anapath :</p> <p>• SCORE DE GRAVITE :</p> <p>-Truelove et wits : _____</p> <p>-Lichtiger : _____</p> <p>• TRAITEMENT :Reponse: OUI NON</p> <p>a-Traitement médical :</p> <p>Corticoïdes : durée : Dose :</p> <p>Ciclosporine : durée : Dose :</p> <p>Infitiximab : Durée : Dose :</p> <p>Antibiotique :</p> <p>Anticoagulant :</p> <p>Correction THE :</p> <p>Transfusion</p> <p>b -Traitement chirurgical :</p> <p>-Delai du TTT :</p> <p>-Chirurgie urgente : OUI NON</p> <p>1.Abord chirurgical : Conventionnel :</p> <p>Mediane</p> <p>McBurney</p> <p>Laparoscopie :</p> <p>2.Exploration :</p> <p>3.Geste : - Lavage :</p> <p>- Resection Digestive + Anastomose<input type="checkbox"/></p> <p>-Type d'anastomose :</p> <p>-Resection +Stomie<input type="checkbox"/></p> <p>-Chirurgie a froid : OUI NON</p> <p>1.Abord chirurgical : Conventionnel :</p> <p>Mediane</p> <p>McBurney</p> <p>Laparoscopie :</p> <p>2.Exploration :</p> <p>3.Geste : - Lavage :</p> <p>- Resection Digestive + Anastomose<input type="checkbox"/></p>

<p>-CRP : -VS : -Urée : -Creat :</p> <p>-Ionogramme :</p> <p>-Hémostase :</p> <p>-Copro/paraitologie :</p> <p>-Hémoculture :</p> <p>-Albuminémie :</p> <p>• IMAGERIE :</p> <p>-ASP : Fait <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/></p> <p>Résultats : PNP <input type="checkbox"/> Dilatation du coecum</p> <p>-Echographie abdominale : Faite <input type="checkbox"/> Non faite : <input type="checkbox"/></p> <p>Résultats :</p> <p>-TDM abdominal : fait <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/></p> <p>Résultats :</p> <p>-EntéroIRM : Fait <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/></p> <p>c -Indications :</p> <p>1-Echec du TTT médical <input type="checkbox"/></p> <p>2-complications :</p> <p>-Hémorragie massive <input type="checkbox"/></p> <p>-Perforation <input type="checkbox"/></p> <p>-Colectasie <input type="checkbox"/></p> <p>-Mégacolon toxique <input type="checkbox"/></p> <p>-Abces abdominal <input type="checkbox"/></p> <p>-Rétablissement de continuité :</p> <p>Intervalle : TTT :</p> <p>• EVOLUTION :</p> <p>-Rémission :</p> <p>-Mortalité post opératoire :</p> <p>-Résultats fonctionnels :</p> <p>1-post opératoire immédiat :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">Nombre de selles/jours : Diurnes</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Nocturnes</td> </tr> <tr> <td>Ralentisseurs de transit :</td> <td>OUI <input type="checkbox"/></td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>Fuites :</td> <td>OUI <input type="checkbox"/></td> <td>NON <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sepsis pelvien :</td> <td>OUI <input type="checkbox"/></td> <td>NON <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hémorragie :</td> <td>OUI <input type="checkbox"/></td> <td>NON <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>2-Long terme :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">Troubles sexuels :</td> <td style="width: 20%;">OUI <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%;">NON <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Occlusion :</td> <td>OUI <input type="checkbox"/></td> <td>NON <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sténose d'anastomose :</td> <td>OUI <input type="checkbox"/></td> <td>NON <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pochite :</td> <td>OUI <input type="checkbox"/></td> <td>NON <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Perte de réservoir :</td> <td>OUI <input type="checkbox"/></td> <td>NON <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Recidive :</p> <p>Intervalle :</p>	Nombre de selles/jours : Diurnes		Nocturnes	Ralentisseurs de transit :	OUI <input type="checkbox"/>	NON	Fuites :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Sepsis pelvien :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Hémorragie :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Troubles sexuels :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Occlusion :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Sténose d'anastomose :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Pochite :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Perte de réservoir :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	<p>-Type d'anastomose :</p> <p>-Resection +Stomie <input type="checkbox"/></p> <p>-Type de stomie :</p>
Nombre de selles/jours : Diurnes		Nocturnes																													
Ralentisseurs de transit :	OUI <input type="checkbox"/>	NON																													
Fuites :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>																													
Sepsis pelvien :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>																													
Hémorragie :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>																													
Troubles sexuels :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>																													
Occlusion :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>																													
Sténose d'anastomose :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>																													
Pochite :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>																													
Perte de réservoir :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>																													

Annexe 2 :

1. Scores :

Tableau 1 : Score de Treulove et Witts modifié

Critères	score
Nombre d'évacuations par 24H	>6
Rectorragies	importantes
Température (en °C)	≥37.5
Fréquence cardiaque (bat/min)	≥90
Taux d'hémoglobine (en g/dl)	≤10
VS (en mm à la première heure)	≥30
Albuminémie (en g/l)	≤35

Tableau 2 : Score de Lichtiger

Critères	Score
Diarrhées (nombre par 24h) :	
0-2	0
3-4	1
5-6	2
7-9	3
10	4
Diarrhées nocturnes :	
Oui	1
Non	2
Rectorragies visibles :	
0	0
<50%	1
>50%	2
100%	3
Incontinence fécale :	
Non	0
Oui	1
Douleurs abdominales :	
Non	0
Minimes	1
Modérées	2
Sévères	3
Etat général :	
Parfait	0
Très bon	1
Bon	2
Moyen	3
Mauvais	4
Très mauvais	5
Tension abdominale :	
Non	0
Minime/localisée	1
Minime à modérée/diffuse	2
Sévère/tendue	3
Traitement anti diarrhéique	
Oui	0
non	1

Tableau 3 : Score de Seo

Critères	Score
<ul style="list-style-type: none"> Rectorragies : o absentes=0 o présentes=1	×60
<ul style="list-style-type: none"> Nombres de selles par jour : o 0-3=0 o 4=1 o 5-7=2 o 8=3	×13
<ul style="list-style-type: none"> Vitesse de sédimentation 	×0.15
<ul style="list-style-type: none"> Hémoglobine 	×4
<ul style="list-style-type: none"> Albumine 	×1.5
Total	+200

Tableau 4 : Score de Mayo

Critères	Points
Fréquence des selles par jour	<ul style="list-style-type: none"> normal: 0 1 à 2 selles: 1 3-4 selles: 2 5 selles: 3
Saignement rectal	<ul style="list-style-type: none"> absence de sang: 0 traces de sang inférieures à 50% 1 hématurie évidente la plupart du temps:2 saignement en dehors des selles: 3
Observation endoscopique	<ul style="list-style-type: none"> observation normale ou maladie inactive: 0 colite légère (érythème, muqueuse légèrement sèche): 1 colite modérée (érythème visible, érosion, pas de modèle vasculaire): 2 colite sévère (ulcérations, hémorragies spontanées): 3
Évaluation globale du médecin	<ul style="list-style-type: none"> normal: 0 maladie légère: 1 maladie modérée: 2 maladie sévère: 3



BIBLIOGRAPHIE



1. **Laharie D**
Comment optimiser la prise en charge de la colite aiguë grave.
Hepatogastro Oncol dig. sep 2010;volume 17:supplément 4.
2. **Carbonnel F.**
De la bonne prise en charge des poussées sévères de RCH.
Post'U. 2009;65-71.
3. **Kaplan G, McCarthy EP, Ayanian JZ, Korzenik J, Hodin R, Sands B.**
Impact of Hospital Volume on Postoperative Morbidity and Mortality Following a Colectomy for Ulcerative Colitis.
Gastroenterology. 2008;134:680-687.
4. **Ouassi M., Alves A., Bouhnik Y., Valleur P., Panis Y.**
Three-step ileal pouch-anal anastomosis under total laparoscopic approach for acute or severe colitis complicating inflammatory bowel disease J Am Coll Surg 2006 ; 202 : 637-642
5. **Thèse Dr Kabbaj**
La morbidité et mortalité des colites aiguës graves opérées
Rabat 2014
6. **Thèse Dr Aljazzar**
Prise en charge des poussées sévères au cours des maladies inflammatoires chroniques intestinales
Marrakech 2016
7. **Treton X, Labarie D.**
Prise en charge d'une colite aiguë grave
Gastroentérologie clinique et biologique 2008 ; 32 :1030-1037.
8. **Wright CL, Riddell RH.**
Acute infections colitis-diagnostic dilemmas in: Allan R et coll. (eds). Inflammatory bowel disease 1997; 359-368. New York: Churchill livingstone.
9. **Gustavsson A, Halfvarson J, Magrason A, Sandberg-Gertzen H, TYSK, Jamerot G.**
Long-term colectomy rate after intensive intravenous corticosteroid therapy for ulcerative colitis prior to the immunosuppressive treatment era. Am. J Gastroenterol 2007; 102:2513-9.
10. **Bigard M A.**
La colite aiguë grave au cours des MICI: étape diagnostic, côlon rectum(2008) 2:5-9.

11. **Abreu MT, Harpaz N.**
Diagnosis of colitis: making the initial diagnosis. Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5:295–301.
12. **Edwards FC, Truelove SC.**
The course and prognosis of ulcerative colitis. Gut 1963; 4:299–315.
13. **Thèse Dr El Yousfi.**
RCH, 2005 faculté de médecine de Rabat.
14. **Ribiere S, et al.**
La colite aiguë grave.
Presse Med. (2018)
15. **Lakatos PL, David G, Pandur T, Erdelyi Z, Mester G, Balogh M, et al.**
IBD in the elderly population: results from a population-based study in Western Hungary, 1977–2008.
J Crohn's colitis. 2011 Feb; 5(1):5–13.
16. **Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A.**
Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases.
Gastroenterology. 2011 May;140(6):1785–94.
17. **Chouraki V, Savoye G, Dauchet L, Vernier-Massouille G, Dupas JL, Merle V, et al.**
The changing pattern of Crohn's disease incidence in northern France: a continuing increase in the 10- to 19-year-old age bracket (1988–2007).
Aliment pharmacol ther. 2011 May; 33(10):1133–42.
18. **Gower-Rousseau C.**
Epidémiologie des maladies inflammatoires chroniques de l'Intestin en France : apport du registre EPIMAD.
Human health pathol. Université du Droit et de la Santé – Lille II ; 2012.
19. **Gustavsson A, Halfvarson J, Magnuson A, Sandberg-Gertzen H, Tysk C, Jarnerot G.**
Long-term colectomy rate after intensive intravenous corticosteroid therapy for ulcerative colitis prior to the immunosuppressive treatment era.
Am J Gastroenterol 2007;102:2513–9.
20. **Abreu MT, Harpaz N.**
Diagnosis of colitis: making the initial diagnosis.
Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5:295–301.

21. **D'Haens G, Sandborn WJ, Feagan BG, Geboes K, Hanauer SB, Irvine EJ, et al.**
A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis.
Gastroenterology. 2007;132(2):763–86.
22. **Travis SP, Farrant JM, Ricketts C, Nolan DJ, Mortensen NM, Kettlewell MG, et al.**
Predicting outcome in severe ulcerative colitis.
Gut. 1996; 38(6):905–10.
23. **Lennard-Jones JE, Ritchie JK, Hilder W, Spicer CC.**
Assessment of severity in colitis: a preliminary study.
Gut. 1975, 16(8): 579–584.
24. **Järnerot G, Hertervig E, Friis-Liby I, Blomquist L, Karlén P, Grännö C, et al.**
Infliximab as rescue therapy in severe to moderately severe ulcerative colitis: a randomized, placebo controlled study.
Gastroenterology. 2005 Jun;128(7):1805–1811.
25. **Bouhnik Y.**
Traitement de la rectocolite ulcérohémorragique dans sa forme grave.
Gastroenterol clin biol. 2004;28:984–991.
26. **Jakobovits S, Travis SPL.**
Management of acute severe colitis.
British Medical Bulletin. 2006;75,76(1):131–144.
27. **Dunckley P.**
Management of acute severe colitis, Best practice and research
Clin Gastroenterology. 2003;17(1):89–103.
28. **Carbonnel F, Lavergne A, Lemann M, Bitoun A, Valleur P, Hautefeuille P, et al.**
Colonoscopy of acute colitis. A safe and reliable tool for assessment of severity.
Dig Dis Sci. 1994 Jul;39(7):1550–7.
29. **M. Boudabous · L. Mnif · L. Chtourou · A. Amouri · N. Tahri**
Acute severe colitis: An old concept always in search of consensual definition!
J. Afr. Hépatol. Gastroentérol. 2013
30. **Casson DH.**
Low-dose intravenous azathioprine may be effective in the management of acute fulminant colitis complicating inflammatory bowel disease.
Aliment pharmacol ther. 1999 Jul;13(7): 891–895.

31. **Criscuolia V.**
Severe acute colitis associated with CMV: a prevalence study.
Dig liver dis. 2004 Dec; 36(12):818–820.
32. **Kim JJ, Simpson N, Klipfel N, Debose R, Barr N, Laine L.**
Cytomegalovirus infection in patients with active inflammatory bowel disease.
Dig dis sci. 2010 Apr;55(4):1059–65.
33. **D’Haens G, Sandborn WJ, Feagan BG, Geboes K, Hanauer SB, Irvine EJ, et al.**
A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis.
Gastroenterology. 2007;132(2):763–86.
34. **BRET P, VALETTE PJ.**
Radiologie dans les colites aiguës graves.
Acta Endoscopica. Mai 1987;17:26–27.
35. **Boudiaf M.**
Place des explorations radiologiques dans la maladie de Crohn et la RCH.
DIU des MICI. 2010;semaine 10.
36. **Boudiaf M, Soyer P, Terem C, Pelage JP, Kardache M, Dufresne AC , et al.**
Complications abdominales de la maladie de Crohn : Aspects TDM.
J Radiol. Fev 2000;81(1):11–18.
37. **Schreyer AG, Rath HC, Kikinis R, Völk M, Schölmerich J, Feuerbach S, et al.**
Comparison of magnetic resonance imaging colonography with conventional colonoscopy for the assessment of intestinal inflammation in patients with inflammatory bowel disease: a feasibility study.
Gut. 2005 Feb;54(2):250–6.
38. **Roset JB, Hommel S, Savoye G, Lerebours E, Dacher JN , Savoye–Collet C.**
Apport de la colo-IRM dans la prise en charge des poussées sévères de rectocolite hémorragique.
J Radiol. Oct 2009;90(10) :1469.
39. **Dignass AU, Gasche C, Bettenworth D, Birgegård G, Danese S, Gisbert JP**
European Consensus on the Diagnosis and Management of Iron Deficiency and Anaemia in Inflammatory Bowel Diseases.
J Crohns Colitis. 2015 Mar;9(3):211–22.

40. **García-Erce JA, Gomollón F, Muñoz.Blood M.**
Transfusion for the treatment of acute anaemia in inflammatory bowel disease and other digestive diseases.
World J Gastroenterol. 2009 October 7; 15(37): 4686–4694.
41. **Gasche C, Berstad A, Befrits R, Beglinger C, Dignass A, Erichsen K, et al.**
Guidelines on the Diagnosis and Management of Iron Deficiency and Anemia in Inflammatory Bowel Diseases.
Inflamm Bowel Dis. 2007 Dec;13(12):1545–53.
42. **Kaniewska M, Bartnik W, Gonciarz M, Kłopotcka M, Linke K, Małecka-Panas E, et al.**
Iron deficiency anaemia in patients with inflammatory bowel disease: National Consultant for Gastroenterology Working Group Recommendations.
Prz Gastroenterol. 2014;9(5):259–63
43. **Rahier JF, Magro F, Abreu C, Armuzzi A, Ben-Horin S, Chowers Y, et al.**
Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease.
J Crohns Colitis. 2014 Jun;8(6):443–68.
44. **Dickinson RJ, Ashton MG, Axon AT, Smith RC, Yeung CK, Hill GL.**
Controlled trial of intravenous hyperalimentation and total bowel rest as an adjunct to the routine therapy of acute colitis.
Gastroenterology. 1980 Dec;79(6):1199–204.
45. **McIntyre PB, Powell-Tuck J, Wood SR, Lennard-Jones JE, LereBours E, Hecketsweiler P, et al .**
Controlled trial of bowel rest in the treatment of acute severe colitis.
Gut. 1986 May; 27(5): 481–485.
46. **Papapietro V, Mauran P.**
Nutrition parentérale : Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.
Dossier. 2000;XXI:1.
47. **Mowat C, Cole A, Windsor A, Ahmad T, Arnott I, Driscoll I, et al.**
Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults.
Gut. 2011;60: 571–607.
48. **Marteau P, Seksik P, Beaugerie L, Bouhnik Y, Reimund JM, Gambiez L, Flourié B, et al.**
Recommandations pour la pratique Clinique dans le traitement de rectocolite ulcéro-hémorragique.
Gastroenterol clin biol. 2004;28:955–960.

49. **Laharie D.**
Comment optimiser la prise en charge de la colite aiguë grave?
Hepatogastro oncol dig. sept 2010;17(4) :21-27.
50. **Casson DH, Davies SE, Thomson MA, Lewis A, Walker-Smith JA, Murch SH.**
Low-dose intravenous azathioprine may be effective in the management of acute fulminant colitis complicating inflammatory bowel disease.
Aliment Pharmacol Ther. 1999 Jul;13(7):891-5.
51. **Thia KT, Mahadevan U, Feagan BG, Wong C, Cockeram A, Bitton A, et al.**
Ciprofloxacin or metronidazole for the treatment of perianal fistulas in patients with Crohn's disease: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study.
Inflamm Bowel Dis. 2009 Jan;15(1):17-24.
52. **Mantzaris GJ, Petraki K, Archavlis E, Amberiadis P, Kourteas D, Christidou A, et al.**
A prospective randomized controlled trial of intravenous ciprofloxacin as an adjunct to corticosteroids in acute, severe ulcerative colitis.
Scand J Gastroenterol. 2001 Sep;36(9):971-4.
53. **Dickinson RJ, Ashton MG, Axon AT, Smith RC, Yeung CK, Hill GL.**
Controlled trial of intravenous hyperalimentation and total bowel rest as an adjunct to the routine therapy of acute colitis.
54. **Chapman RW, Selby WS, Jewell DP.**
Controlled trial of intravenous metronidazole as an adjunct to corticosteroids in severe ulcerative colitis.
55. **SACHAR D.**
Management of acute, severe ulcerative colitis.
J Dig Dis. 2012 Feb;13(2); 65-68.
56. **Giannotta M, Tapete G, Giacomo E, Silvestri E, Milla M, et al.**
Thrombosis in inflammatory bowel diseases: what's the link?
Thrombosis J. 2015;13:14-23.
57. **Badre W, Jalal Y, Bendahmane A, Hliwa W, Bellabah A.**
La colite aiguë grave au cours des maladies inflammatoires chroniques intestinales.
Espérance Médicale. Mars 2011;18(176).

58. **Gustavsson A, Halfvarson J, Magnuson A, Sandberg–Gertzen H, Tysk C, Jarnerot G.**
Long-term colectomy rate after intensive intravenous corticosteroid therapy for ulcerative colitis prior to the immunosuppressive treatment era.
Am J Gastroenterol 2007;102:2513–9
59. **Lindgren SC, Flood LM, Kilander AF, Löfberg R, Persson TB, Sjö Dahl RI.**
Early predictors of glucocorticosteroid treatment failure in severe and moderately severe attacks of ulcerative colitis.
60. **Kedia S, Ahuja V, Tandon R.**
Management of acute severe ulcerative colitis.
World J Gastrointest Pathophysiol. 2014 Nov 15;5(4):579–88.
61. **Travis SP, Farrant JN, Ricketts C, Nolan DJ, Mortensen NM, Kettlewell MG, et al.**
Predicting outcome in severe colitis.
62. **Réunion de Consensus sur la Maladie de Crohn**
Colite aiguë grave : Quelle attitude adopter devant ? septembre 2013
63. **Benazzato L.**
Prognosis of severe attacks in ulcerative colitis: effect of intensive medical treatment
Digestive and liver disease (2004) 36:461.
64. **Randall J, Singh B, Warren BF, et al.**
Delayed surgery for acute severe colitis is associated with increased risk of postoperative complications.
Br J Surg 2010; 97:404–9.
65. **M. Simon**
Ciclosporine versus Infliximab dans la colite aiguë grave résistante à la corticothérapie intraveineuse : étude randomisée contrôlée en parallèle
Colon Rectum (2016) 10:73–75
66. **Cacheux W, Seksik P, Lemann M, Marteau P, Nion–Larmurier I, Afchain P et al.**
Predictive factors of response to cyclosporine in steroid-resistant ulcerative colitis
Am J Gastroenterol 2008; 103:637–42.
67. **Rowe FA, Walker JH, Karp LC et al.**
Factors predictive of response to cyclosporine treatment for severe, steroid-resistant ulcerative colitis.
Am J Gastroenterol 2000; 95:2000–8.

68. **Aceituno M, Garcia Planella E, Heredia C, Zabana Y, Feu F, Domenech E, Gassull MA, Panes J.** Steroid refractory ulcerative colitis: predictive factors of response to cyclosporine and validation in an independent cohort. *Inflamm Bowel Dis* 2008; 14:347-52.
69. **Kandiel A, Fraser AG, Korelitz BI, et al** Increased risk of lymphoma among inflammatory bowel disease patients treated with azathioprine and 6-mercaptopurine. (2005) *Gut* 54:1121-5
70. **Laharie D, Bourreille A, Branche J, Allez M, Bouhnik Y, Filippij, et al.** Cyclosporin versus infliximab in patients with severe ulcerative colitis refractory to intravenous steroids: a parallel, open-label randomized controlled trial. *Lancet Lond Engl* 2012;380:1909-15.
71. **Laharie D, Bourreille A, Branche J, Allez M, Bouhnik Y, Filippij, et al.** Long term outcome of patients with steroidrefractory acute severe UC treated with cyclosporin or infliximab. *Gut* 2018 ;67:237-43.
72. **Narula N, Marshall JK, Colombel J-F, Leon tiadis GI, Williams JG, MuqtadirZ, e tal.** Systematic review and metaanalysis : infliximab or cyclosporine as rescue therapy in patients with severe ulcerative colitis refractory tosteroids. *AmJGastroenterol* 2016; 111:477-91
73. **Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, Karmiris K, Katsanos K, Kopylov U, et al.** Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 2:Current management *J Crohns Colitis* 2017;11:769-84.
74. **Hindryckx P, NovakG, VandeCasteelen, Laukens D, ParkerC, ShackeltonLM, etal.** Review article : dose optimisation of infliximab for acute severe ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2017; 45:617-30.
75. **Gibson DJ, Ryan EJ, Doherty GA.** Keeping the bowel regular :the emerging role of Treg as a therapeutic target in inflammatory bowel disease. *InflammBowelDis* 2013;19:2716-24.
76. **Leblanc S, Allez M, Seksik P, Flourié B, Peeters H, Dupa sjL, et al.** Successive treatment with cyclosporine and infliximab in steroid-refractory ulcerative colitis .*AmJ Gastroenterol*2011;106:771-7.

77. **Carbonnel F.**
De la bonne prise en charge des poussées sévères de RCH.
Post'U. 2009;65-71.
78. **Maser EA, Deconda D, Lichtiger S, Ullman T, Present DH, Kornbluth A.**
Cyclosporine and infliximab as rescue therapy for each other in patients with steroid refractory ulcerative colitis.
Clin Gastroenterol Hepatol 2008; 6:1112-6.
79. **S Leblanc.**
Traitement successif par cyclosporine et infliximab au cours des poussées sévères de rectocolite hémorragique.
Gastroentérologie clinique et biologique, 2009,33
80. **Baik SH, Kim WH.**
A Comprehensive Review of Inflammatory Bowel Disease Focusing on Surgical Management.
J Korean Soc Coloproctol. 2012 Jun;28(3):121-31.
81. **Kaplan GG, McCarthy EP, Ayanian JZ, Korzenik J, Hodin R, Sands BE.**
Impact of hospital volume on postoperative morbidity and mortality following a colectomy for ulcerative colitis.
Gastroenterology. 2008 Mar;134(3):680-7.
82. **Randall J, Singh B, Warren BF, Travis SP, Mortensen NJ, George BD.**
Delayed surgery for acute severe colitis is associated with increased risk of postoperative complications.
Br J Surg. 2010 Mar;97(3):404-9.
83. **Kedia S, Ahuja V, Tandon R.**
Management of acute severe ulcerative colitis.
World J Gastrointest Pathophysiol. 2014 Nov 15;5(4):579-88
84. **Zer M, Wolloch Y, Dintsman M.**
Pitfalls in the surgical management of fulminating ulcerative colitis.
Dis Colon Rectum. 1972 Jul-Aug;15(4):280-7.
85. **Scalone O, Bonaventure C, Pasquier D, Faucheron JL**
Faut-il réaliser une biopsie hépatique per-opératoire systématique chez tous les malades opérés pour rectocolite hémorragique?
Gastroenterol Clin Biol. Jan 2003; 27(1): 94-9.

86. **L. Beyer-Berjot, S. Berdah**
Prise en charge chirurgicale des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : traitement chirurgical de la rectocolite ulcérohémorragique
Techniques chirurgicales – Appareil digestif 2015;10(1):1-20 [Article 40-590-A].
87. **C. Marceau, A. Alves, M. Ouaisi, Y. Bouhnik, P. Valleur, Y. Panis**
Laparoscopic subtotal colectomy for acute or severe colitis complicating inflammatory bowel disease: a case-matched study in 88 patients.
Surgery 2007;141:640-644.
88. **Maggiore L, Gaujoux S, Tribillon E, Bretagnol F, Panis Y.**
Single-incision laparoscopy for colorectal resection: a systematic review and meta-analysis of more than a thousand procedures.
Colorectal Dis 2012;14:e643-54.
89. **Fichera A, Zoccali M, Felice C, Rubin DT**
Total abdominal colectomy for refractory ulcerative colitis. Surgical treatment in evolution.
J Gastrointest Surg 2011;15:1909-16.
90. **Makino T, Milsom JW, Lee SW.**
Feasibility and safety of single-incision laparoscopic colectomy: a systematic review.
Ann Surg 2012;255:667-76.
91. **Gash KJ, Goede AC, Kaldowski B, Vestweber B, Dixon AR.**
Single incision laparoscopic (SILS) restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis.
Surg Endosc 2011;25:3877-80.
92. **Miller AT, Berian JR, Rubin M, Hurst RD, Fichera A, Umanskiy K**
Robotic-assisted proctectomy for inflammatory bowel disease: a case-matched comparison of laparoscopic and robotic technique.
J Gastrointest Surg 2012;16:587-94.
93. **McLemore EC, Cullen J, Horgan S, Talamini MA, Ramamoorthy S.**
Robotic-assisted laparoscopic stage II restorative proctectomy for toxic ulcerative colitis.
Int J Med Robot 2012;8:178-83.
94. **Pedraza R, Patel CB, Ramos-Valadez DI, Haas EM**
Robotic-assisted laparoscopic surgery for restorative proctocolectomy with ileal J pouch-anal anastomosis
Minim Invasive Ther Allied Technol 2011;20:234-9.

95. **Antoniou SA, Antoniou GA, Koch OO, Pointner R, Granderath FA.**
Robot-assisted laparoscopic surgery of the colon and rectum.
Surg Endosc 2012;26:1-11.
96. **Nieuwenhuijzen M, Reijnen MM, Kuijpers JH, van Goor H.**
Small bowel obstruction after total or subtotal colectomy: a 10-year retrospective review.
Br J Surg 1998;85:1242-5.
97. **Yamamoto T, Allan RN, Keighley MR**
Risk factors for intra-abdominal sepsis after surgery in Crohn's disease.
Dis Colon Rectum 2000;43:1141-5.
98. **Travis SPL and al.**
European evidence-based consensus on the management of ulcerative colitis: current management.
Journal of crohn's and colitis (2008) 2, 24-62.
99. **Maggiore L, Bretagnol F, Ferron M, Bouhnik Y, Panis Y.**
Chirurgie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.
Gastro-entérologie 2012;7(2):1-13 [Article 9-059-A-18].
100. **Sanders DS.**
The differential diagnosis of Crohn's disease and ulcerative colitis
Baillieres Clin Gastroenterol 1998;12:19-33.
101. **La rectocolite ulcéro-hémorragique : l'évolution post traitement chirurgical**
Thèse Rabat 2015
102. **Berard P.**
Le traitement de la recto-colite ulcéro-hémorragique.
Rapport du 86e Congrès Français de Chirurgie.Paris:Masson ;1984.
103. **Morel P and al.**
Management of acute colitis in inflammatory bowel disease.
World J.Urg; 1986; 10:814-819.
104. **Panis.Y.**
Traitement chirurgical de la maladie de crohn
Ann Chir 2002 ; 127 : 9-18.

105. **Fazio VW, Wu JS.**
Surgical therapy for crohn's disease of the colon and rectum.
Surg Clin North Am 1997; 77:197-210
106. **Fazio VW.**
Total colectomy with ileorectal anastomosis.
In: Nyhus LM, Baker RJ, eds. Mastery of surgery, 2nd ed. Boston: Little Brown and Co 1984:1273- 84.
107. **X. Treton**
ECCO 2015
108. **L. Maggiori · Y. Panis**
Traitement chirurgical de la rectocolite hémorragique
Colon Rectum (2013) 7:27-34
109. **Johnson P, Richard C, Ravid A, et al.**
Female infertility after ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis.
Dis Colon Rectum 47: 1119-26
110. **Heuschen UA, Hinz U, Allemeyer EH, et al.**
Riskfactors for ileal pouch-related septic complications in ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis.
Ann Surg 235: 207-16
111. **Hahnloser D, Pemberton JH, Wolff BG, et al.**
Results at up to 20 years after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis.
Br J Surg 94: 333-40
112. **Takao Y, Gilliland R, Noguera JJ, Weiss EG, Wexner SD**
Is age relevant to functional outcome after restorative proctocolectomy for ulcerative colitis? Prospective assessment of 122 cases.
cases. *Ann Surg 1998;227:187-94.*
113. **Hahnloser D, Pemberton JH, Wolff BG, Larson DR, Crownhart BS, Dozois RR**
The effect of ageing on function and quality of life in ileal pouch patients: a single cohort experience of 409 patients with chronic ulcerative colitis.
Ann Surg 2004;240:615-21.

114. **Delaney CP, Fazio VW, Remzi FH, Hammel J, Church JM, Hull TL, et al**
Prospective, age-related analysis of surgical results, functional outcome, and quality of life after ileal pouch-anal anastomosis.
Ann Surg 2003;238:221-8.
115. **F. Bretagnol, Y. Panis**
Colite aiguë grave : traitement chirurgical
Colon Rectum (2008) 2: 22-25
116. **Bouhnik Y, Alves A, Beau P, et al**
reatment of severe ulcerative colitis.
Gastroenterol Clin Biol (2004) 28: 984-91
117. **Alves A, Panis Y, Bouhnik Y, et al**
Subtotal colectomy for severe acute colitis. A 20-year experience of a tertiary care center with an aggressive and surgical policy.
J Am Coll Surg 3: 379-85
118. **Shibolet O, Requshevskaya E, Brezis M, Soares-Weiser K**
Cyclosporin A for induction of severe ulcerative colitis.
Cochrane Database Syst Rev 25: CD004277
119. **M. Simon**
Compte-rendu de congrès JFHOD 2017
120. **Laharie D. et al**
Étude CySIF (ciclosporine vs infliximab dans la colite aiguë grave) : résultats à long terme
Colon Rectum 2017
121. **M. Serrero · J.-C. Grimaud · L. Peyrin-Biroulet**
Actualités thérapeutiques dans les MICI
Colon Rectum 2017
122. **Kaplan GG, McCarthy EP, Ayanian JZ, Korzenik J, Hodin R, Sands BE.**
Impact of hospital volume on postoperative morbidity and mortality following a colectomy for ulcerative colitis.
Gastroenterology 2008;134:680-7.
123. **Trottup A, Erichen R, Svaerke C, Laurberg S, Srensen HT.**
Thirty-day mortality after elective and emergency total colectomy in Danish patients with inflammatory bowel disease: a population based nationwide cohort study.
BMJ Open; 2012; 2(2):e000823

124. **Daperno M, Sostegni R, Scaglione N, Ercole E, Rigazio C, Rocca R, Pera A**
Outcome of a conservative approach in severe ulcerative colitis.
Digestive and liver Disease 36(2004)21–28
125. **De Silva S, Ma C, Proulx MC, Crespin M, Kaplan BS, Hubbard J, et al**
Postoperative complications and mortality following colectomy for ulcerative colitis.
Clin Gastroenterol Hepatol 2011;9:972–80.
126. **Sagar PM, Pemberton JH**
Intraoperative, postoperative and reoperative problems with ileoanal pouches.
Br J Surg 2012;99:454–68.
127. **Aberra F.N., Lewis J.D., Hass D., Rombeau J.L., Osborne B., Lichtenstein G.R.**
Corticosteroids and immunomodulators: postoperative infectious complication risk in inflammatory bowel disease patients
Gastroenterology 2003; 125: 320–327
128. **Yang Z., Wu Q., Wu K., Fan D**
Meta-analysis: pre-operative infliximab treatment and short-term postoperative complications in patients with ulcerative colitis
Aliment Pharmacol Ther 2010; 31: 486–492
129. **Bregnbak D., Mortensen C., Bendtsen F.**
Infliximab and complications after colectomy in patients with ulcerative colitis
J Crohns Colitis 2012; 6: 281–286
130. **Norgard B.M., Nielsen J., Qvist N., Gradel K.O., de Muckadell O.B., Kjeldsen J.**
Pre-operative use of anti-TNF-alpha agents and the risk of post-operative complications in patients with ulcerative colitis – a nationwide cohort study
Aliment Pharmacol Ther 2012; 35: 1301–1309
131. **Coquet-Reinier B., Berdah S.V., Grimaud J.C., Birnbaum D., Cougard P.A., Barthet M., et al.**
Preoperative infliximab treatment and postoperative complications after laparoscopic restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis: a case-matched study
Surg Endosc 2010; 24: 1866–1871
132. **Rottoli M, Remzi FH, Shen B, Kiran RP**
Gender of the patient may influence perioperative and long-term complications after restorative proctocolectomy.
Colorectal Dis 2011;14:336–41.

133. **Hahnloser D, Pemberton JH, Wolff BG, Larson DR, Crownhart BS, Dozois RR.**
Results at up to 20 years after ileal pouch–anal anastomosis for chronic ulcerative colitis.
Br J Surg 2007;94:333–40.
134. **Bach SP, Mortensen NJ.**
Ileal pouch surgery for ulcerative colitis
World J Gastroenterol 2007;13:3288–300.
135. **Lipman JM, Kiran RP, Shen B, Remzi F, Fazio VW.**
Perioperative factors during ileal pouch–anal anastomosis predict pouchitis.
Dis Colon Rectum 2011;54:311–7.
136. **Van Assche G, Dignass A, Bokemeyer B, Danese S, Gionchetti P, Moser G, et al.**
Second European evidence–based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 3: special situations.
J Crohns Colitis 2013;7:1–33.
137. **Suzuki H, Ogawa H, Shibata C, Haneda S, Watanabe K, Takahashi K, et al.**
The long–term clinical course of pouchitis after total proctocolectomy and IPAA for ulcerative colitis.
Dis Colon Rectum 2012;55:330–6.
138. **Dignass A, Lindsay JO, Sturm A, Windsor A, Colombel JF, Allez M, et al.**
Second European evidence–based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management.
J Crohns Colitis 2012;6:991–1030.
139. **Manilich E, Remzi FH, Fazio VW, Church JM, Kiran RP.**
Prognostic modeling of preoperative risk factors of pouch failure.
Dis Colon Rectum 2012;55:393–9.
140. **Tulchinsky H, Hawley PR, Nicholls J,**
Long –term failure after restorative proctocolectomy for ulcerative colitis.
Annals of surgery 2003; 238(2):229–234.
141. **Manilich E., Remzi F.H., Fazio V.W., Church J.M., Kiran R.P.**
Prognostic modeling of preoperative risk factors of pouch failure
Colon Rectum 2012; 55: 393–399
142. **Clinique Medicale « B » Chis De Rabat. Benzoubir N**
Devenir des malades opérés pour RCH (à propos de 105 cas).

- 143. Christian Steller, Jean Vilote, Loic Larvol**
L'anastomose ileorectale est-elle encore une alternative thérapeutique valable dans le traitement de la recto-colite hémorragique? Analyse du résultat fonctionnel, endoscopique et histologique de 75 observations.
- 144. Heikens JT, de Vries J, van Laarhoven CJ.**
Quality of life, health-related quality of life and health status in patients having restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis: a systematic review.
Colorectal Dis 2012;14:536-44.
- 145. Heikens JT, de Vries J, Goos MR, Oostvogel HJ, Gooszen HG, Van Laarhoven CJ.**
Quality of life and health status before and after ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis.
Br J Surg 2012;99:263-9.
- 146. Andersson T, Lunde OC, Johnson E, Moum T, Nesbakken A.**
Long-term functional outcome and quality of life after restorative proctocolectomy with ileo-anal anastomosis for colitis.
Colorectal Dis 2011;13:431-7.
- 147. Van Balkom KA, Beld MP, Visschers RG, van Gemert WG, Breukink SO.**
Long-term results after restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis at a young age.
Dis Colon Rectum 2012;55:939-47.
- 148. Van Balkom KA, Beld MP, Visschers RG, van Gemert WG, Breukink SO.**
Long-term results after restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis at a young age.
Dis Colon Rectum 2012;55:939-47.
- 149. Remzi FH, Gorgun E, Bast J, Schroeder T, Hammel J, Philipson E, et al.**
Vaginal delivery after ileal pouch-anal anastomosis: a word of caution.
Dis Colon Rectum 2005;48:1691-9.
- 150. Polle SW, Vlug MS, Slors JF, Zwinderman AH, Van der Hoop AG, Cuesta MA, et al.**
Effect of vaginal delivery on long-term pouch function.
Br J Surg 2006;93:1394-401.
- 151. Lepisto A, Sarna S, Tiitinen A, Jarvinen HJ.**
Female fertility and childbirth after ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis.
Br J Surg 2007;94:478-82.

152. **www.has-sante.fr**
HAS/ Service des affections de longue durée et accords conventionnés.
153. **Kornbluth A**
Cyclosporine versus infliximab for the treatment of severe ulcerative colitis
Gastroenterol Hepatol (2011) 7:677-9
154. **Kohn A, Prantera C, Pera A, Cosentino R, Sostegni R, Daperno M.**
Infliximab in the treatment of severe ulcerative colitis: a follow-up study.
Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2004 Sep-Oct;8(5):235-7.



قسم الطبيب

أقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرِاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَأْفَةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ

وَالْأَحْوَالِ بَاذِلَةً وَسَعِيًّا فِي إِنْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ

وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَاذِلَةً رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،

لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، وَأَسْخِرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ

الطَّبِيبَةِ مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ

اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهِ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدًا

جراحة التهاب القولون الحاد

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/06/04

من طرف

الأنسة إيمان بشري

المزداة في 18 نونبر 1991 بالعيون

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

إلتهاب القولون الحاد - التهاب القولون التقرحي - مرض كرون - العلاج - الجراحة.

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام {

السيد

السيد

السيدة

ب. فينش

أستاذ في الجراحة العامة

ع. لوزي

أستاذ في الجراحة العامة

خ. أكراتي

أستاذة في طب الجهاز الهضمي