



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2013

N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine spécialisée

Par

Myriam RENAUD

le 01 octobre 2013

QUELLE EST LA PLACE DE L'INTERVENTION DE HARTMANN DANS LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE D'UNE COLITE AIGÛE GRAVE COMPLIQUANT UNE RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE ?

Examineurs de thèse :

M Laurent BRESLER	Professeur	Président
M Laurent PEYRIN-BIROULET	Professeur	Juge
Mme Marie-Reine LOSSER	Professeur	Juge
Mme Marie-Lorraine SCHERRER	Docteur en Médecine	Juge
Mme Adeline GERMAIN	Docteur en Médecine	Juge

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE**

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUUEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Patrick BOISSEL Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
 Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE
 Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX
 Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
 Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
 Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
 Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX
 Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET
 Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET
 Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
 Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
 Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT
 Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET
 Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeure Michèle KESSLER

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER - Professeure Marie-Christine BENE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faïez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

1) MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

2) MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

3) DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Maître, Président et Directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Laurent BRESLER

Professeur de Chirurgie Générale

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous avez accepté de diriger et de juger ce travail et nous en sommes très honorés.

Votre dynamisme et vos compétences tant en salle d'intervention que dans votre service sont des modèles à suivre.

Continuer à apprendre notre métier à vos côtés est pour nous source d'une grande fierté.

Nous espérons être dignes de votre confiance.

Veuillez recevoir par ce travail l'expression de notre admiration et de notre profond respect.

À notre Maître et Juge de thèse

Monsieur le Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

Professeur de Gastroentérologie et d'Hépatologie

Vous avez accepté de juger ce travail et nous vous en savons gré.

Vos connaissances dans le domaine des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin nous impressionnent et nous sont d'une aide précieuse dans notre pratique quotidienne.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

À notre Maître et Juge de thèse

Madame le Professeur Marie-Reine LOSSER

Professeur d'Anesthésiologie-Réanimation et Médecine d'Urgence

Vous nous faites l'honneur de faire partie de notre jury et nous vous en remercions.

Votre disponibilité et votre expertise en réanimation chirurgicale est un atout pour notre spécialité.

Nous sommes heureux de pouvoir vous côtoyer et travailler avec vous durant l'année à venir.

Soyez assurée de notre reconnaissance.

À notre Juge de thèse

Madame le Docteur Marie-Lorraine SCHERRER

Docteur en Médecine

Votre gentillesse, votre sympathie et votre approche clinique forcent l'admiration.

Le compagnonnage dont vous avez fait preuve au cours de notre apprentissage à vos côtés nous a été profitable.

Veuillez recevoir la marque de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

À notre Juge de thèse

Madame le Docteur Adeline GERMAIN

Docteur en Médecine

Nous sommes heureux d'avoir pu apprendre à vos côtés et d'avoir bénéficié de vos enseignements tant théoriques que pratiques au bloc opératoire.

Nous sommes reconnaissants de tout ce que vous avez su nous transmettre.

Merci pour votre disponibilité et pour l'attention particulière que vous avez portée à la réalisation de ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre plus grande estime.

À nos Maîtres d'Internat,

Monsieur le Docteur Frédéric VAXMAN, vous avez été notre premier maître de stage, merci pour votre gentillesse et de nous avoir initiés à la chirurgie générale.

Monsieur le Professeur Gilles GROSDIDIER, vos qualités chirurgicales et humaines ainsi que la façon dont vous gérer votre service sont des modèles à suivre. Nous sommes heureux de pouvoir effectuer une partie de notre clinicat à vos côtés.

Monsieur le Professeur Michel SCHMITT, pour votre rigueur.

Monsieur le Professeur Jean-Louis LEMELLE, pour avoir été franc et clair avec moi quand il l'a fallu. Mais finalement, « est ce qu'on ne peut pas ne pas dire qu'on n'est pas si mal ? »

Monsieur le Professeur Jacques HUBERT, pour vos enseignements en urologie.

Monsieur le Professeur Pascal ESCHWEGE, pour votre bonne humeur et votre sens critique.

Monsieur le Professeur Laurent BRESLER, merci de m'accueillir dans votre service pour mon début de clinicat. Nous espérons être à la hauteur de votre exigence.

Monsieur le Professeur Laurent BRUNAUD, pour votre bienveillance, votre pédagogie, votre langue si particulière et pour l'Article (Enfin !).

Monsieur le Professeur Ahmet AYAV, pour l'exigence et la rigueur que vous demandez et dont vous faites preuve. Vos qualités d'opérateur imposent le respect.

Monsieur le Professeur Henry COUDANE, pour vos enseignements en chirurgie orthopédique en salle d'intervention et pendant les légendaires staffs du mercredi matin.

Monsieur le Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE, pour votre expertise en chirurgie orthopédique du pied.

Monsieur le Docteur Jean-Michel TORTUYAUX, pour ce semestre à Toul notamment, pour votre gentillesse, votre patience, votre altruisme et votre côté pédagogue.

Messieurs les Docteurs Nicolas FRISCH, Christian MULLER et Christophe GRANDCLERE, pour nous avoir fait découvrir et apprécier la chirurgie vasculaire, même si le chemin pour choisir ce stage a été parsemé d'embûches... Désolée d'avoir creusé le déficit de HP Metz en cassant vos fils !

Madame le Professeur Valérie CROISE-LAURENT, merci pour votre expertise en radiologie et votre disponibilité qui nous sont d'une grande aide dans notre pratique quotidienne.

Aux Médecins qui ont participé à notre formation,

Dr Manuela PEREZ, pour ta pédagogie.

Dr Nicolas REIBEL, pour ta rigueur, tes jeux de mots en tout genre et ces matinées By-Pass.

Dr Anne-Laure RAPHOZ, notre collaboration fût courte mais riches d'enseignements.

Dr Laurence ROBERT, pour ces nuits blanches en CGU et pour ta disponibilité en secteur en Chir C.

Dr Joëlle SIAT, pour tes enseignements en chirurgie thoracique.

Dr Godefroy DE MISCAULT, Dr Aline RANKE, pour vos enseignements en chirurgie pédiatrique.

Dr Laure CAYZERGUES, Dr Guillaume BOUDRANT, pour vos enseignements en urologie.

Dr Marie-Lorraine SCHERRER, les quelques lignes précédentes ne sont pas suffisantes pour t'exprimer ma reconnaissance. Merci pour ta patience à toute épreuve. Tu vas avoir le plaisir de connaître mes parents et de leur parler de leur emploi du temps du vendredi soir ! J'ai hâte !

Dr Adeline GERMAIN, pour toi aussi quelques phrases ne suffisent pas. Merci pour ces chansons et comptines et merci de savoir aussi bien faire la chef, l'aide opératoire, l'instrumentiste et même l'externe. Tu as pérennisé le « Mireille » mais là je ne suis pas sûre de devoir te remercier ! Je suis heureuse de pouvoir commencer mon clinicat près de toi.

Dr Thibaut FOUQUET, merci pour ta bonne humeur et ta confiance. Bonne aventure messine.

Dr Marie GALIFET, l'alliance du chirurgien digestif et endocrinien et de goûts musicaux si particuliers... Je suis toujours perplexe pour « plante verte »... Bon courage pour la suite.

Dr Luc LELONG, Dr Magali FAU, Dr Vasile FRENTIU.

Dr Damien BELLAN, Dr Pierre-Louis CHAUMONT, ah ce semestre d'orthopédie... Ses parties d'angry birds, les p'tit miam et ces blocs improbables et le plus souvent nocturnes... Désolée de vous avoir fait partager ma poisse !

Dr Mohamed RAHALI, pour son calme et son art de la « dispersion ».

Dr Sandrine AZIZ, l'un des plus grands regrets de mon internat restera de ne pas t'avoir eue comme co-interne ni comme chef.

Les gynécologues de la clinique St André de Reims et en particulier le Dr Arnaud THELLIER, pour m'avoir accueillie comme aide opératoire au début de mes études médicales.

À mes co-internes devenus Docteurs,

Docteur Valentine ANNE, pour m'avoir appris à poser des drains thoraciques.

Docteur Charlotte DE SERRE DE SAINT ROMAN, pour notre semestre commun en CGU.

Docteur Benoit LAPLACE, la classe en toute circonstance ! Que de fous rires pendant ce semestre à l'Hôpital d'Enfants !

Docteur Marie LEGNAME, pour notre semestre d'urologie. Tu as eu raison Eric c'est bien mieux que Jo !

Docteur Frédéric THIBAUT, pour cette année de co-internat ! J'essaie de me soigner mais je n'ai pas encore trouvé la solution pour répondre plus aimablement au téléphone...

Docteur Thomas SERRADORI, merci de m'avoir accordé ta confiance au bloc et désolée si Mireille t'a un peu « molesté » au secteur 2. Bon courage à Mercy.

Docteur Pierre-Etienne THEVENIAUD, mon TP et ses menus vitalités. Le plus digestif des urologues. Merci pour ses 6 mois en ta compagnie. Et j'ai bien compris, « ce n'est pas ce qu'on lui demande ! ».

Docteur Kévin FIXOT, pour ton humeur constante et ton aide en toute circonstance.

À mes co-internes,

Claire NOMINÉ, mon lapin crétin préféré. Pour l'amitié qui nous lie. Pour la confiance que tu m'accordes malgré mon caractère pas toujours facile. J'espère avoir été à la hauteur du rôle que m'as confié. Je suis si heureuse de t'avoir auprès de moi pendant mon clinicat.

Audrey BAUDOT, la plus « déjantée » des internes d'ophtalmo ! Pour ce semestre à l'hôpital d'enfant et toutes ces soirées inoubliables en espérant que nous en partagerons beaucoup d'autres.

Vincent PILLOY (Le PILLOY), Charles-Alexandre LAURAIN (Charly), pour nos semestres passés ensemble et cette spécialité qui nous a rapprochés. Bon courage à vous deux en CGU.

Cyril PERRENOT, un autre rémois qui s'est expatrié en Lorraine. Au mois de novembre pour nos premiers pas de chirurgien.

Cécile MARTIN, pour ta gentillesse et ta bonne humeur à toute épreuve.

Anne-Cécile EZANNO, grâce à (ou à cause de) toi je dois être autant voire plus connue à Brabois sous le nom de Mireille que sous mon vrai prénom ! Ne t'inquiète pas tu es (presque) pardonnée !

Pierre LECOANET, l'urologue dans la lune.

Germain POMARES, mon acolyte de la 6-8, pour ses blagues toujours très fines !

Guillaume BOUDARD, pour notre semestre à l'ATOL, la classe !

Sophie ZAEPFEL, Zaepfie, un vrai lapin crétin en devenir ! Tu as de nombreuses qualités dont tu ne soupçonnes même pas l'existence.

Béatrice ALVES-NETO, même si elle est parfois un peu trop matinale à mon goût, pour ta bonne humeur communicative !

Julien KOENIG, nous avons commencé notre internat ensemble et nous le finirons ensemble. Pour ces petits plats savoureux que tu préparais à Saint-Avold, pour le temps passé à parler de nos contrariétés en cette fin d'internat.

Romain FRISONI, Guillaume HOCH et Adrien BLATT, les inséparables. Même si nous n'avons pas été réellement co-internes. Une mention particulière pour Guillaume pour sa participation à ce travail malgré lui.

Aux personnels paramédicaux des services, des consultations et des blocs de Chir C, de CGU, de l'Hôpital Saint Charles de Toul, de l'ATOL, de l'hôpital d'enfant, d'Urologie, de l'hôpital Robert Schuman et de Hospitalor Saint-Avold qui m'ont apporté leurs aides et vu évoluer.

Aux secrétaires de ces mêmes services avec une pensée affectueuse et particulière pour les secrétaires de Chir C et de Toul.

À ma famille,

À mes parents, pour votre soutien et votre patience pendant toutes ces années. Pour me supporter, dans tous les sens du terme ! Maman, pour la fierté que tu éprouves. Papa, pour ton sens de l'humour quand tu disais à tes clients que nous exercions le même métier.

À mon frère Jean-Charles, pour nos chamailleries passées, présentes et futures. Comme on dit « qui aime bien, châtie bien ».

À Anaïs, je suis si contente de t'avoir comme ma belle-sœur. Pour nos parties de Wii estivales et interminables...

À Mila, ma nièce dont le sourire fait craquer tout le monde y compris moi et ce n'est pas peu dire !

À «Cacahuète », le « futur ».

À mes grands-parents, qui sont toujours si heureux quand je leur rends visite. Pour leur affection. Mamie, tu vas avoir un chirurgien dans la famille, les pires ! J'aimerais tant pouvoir te redonner un peu confiance en le corps médical. Papy, tu resteras toujours « le seul qui me comprend ».

À Mémère, à la tête d'une famille de 8 enfants, 22 petits-enfants et désolée mais pour les arrière-petits-enfants, je n'arrive plus à compter !!!

À ma Marraine Chantal, toujours fidèle au poste, logorrhéique chronique et fournisseuse officielle de Champagne.

À mon Parrain Christophe.

À ma filleule Léa et à sa mère Sandra pour sa confiance.

À mes nombreux oncles et tantes.

À mes cousins encore plus nombreux ! Et à leurs familles.

À mon grand-père Léon, ma tante Colette et Marielle, partis bien trop tôt.

À **mes amis**, pour votre présence inconditionnelle.

De « Reims Tinquex dans la Marne ». Pour avoir grandi ensemble et pour tous nos souvenirs en communs : **Luisa, Alex et Guillaume, Julia et Ronald, Audrey, Orlane, Marie-Pierre et Nico, Caroline et Sébastien, Dorothée et Micaël, Pierrot**. Désolée de ne pas être aussi disponible que je le souhaiterai. Merci pour votre soutien pendant toutes ces années et merci de me rappeler qu'une vie existe en dehors du monde médical.

À vos mini-vous (et à tous ceux qui suivront) qui apportent tant de gaieté et de vie à nos soirées, **Clélia, Maïwenn, Mathis, Louann, Eliott, Gabriel**.

À **Marie-Laure**, pour m'avoir retrouvée malgré les années passées et la distance qui nous sépare. Moi aussi je suis toujours contente de te revoir et de passer du temps avec toi. Il va falloir qu'on porte un toast ! À **Thomas**.

À mes amies de la fac qui sont bien plus que ça et à qui il a fallu beaucoup de courage pour supporter ma « ronchonnerie » chronique pendant toutes ces années de médecine, et à leurs moitiés, **Aurélie et Olivier, Carole et William, Mél et Nico, Méline et Anselme**.

Aux radiologues (ex) nancéiennes, **Laure et Marie** et à **Maryline, Mélo, Caroline** avec qui il est toujours très agréable de partager un bon apéro ou une bonne soirée !

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	22
INTRODUCTION	23
MATERIELS ET METHODES	25
1) SELECTION DES PATIENTS	25
2) RECUEIL DES DONNEES	25
3) LES 3 ETAPES CHIRURGICALES.	26
- <i>Première étape :</i>	26
- <i>Deuxième étape :</i>	26
- <i>Troisième étape :</i>	27
4) ANALYSE STATISTIQUE	27
RESULTATS	28
1) CARACTERISTIQUES PRE-OPERATOIRES DES PATIENTS	28
2) CARACTERISTIQUES DE LA RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE	29
3) TRAITEMENTS MEDICAUX	30
- <i>Traitements médicamenteux de la CAG</i>	30
- <i>Transfusion</i>	31
- <i>Antibiothérapie</i>	31
4) CARACTERISTIQUES CHIRURGICALES	31
- <i>Antécédents chirurgicaux abdominaux</i>	31
- <i>Voie d'abord chirurgical</i>	31
- <i>Durée opératoire</i>	31
- <i>Complications peropératoires</i>	32
5) PERIODE POST OPERATOIRE	32
- <i>Morbi-mortalité précoce</i>	32
- <i>Durée du séjour hospitalier</i>	33
- <i>Morbidité après 30 jours</i>	35
6) PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE A DISTANCE DE LA CAG	35
- <i>Deuxième temps opératoire</i>	35
- <i>Troisième temps opératoire</i>	37
7) SUIVI DES PATIENTS	37
DISCUSSION	38
1) MORBI-MORTALITE	38
2) PLACE DE LA SIGMOÏDOSTOMIE	40
3) PLACE DE LA LAPAROSCOPIE	41
4) RETABLISSEMENT DE CONTINUITE	41
5) LIMITES DE L'ETUDE	42
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	50
1) SCORE MODIFIE DE TRUELOVE ET WITTS	50
2) SCORE DE LICHTIGER	51

Liste des abréviations

AAP : Amputation abdominopérinéale

Adali : Adalimumab

AIA : Anastomose iléo-anale

AIR : Anastomose iléo-rectale

Anti TNF- α : Anti-tumor necrosis factor alpha

5-asa : Pentasa

ASA : American Society of Anesthesiologists

Aza : Azathioprine

CAG : Colite aiguë grave

CCAM : Classification commune des actes médicaux

Ciclo : Ciclosporine

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cortico : Corticothérapie

CRP : C-reactive protein

ECCO : European Crohn's and Colitis Organisation

H : Hartmann

IMC : Indice de masse corporelle

Immuno : Immunomodulateur

Inflix : Infliximab

Mercapt : Mercaptopurine

Métho : Méthotrexate

MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques des Intestins

NR : Non renseigné

PICC-line : Peripherally Inserted Central Catheter line

RCH : Rectocolite hémorragique

S : sigmoïdostomie

SC : moignon fermé en sous cutané

Introduction

La Rectocolite Hémorragique (RCH) et la Maladie de Crohn appartiennent au groupe des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et en constituent les deux pathologies principales. Celles-ci représentent, à l'heure actuelle, un problème de santé publique puisqu'elles touchaient, en 2005, 1 personne sur 1000 en France (1), et que leur prévalence était estimée à 200 cas pour 100 000 habitants dans les pays occidentaux en 2011 (2).

La RCH, à elle seule, concerne 1,4 million de personnes en Europe (2) et son incidence européenne est la plus élevée au monde avec un taux de 24,3/100 000 personnes par an (3).

La RCH est souvent diagnostiquée chez des patients jeunes et actifs, avec une légère prédominance masculine (60%) (2). Cette maladie évolue le plus souvent par poussées qui sont entrecoupées de période de rémission, ce qui peut altérer considérablement la qualité de vie des patients.

Pour évaluer la sévérité des poussées de RCH, plusieurs scores ont été décrits, basés sur des éléments cliniques, biologiques et parfois endoscopiques. Les plus utilisés sont le score modifié de Truelove et Witts (4) (Annexe 1) et le score de Lichtiger (annexe 2). Ces scores ont permis de décrire une entité particulière, la colite aiguë grave (CAG) qui correspond à l'atteinte la plus sévère de la RCH (5).

Devant une CAG, un traitement médical optimal doit être initié selon des règles bien définies. Le patient bénéficie dans un premier temps d'une corticothérapie par voie intraveineuse à haute dose (6). En cas d'échec de ce traitement, la ciclosporine ou plus récemment l'infliximab ont été proposés comme alternative thérapeutique (7–10).

Lorsque ce traitement médical ne permet pas l'amélioration de la symptomatologie ou lorsqu'il est contre-indiqué, notamment en raison de ses effets secondaires, la chirurgie devient la seule alternative thérapeutique (11–13).

Dans les formes les plus sévères de CAG la survenue de complications telles que la perforation digestive, l'hémorragie digestive massive et le mégacôlon toxique nécessitent d'emblée un traitement chirurgical (7,11,14).

La prise en charge chirurgicale en cas de CAG est réalisée en 3 étapes (15). En urgence, il est réalisé une colectomie subtotala avec iléostomie terminale. A distance de celle-ci, la deuxième étape consiste en une proctectomie avec rétablissement de la continuité digestive par une anastomose iléo-anale avec réservoir en J sous couvert d'une iléostomie. La dernière étape est la fermeture de l'iléostomie de protection.

Ces 3 étapes sont bien codifiées, cependant il n'existe pas de consensus en ce qui concerne la conduite à tenir vis-à-vis du rectum lors de la colectomie subtotala. Certains chirurgiens conservent une partie du colon sigmoïde qui est monté à la peau en sigmoïdostomie ou

laissé fermé dans la paroi. D'autres ferment le moignon rectosigmoïdien qui est laissé en intrapéritonéal comme dans l'intervention de Hartmann (8,14).

Les arguments qui ont été avancés en défaveur de l'intervention de Hartmann sont le risque de réouverture du moignon rectosigmoïdien et que le rétablissement de continuité secondaire serait plus difficile après ce type de prise en charge plutôt qu'après la réalisation d'une sigmoïdostomie.

Ce travail a pour but d'évaluer le taux de morbidité et le taux de rétablissement secondaire de l'intervention de « Hartmann » en cas de CAG en se basant sur l'expérience du service de Chirurgie Digestive, Générale et Endocrinienne du CHU de Nancy Brabois sur une période de 10 ans (2003-2012).

Matériels et méthodes

1) Sélection des patients

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients consécutifs ayant bénéficié d'une colectomie subtotale ou totale pour CAG compliquant une RCH dans le service de Chirurgie Digestive, Générale et Endocrinienne du CHU de Nancy-Brabois du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2012.

Ces patients ont présenté une CAG résistante à un traitement médical optimal ou compliquée (perforation colique, mégacôlon toxique ou hémorragie). Ils étaient adressés par le service d'hépatogastro-entérologie du CHU de Nancy-Brabois et la prise en charge chirurgicale était retenue après une discussion collégiale et multidisciplinaire.

Ont été exclus tous les patients opérés d'une RCH sans CAG et les patients pour lesquels le diagnostic de RCH a été éliminé après analyse anatomopathologique de la pièce opératoire.

2) Recueil des données

La liste des patients inclus dans l'étude a été établie à partir du cahier de bloc opératoire du service. L'indication de la colectomie totale ou subtotale pour CAG a été confirmée par la lecture du compte rendu opératoire.

La liste obtenue a été comparée avec une liste de patients établie à partir du système informatique de codage des pathologies et des actes du service en utilisant comme code diagnostic « recto-colite ulcéro hémorragique » (K51.9) de la classification internationale des maladies (CIM 10) et comme code acte « colectomie subtotale ou totale par laparotomie » ou « colectomie subtotale ou totale par laparoscopie » de la classification commune des actes médicaux (CCAM) dans le but d'être exhaustif.

Les données recueillies ont été extraites du dossier médical et du dossier d'anesthésie de chaque patient : âge, sexe, indice de masse corporelle (IMC), perte de poids, tabagisme, score ASA, date du diagnostic de la RCH, caractéristiques de la RCH selon la classification de Montréal (16), différents traitements médicaux reçus, délai entre le diagnostic de RCH et la chirurgie, données biologiques au moment de la chirurgie (taux d'hémoglobine, protéine C réactive, albuminémie), transfusion sanguine pré-opératoire, antibiothérapie, antécédents chirurgicaux, indication de la chirurgie, geste chirurgical réalisé, voie d'abord, durée opératoire, morbidité per-opératoire, morbidité post-opératoire médicale, chirurgicale et globale, mortalité, durée de séjour, réalisation d'une proctectomie secondaire avec ou sans rétablissement de la continuité digestive, date de fermeture de l'iléostomie de protection, délai entre chaque étape de la prise en charge chirurgicale.

L'IMC et l'albuminémie préopératoires ont été utilisés pour définir, respectivement, la corpulence et l'état de dénutrition des patients selon les recommandations en vigueur (17,18).

La durée opératoire a été définie par la durée entre l'incision et la fermeture cutanée.

La morbidité post-opératoire a été définie selon la classification de Clavien-Dindo (19). A été considérée comme majeure, une complication de grade supérieur ou égal à 3.

3) Les 3 étapes chirurgicales.

Une prise en charge avec plusieurs temps opératoires est réalisée dans le cadre de l'urgence ou de la semi urgence chez ces patients qui ont reçu un traitement par des corticoïdes à fortes doses ou par des immunomodulateurs et qui présentaient une altération de l'état général souvent associée à une dénutrition sévère. Nous réalisons dans la majorité des cas trois interventions successives : le premier temps est représenté par une colectomie totale ou subtotale avec iléostomie terminale située en fosse iliaque droite ; le deuxième temps consiste en un rétablissement de continuité ; le troisième et dernier temps correspond à la fermeture de l'iléostomie de protection lorsqu'une anastomose iléo-anale a été réalisée lors de la deuxième étape.

- Première étape :

La colectomie totale ou subtotale avec iléostomie terminale.

Après la réalisation d'une colectomie sans curage au ras du tube digestif, le colon est sectionné et agrafé transversalement le plus souvent en regard du promontoire. Le moignon rectosigmoïdien est ainsi laissé en intrapéritonéal comme réalisé lors de l'intervention de Hartmann pour prise en charge d'une sigmoïdite compliquée.

Nous réalisons une sigmoïdostomie en fosse iliaque gauche lorsque le sigmoïde est très inflammatoire avec un risque potentiel de réouverture du moignon rectosigmoïdien en cas d'agrafage selon l'appréciation de l'opérateur.

L'iléostomie est extériorisée en fosse iliaque droite et ourlée selon la technique de Brooke.

La voie d'abord utilisée est soit la laparotomie soit la laparoscopie.

- Deuxième étape :

La proctectomie complémentaire associée à un rétablissement de la continuité avec réalisation d'une anastomose iléo-anale avec réservoir en J (AIA) est l'intervention qui a été la plus pratiquée.

La dissection du rectum est menée au contact de celui-ci par voie abdominale jusqu'au plancher des muscles releveurs de l'anus puis le rectum est sectionné. La continuité est rétablie grâce à une anastomose iléo-anale (manuelle ou mécanique par voie transanale)

après confection d'un réservoir en J. Une iléostomie latérale de protection est réalisée. La voie d'abord peut être la laparotomie ou la laparoscopie.

La deuxième option pour le deuxième temps chirurgical est la réalisation d'une anastomose iléo-rectale (AIR). Elle est pratiquée habituellement chez des femmes jeunes avec un désir de grossesse ou lorsque le rectum semble être cicatrisé ou du moins la symptomatologie contrôlée par les traitements locaux. L'abord peut également être la laparotomie ou la laparoscopie.

La troisième et dernière possibilité pouvant correspondre au deuxième temps chirurgical est la réalisation d'une proctectomie seule avec iléostomie terminale définitive réalisant ainsi un équivalent d'amputation abdomino-périnéale (AAP).

- Troisième étape :

La fermeture de l'iléostomie de protection lorsqu'une anastomose iléo-anale a été pratiquée.

Elle est réalisée par abord local, de façon termino-terminale manuelle ou latéro-latérale mécanique après un délai d'environ 2 mois suivant la 2^{ème} procédure chirurgicale. Une opacification par l'iléostomie est systématiquement demandée avant la fermeture pour éliminer toute fistule ou sténose anastomotique.

Une consultation post opératoire à 6 semaines de la dernière intervention est systématiquement prévue. En l'absence de toute complication chirurgicale, le patient est alors confié à son gastro-entérologue pour la poursuite de la prise en charge.

4) Analyse statistique

Les données ont été exprimées en médiane accompagnée des valeurs extrêmes sauf indication particulière.

Pour déterminer s'il existe une différence entre deux valeurs, un test du Chi-2 a été utilisé pour les variables qualitatives et d'un test de Student pour les variables quantitatives.

A été considérée comme significative une valeur pour $p < 0,05$.

Résultats

Sur la période étudiée, 32 patients ont bénéficié d'une chirurgie en urgence ou semi urgence pour prise en charge d'une CAG compliquant une RCH selon les critères retenus et exposés précédemment.

Vingt-sept patients ont bénéficié d'une colectomie totale ou subtotale avec iléostomie terminale (84,4%) constituant le groupe « Hartmann » et 5 patients ont bénéficié d'une colectomie subtotale avec iléostomie terminale et sigmoïdostomie (15,6%), constituant le groupe « Sigmoïdostomie ».

1) Caractéristiques pré-opératoires des patients

La population de notre série comprenait 18 hommes (56,3%) et 14 femmes (43,7%).

L'âge médian au moment de la chirurgie était de 36,9 ans (16 -75 ans).

Au moment de la première intervention chirurgicale, 51,6 % des patients n'avaient jamais fumé ; 9,7 % étaient des fumeurs actifs et 38,7 % étaient des anciens fumeurs.

L'IMC médian était de 21,8 kg/m² (15,4-30,1). Cinq patients (15,6%) présentaient un IMC < 18,5 définissant un état de maigreur ; 19 patients (59,4%) avaient une corpulence normale et 8 patients (25%) avaient un surpoids (IMC > 25 kg/m²).

La majorité des patients (91%) avaient des critères biologiques de dénutrition (albuminémie inférieure à 30g/l). Cette dénutrition était profonde (albuminémie < 25g/l) dans 63,6% des cas.

Tous les patients ont présenté une perte de poids dans les semaines précédant la prise en charge chirurgicale (en moyenne 6kg en 2 semaines).

Le score ASA était de 2 pour 20 patients, 3 pour 11 patients et 4-5 pour 1 patient.

Les caractéristiques pré-opératoires des patients sont rapportées dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques pré-opératoires

	Total	Groupe Hartmann	Groupe Sigmoidostomie	p
Sexe (homme/femme)	18/14 (56,3%/43,7%)	13/14 (48,1%/51,9%)	5/0 (100%/0%)	0,032
Age moyen (années)	36,7 (16-75)	36,7 (16-75)	36,8 (16-50)	0,815
Tabagisme	n=31	n=26	n=5	0,285
Actif	3 (9,7 %)	2 (7,7 %)	1 (20 %)	
Sevré	12 (38,7 %)	9 (34,6 %)	3 (60 %)	
Absence	16 (51,6%)	15 (57,7%)	1 (20 %)	
IMC moyen (kg/m²)	22,4 (15-30)	22,2 (15-30)	23,4 (18-28)	0,629
Albuminémie moyenne (g/l)	22,8	23,8	19,4	0,1
Score ASA	n=32	n=27	n=5	0,016
2	20 (62,5 %)	19 (70,4 %)	1 (20 %)	
3	11 (34,4%)	8 (29,6 %)	3 (60 %)	
4 – 5	1 (3,1 %)	0 (0 %)	1 (20 %)	

2) Caractéristiques de la rectocolite hémorragique

Tous les patients présentaient une atteinte dépassant l'angle colique gauche soit une atteinte E3 de la classification de Montréal.

Tous les patients présentaient une CAG selon le score de Truelove et Witts modifié (6 selles sanglantes par jour associées à un ou plusieurs autres critères).

La médiane de la durée d'évolution de la maladie avant la chirurgie était de 24,1 mois et la moyenne de 35,7 mois (0-150). La RCH était diagnostiquée depuis moins d'un an chez 31,3% des patients et depuis plus de 5 ans chez 21,9%. Six patients (18,8%) ont nécessité une prise en charge chirurgicale en urgence ou semi-urgence lors de leur première poussée de RCH.

Pour 26 (81,3%) patients, l'indication chirurgicale était une CAG résistante au traitement médical optimal bien conduit. Pour 6 (18,7%) patients, l'indication chirurgicale était une CAG compliquée : une hémorragie massive non contrôlée (3,1%), une péritonite sur perforation colique (6,2%), un mégacôlon toxique (9,4%).

Le diagnostic de RCH a été confirmé dans tous les cas lors de l'examen de la pièce opératoire.

3) Traitements médicaux

- Traitements médicamenteux de la CAG

La totalité des patients a bénéficié d'un traitement médical après le diagnostic de la RCH qui a été intensifié ou modifié lors de l'épisode de CAG.

Lors de la CAG, tous les patients ont reçu une corticothérapie par voie intra-veineuse.

Un traitement par aminosalicylés avait été reçu par 46,9% des patients.

Un traitement par thiopurines (azathioprine) avait été reçu par 46,9% des patients.

Un traitement de seconde ligne par ciclosporine avait été reçu par 40,6% des patients.

Un traitement par anti-TNF α (Infliximab ou/et Adalimumab) avait été reçu par 53,1% des patients. Cinq patients (15,6%) ont reçus les deux traitements.

Un traitement par méthotrexate avait été reçu par 6,3% des patients.

La majorité des patients (22/32 soit 68,8%) a reçu au moins 3 traitements médicamenteux avant le recours à la chirurgie.

Seuls 4 patients n'ont reçu qu'un seul traitement (corticothérapie). Parmi eux 2 patients ont été opérés en urgence en raison d'une perforation colique. Les 2 autres patients présentaient une résistance au traitement médical avec une intolérance médicamenteuse aux anti-TNF α contre-indiquant leur utilisation.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour les traitements reçus.

Tableau 2: Traitement de la CAG

	Total (n=32)	Groupe Hartmann (n=27)	Groupe Sigmoidostomie (n=5)	P
Corticothérapie	32 (100%)	27 (100%)	5 (100%)	/
Aminosalicylés	15 (46,9%)	12 (44,4%)	3 (60%)	0,522
Azathioprine	15 (46,9%)	14 (51,9%)	1 (20%)	0,1899
Ciclosporine	13 (40,6%)	10 (37%)	3 (60%)	0,3369
Infliximab	17 (53,1%)	14 (51,9%)	3 (60%)	0,7373
Adalimumab	5 (15,6%)	4 (14,8%)	1 (20%)	0,7693
Méthotrexate	2 (6,3%)	2 (7,4%)	0 (0%)	0,5297

- Transfusion

Vingt-trois patients (71,9%) de notre population ont bénéficié d'au moins une transfusion de culot globulaire (de 1 à 12 unités) : 4 patients dans le groupe « Sigmoidostomie » et 19 patients dans le groupe « Hartmann ».

- Antibiothérapie

Une antibiothérapie pré-opératoire a été instaurée dans 65,6% des cas pour le traitement de la CAG.

4) Caractéristiques chirurgicales

- Antécédents chirurgicaux abdominaux

Sept patients (21,9%) avaient au moins un antécédent de chirurgie abdominale. Un patient avait déjà subi une sigmoïdectomie pour diverticulose colique. Les autres antécédents chirurgicaux étaient 3 chirurgies pariétales, 1 cholécystectomie et 3 césariennes.

- Voie d'abord chirurgical

Un abord par laparotomie a été réalisé dans 10 cas (8 dans le groupe Hartmann) et un abord laparoscopique dans 22 cas (19 dans le groupe Hartmann) sans aucune conversion.

Tableau 3: Indications chirurgicales pour l'abord par laparotomie

GROUPE HARTMANN	GROUPE SIGMOIDOSTOMIE
1 mégacôlon toxique	1 choc septique associé à un mégacôlon toxique
2 sepsis	1 choc septique avec défaillance multi viscérale
2 perforations coliques	
1 perforation bouchée	
2 sans cause particulière	

La voie d'abord par laparoscopie a été réalisée chez 68,8% des patients.

- Durée opératoire

La durée opératoire médiane était de 183 minutes. Le tableau 4 présente les médianes et les extrêmes des durées opératoires en minutes en fonction de l'intervention réalisée et de sa voie d'abord.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour les durées opératoires.

Tableau 4: Durée opératoire en fonction de la voie d'abord (en minute)

	Population totale	Groupe Hartmann	Groupe Sigmoidostomie	p
Laparotomie	125 (95-260)	115 (95-260)	143 (125-160)	0,9169
Laparoscopie	195 (130-380)	200 (130-380)	185 (170-300)	0,9339
Durée médiane	183 (95-380)	190 (95-380)	170 (125-300)	0,7747

- Complications peropératoires

Quatre perforations coliques ont été réalisées lors de la manipulation du colon, toutes lors d'un abord laparoscopique mais aucune n'a nécessité de conversion.

5) Période post opératoire

- Morbi-mortalité précoce

- La mortalité dans notre population était nulle.

- La morbidité globale post opératoire a touché 18 patients (56,3%) de notre population, respectivement 14 (51,9%) patients dans le groupe « Hartmann » et 4 (80%) dans le groupe « Sigmoidostomie ».

Vingt-sept complications au total sont survenues, 18 dans le groupe « Hartmann » et 9 dans le groupe « Sigmoidostomie ». Cette différence est statistiquement significative ($p=0,0471$) (Tableau 6)

- La morbidité chirurgicale post-opératoire était présente chez 12 (37,5%) patients. Ces complications post-opératoires sont détaillées dans le tableau 6.

Huit (29,6%) patients du groupe « Hartmann » et 2 (40%) patients du groupe « Sigmoidostomie » ont présenté une complication d'un grade supérieur ou égal à 3 de la classification de Clavien-Dindo.

Cinq (15,6%) patients ont été réopérés dans les 30 jours suivant la première chirurgie :

- 3 (11,1%) dans le groupe Hartmann :
 - . lavage-drainage d'une collection abdominale à J4
 - . fermeture d'une réouverture du moignon rectosigmoïdien et lavage-drainage à J 75

. reprise locale d'iléostomie pour fistule à J24

- 2 (40%) dans le groupe Sigmoidostomie
 - . lavage-drainage d'une péritonite purulente à J9
 - . lavage-drainage d'une collection abdominale à J13

Cinq (18,5%) patients du groupe « Hartmann » ont présenté des collections intra-abdominales. Une seule (3,7%) était pelvienne et a nécessité une réintervention. En per-opératoire, il n'a pas été constaté de réouverture du moignon rectosigmoïdien mais un aspect de lymphorrhée surinfectée.

Tableau 5: Caractéristiques des collections intra-abdominales post-opératoires du groupe Hartmann

Localisation	Date de découverte	Aspect de la collection	Traitement réalisé
Sous hépatique	J8	Liquide citrin stérile	Drainage radiologique
Flanc gauche	J25	Hématome infecté	Drainage radiologique et antibiothérapie
Flanc gauche	J5	Lymphorrhée	Antibiothérapie seule
Flanc gauche et arrière cavité des épiploons	J29	Liquide clair	Drainage radiologique et antibiothérapie
Pelvis	J4	Lymphorrhée surinfectée	Lavage-drainage chirurgical

- Durée du séjour hospitalier

La durée médiane de séjour post opératoire est de 14 jours. Elle est de 13 jours dans le groupe Hartmann et 27 jours dans le groupe « Sigmoidostomie ». Cette différence est statistiquement significative ($p=0,009$).

Si l'on s'intéresse à cette durée en fonction de la voie d'abord on constate que la durée médiane du séjour post opératoire après laparoscopie était de 13 jours contre 23,5 jours si une laparotomie a été pratiquée.

Tableau 6 : Morbidité dans les 30 jours post-opératoires et durée d'hospitalisation

	Total	Hartmann	Sigmoidostomie	p
Nombre total de complications	27	18	9	0,0471
Complications médicales	11	8	3	0,0763
Complication thromboembolique	4	2	2	0,043
Pneumopathie	2	1	1	0,1667
Epanchement pleural	1	1	0	0,662
Insuffisance hépatocellulaire	1	1	0	0,662
Déséquilibre de diabète	1	1	0	0,662
Bactériémie	1	1	0	0,662
Pancréatite œdémateuse	1	1	0	0,662
Complications chirurgicales	16	10	6	0,0501
Collection intra-abdominale	6	5	1	0,9379
Iléus post-opératoire	4	3	1	0,5809
Hémorragie sur lâchage de moignon rectosigmoïdien	1	1	0	0,662
Péritonite purulente	1	0	1	0,0182
Fistule grêlique	1	0	1	0,0182
Abscess de paroi	1	0	1	0,0182
Fistule sur iléostomie	1	1	0	0,662
Invagination de sigmoïdostomie	1	/	1	
Classification de Clavien-Dindo				0,391
I	3	3	0	
II	5	3	2	
IIIa	4	4	0	
IIIb	5	3	2	
IVa	1	1	0	
IVb	0	0	0	
V	0	0	0	
Durée d'hospitalisation post-opératoire				
Moyenne (minimum-maximum) (en jours)	18,6 (7-32)	16 (7-32)	32,2 (14-48)	0,009
Médiane (en jours)	14	13	27	

- Morbidité après 30 jours.

Une patiente du groupe Hartmann a dû être prise en charge chirurgicalement à J 32 post-opératoires pour péritonite sur volvulus du grêle qui a nécessité une résection de 75 centimètres d'intestin grêle. Cette même patiente a eu une nouvelle chirurgie à 4 mois du premier geste pour occlusion sur bride.

6) Prise en charge chirurgicale à distance de la CAG

- Deuxième temps opératoire

Tableau 7: Deuxième temps opératoire

	Total n=32	Groupe Hartmann n=27	Groupe Sigmoidostomie n=5	<i>p</i>
AIA	20 (62,5%)	17 (63%)	3 (60%)	<i>p</i> = 1
Laparoscopie	12	10	2	
Laparotomie	8	7	1	
AIR	4 (12,5%)	3 (11,1%)	1 (20%)	<i>p</i> = 0,512
Laparoscopie	1	1	0	
Laparotomie	3	2	1	
AAP	2 (6,3%)	2 (7,4%)	0 (0%)	<i>p</i> = 1
Pas de deuxième temps	3 (9,4%)	3 (11,1%)	0 (0%)	/
En attente	1 (3%)	0 (0%)	1 (20%)	/
Perdus de vue	2 (6,3%)	2 (7,4%)	0 (0%)	/

Au total 24 (75%) patients ont bénéficié d'un rétablissement de la continuité digestive.

La proctectomie associée à une remise en continuité par une anastomose iléo-anale avec réservoir en J qui ne laisse pas de tube digestif atteint par la RCH était l'intervention la plus fréquemment pratiquée (20 patients sur 32 soit 62,5%). Elle a pu être réalisée par abord laparoscopique chez 12 patients sur 20 (60%). Les 8 patients qui ont eu une laparotomie étaient pour 4 d'entre eux des patients qui avaient déjà eu une laparotomie lors de la colectomie subtotal et les 4 derniers patients présentaient des adhérences importantes rendant l'abord par laparoscopie difficile.

Un rétablissement de continuité par anastomose iléo-rectale a été réalisé chez 4 (12,5%) patients (3 femmes et 1 homme) qui ne présentaient qu'une atteinte résiduelle légère du rectum au contrôle endoscopique. L'abord chirurgical a été une laparotomie dans 3 (75%) cas.

Deux patients ont bénéficié d'une proctectomie seule avec iléostomie définitive : en raison de son âge pour un patient (70 ans) et pour le second patient, en raison de l'impossibilité de réaliser une anastomose iléo-anale avec un réservoir lors de la proctectomie.

Deux patients ont été perdus de vue.

Trois (9,4%) patients n'ont pas bénéficié de deuxième temps chirurgical (2 patients ne souhaitent pas de nouvelle chirurgie et une patiente présentait un état général précaire contre-indiquant une nouvelle intervention).

Il n'existe pas de différence entre les 2 groupes de patients pour le type de deuxième temps réalisé pour le rétablissement de continuité.

Le délai médian entre le premier temps et le deuxième temps chirurgical était de 3,8 mois (2-40).

La durée opératoire médiane du deuxième temps chirurgical est de 238 minutes.

Tableau 8: Durée opératoire en fonction du type de deuxième intervention réalisée et de la voie d'abord

Type d'intervention et voie d'abord	Durée opératoire médiane (min)
AIA	250
AIA par abord laparoscopique	263 (160-360)
AIA par laparotomie	178 (125-255)
AIR	95
AIR par abord laparoscopique	75
AIR par laparotomie	115 (55-155)

Une complication chirurgicale majeure (Clavien-Dindo ≥ 3) a été décrite dans la population qui a bénéficié d'un deuxième temps opératoire. Il s'agissait d'une collection péri-anastomotique chez un patient qui avait bénéficié d'un rétablissement de continuité par anastomose iléo-rectale (colectomie subtotal avec double stomie première) dont l'évolution a été favorable après traitement par drainage radiologique et antibiothérapie.

La durée médiane du séjour post-opératoire était de 10 jours (4-26).

- Troisième temps opératoire

Le délai médian entre le 2^{ème} et 3^{ème} temps chirurgical était de 76 jours (56-198).

Dix-huit patients sur les 20 qui ont bénéficié d'une AIA avec réservoir ont eu une remise en continuité. Une patiente a été prise en charge dans un autre centre où le deuxième geste avait déjà été réalisé et a été perdue de vue. Le dernier patient est le seul patient qui n'avait pas eu d'iléostomie de protection de son anastomose iléo-anale.

La médiane de la durée du séjour post-opératoire était de 6 jours (3-16).

Parmi ces patients, un seul a présenté une fistule anastomotique spontanément résolutive et appartenait au groupe « Sigmoidostomie ».

7) Suivi des patients

La durée moyenne entre le dernier geste chirurgical et la date des dernières nouvelles était d' 1 an.

Discussion

Le but de notre étude rétrospective était d'évaluer la morbidité globale après réalisation d'une colectomie subtotale en urgence ou semi-urgence pour CAG compliquant une RCH et de démontrer la validité de l'intervention de « Hartmann » dans ce contexte en nous intéressant à la morbidité post-opératoire et au taux de rétablissement de continuité secondaire.

Nous avons réalisé une fermeture du moignon rectosigmoïdien selon « Hartmann » chez 27 des 32 patients atteints de CAG sur RCH, et une sigmoïdostomie chez 5 patients entre le 01 janvier 2003 et le 31 décembre 2012.

1) Morbi-mortalité

Nous n'avons pas observé de décès dans notre population. Un taux de mortalité est décrit dans d'autres séries de la littérature (22,26-29,31) et notamment dans la série danoise de Tøttrup et al qui rapporte un taux de mortalité de 5,2% pour la RCH lors de la prise en charge chirurgicale en urgence (20).

La morbidité globale dans notre série était de 56,3%. Nous avons distingué la morbidité médicale et la morbidité chirurgicale. Cette morbidité post-opératoire élevée, également retrouvée par Patel et al (21), peut être expliquée par différentes caractéristiques communes aux patients en pré-opératoire.

- L'altération de l'état général au moment de la chirurgie était probablement un facteur de risque de morbidité. Bien que l'IMC moyen était de 22,4 kg/m², les patients présentaient tous une perte de poids récente, parfois très importante, et le dosage de l'albuminémie mettait en évidence une dénutrition chez 91% de nos patients.

- Le score ASA était égal ou supérieur à 3 pour 37,5% des patients, bien qu'il s'agissait d'une population relativement jeune et souvent dépourvue de comorbidités associées. Cela témoigne de la gravité et du retentissement de la CAG sur l'individu.

- Les traitements médicaux de la CAG ne sont pas dépourvus d'effets indésirables et peuvent favoriser l'apparition de complications. La corticothérapie à forte dose fragilise les tissus et rend les patients plus vulnérables aux infections (6,15). La ciclosporine, utilisée en traitement de deuxième ligne entraîne une immunodépression chez les patients (9). Les biothérapies par anti-TNF α (Infliximab ou Adalimumab) altèrent également la réponse immunitaire et augmenterait le risque de complications post-opératoires même si ce sujet reste controversé à l'heure actuelle (10,22,23). Cinq de nos patients ont bénéficié à la fois d'un traitement par ciclosporine et d'un traitement par anti

TNF- α . La synergie de ces deux traitements et les retentissements sur la morbidité post-opératoire de cette association n'a pas encore été étudiée à l'heure actuelle. Cependant nous n'avons pas constaté de morbidité post-opératoire chez ces 5 patients après la colectomie subtotale. Un seul d'entre eux a présenté une collection péri-anastomotique après la réalisation du rétablissement de continuité par une anastomose iléo-rectale qui a pu être traitée avec succès par une antibiothérapie associée à un drainage radiologique.

La maladie thrombo-embolique était la complication médicale la plus fréquente que nous ayons constatée. Hyman et al (24) a décrit 8 cas de thromboses sur PICC-line (Peripherally Inserted Central Catheter) et 1 cas de thrombose de veine porte sur 74 patients atteints de MICI. Dans notre population, 6 cas d'accidents thromboemboliques ont été rapportés (2 embolies pulmonaires pré-opératoires ; 1 embolie pulmonaire post-opératoire, 2 thromboses veineuses iliaques et 1 thrombose partielle de la veine porte et de la veine mésentérique supérieure post-opératoires). Aucune de ces complications n'était liée à la présence d'un cathéter veineux central. Ces résultats montrent qu'il existe une susceptibilité de cette population à ce type de pathologie. Il est vraisemblable que les thromboses veineuses profondes soient plus fréquentes chez les patients atteints de CAG et que les cathéters centraux ne soient qu'un facteur favorisant supplémentaire à leur survenue.

Dans notre série c'est l'intervention type « Hartmann » qui a été la plus pratiquée (84,4% des CAG sur RCH qui ont été opérées). Il a été argumenté contre cette intervention qu'elle était responsable d'un taux plus important de sepsis pelvien notamment en raison de la survenue d'une réouverture du moignon recto-sigmoïdien (25).

Karch et al dès 1995, suivis par d'autres équipes ultérieurement (26–28), ont démontrés que laisser le moignon rectosigmoïdien fermé en intra-péritonéal était une intervention qui devait être reconsidérée et pouvait être pratiquée dans le cadre des MICI en raison d'un taux de réouverture du moignon rectosigmoïdien et d'un taux de sepsis pelvien acceptables (Tableau 9).

Dans notre population pour laquelle une intervention de « Hartmann » a été réalisée, le taux de complications infectieuses pelviennes était de 3,7%. Ce taux est plus faible que celui rapporté dans la majorité des études publiées ces dix dernières années (de 3,2 à 6,9%) (24,28–31). Le taux de réouverture du moignon rectosigmoïdien était également de 3,7% dans notre étude (1 patient ayant présenté une hémorragie lors de la survenue de cette complication). Ce taux est semblable à ceux rapportés dans la littérature (de 0 à 7,4%) (24,28–31)

Au total 5 patients sur les 27 du groupe « Hartmann » (18,5%) et 2 des 5 du groupe « Sigmoidostomie » (40%) ont présenté une collection intra-abdominale (soit 21,9% de la population totale). On décrit selon la classification de Clavien, 3 complications de grade IIIb, 3 complications de grade IIIa et 1 complication de grade II. Aucune de ces complications n'était en rapport avec une réouverture du moignon rectal.

Finalement, dans notre série les sepsis pelviens sont expliqués par une surinfection d'une lymphorrhée et non pas par une réouverture du moignon rectal. Cet élément n'est pas retrouvé dans les autres séries. Une dissection étendue et le caractère inflammatoire du colon dans ce contexte, pourraient expliquer la lymphorrhée susceptible de se surinfecter, même s'il n'est pas réalisé de curage ganglionnaire d'autant que le diagnostic de lymphorrhée a également été retenu pour d'autres collections intra-abdominales constatées dans notre population.

2) Place de la sigmoidostomie

Alves et al (32) privilégie la réalisation d'une sigmoidostomie lors de la colectomie subtotalaire en urgence. Plusieurs emplacements ont été décrits pour la localisation de celle-ci : en double stomie par le même orifice que l'iléostomie (32), en fosse iliaque gauche ou bien encore montée à la partie inférieure de la cicatrice médiane. D'autres encore, préfèrent laisser le moignon rectosigmoïdien fermé et monté en sous cutané (25,29,31). Ces auteurs choisissent ce type de prise en charge car selon eux, la réalisation d'une sigmoidostomie réduirait le taux de sepsis pelvien par absence de réouverture de moignon rectosigmoïdien court et faciliterait la dissection lors du rétablissement de continuité comparativement à l'intervention de Hartmann.

Les raisons pour lesquelles cette procédure n'est que très peu réalisée par notre équipe sont multiples.

La réalisation d'une sigmoidostomie ne permet pas d'éliminer le risque de sepsis abdominal (32). Dans notre série, 2 patients sur 5 de notre groupe « Sigmoidostomie » ont été réopérés en raison d'un sepsis abdominal. D'autre part, les patients sont doublement exposés au risque de complications de toute stomie telles que l'invagination, le prolapsus stomial ou à plus long terme, l'éventration sur un ancien orifice. La morbidité locale (infections et abcès de paroi) est plus importante qu'en cas d'intervention de Hartmann (26–28). De plus, la longueur de colon pathologique laissé en place est plus importante. La symptomatologie est alors difficilement contrôlable par des topiques contrairement à celle présentée quand seul le moignon rectal est toujours en place.

D'autre part, cette deuxième stomie peut entraîner une dégradation importante de l'image de soi du patient en modifiant encore plus le schéma corporel. Des sécrétions sanglantes et malodorantes parfois abondantes peuvent s'extérioriser par la sigmoidostomie et avoir un retentissement non négligeable sur la qualité de vie des patients (26). De plus, lorsque la

sigmoïdostomie est extériorisée par le même orifice que l'iléostomie, l'appareillage de la double stomie est difficile à gérer.

Nous pensons que la réalisation d'une sigmoïdostomie en fosse iliaque gauche est légitime lorsque le rectum est très inflammatoire avec un risque, selon l'opérateur, de réouverture du moignon rectosigmoïdien en cas d'agrafage.

3) Place de la laparoscopie

La chirurgie a évolué dans de nombreuses spécialités avec l'apparition de la laparoscopie. Vingt-deux patients de notre effectif ont pu bénéficier de cette voie d'abord sans qu'aucune conversion ne soit nécessaire. La laparoscopie peut être la voie d'abord pour la réalisation d'une intervention de Hartmann comme pour la réalisation d'une sigmoïdostomie. Les contre-indications à sa réalisation restent la péritonite et la nécessité d'un geste rapide en raison d'une durée opératoire par laparoscopie plus longue que lorsqu'un abord par laparotomie médiane est réalisé (médiane de 195 vs 125 minutes dans notre population).

Nous pensons que la laparoscopie doit être privilégiée puisqu'il est démontré que cette voie d'abord est faisable et sûre pour la réalisation d'une colectomie totale ou subtotale dans le cadre de la CAG compliquant une RCH et que la durée du séjour hospitalier post-opératoire ainsi que le délai pour le rétablissement de continuité sont réduits chez ces patients (31,33–35).

4) Rétablissement de continuité

Actuellement, l'intervention recommandée en première intention pour la deuxième étape opératoire est la (colo)proctectomie complémentaire avec rétablissement de la continuité digestive par une anastomose iléo-anale avec réservoir en J (8). Cette intervention donne une bonne satisfaction aux patients et une qualité de vie acceptable (30).

Ce geste a été réalisé chez 62,5% de nos patients du groupe « Hartmann » sans qu'il ne soit décrit de difficulté pour localiser et mobiliser le moignon recto-sigmoïdien comme déjà constaté antérieurement (27,28) et contrairement à la critique que certaines équipes ont émise à ce sujet (25,32). Cette intervention a pu être réalisée sous laparoscopie pour 60% des patients. Les patients ayant eu une laparotomie étaient ceux qui avaient déjà eu une laparotomie lors du premier temps opératoire ou qui présentaient des adhérences abdominales ne permettant pas de poursuivre l'abord laparoscopique.

Pour Holubar et al (35), la laparoscopie semble être une voie d'abord faisable et sûre pour la réalisation de la coloproctectomie avec AIA et réservoir en J. Ce qui semble être confirmé par nos résultats puisque nous n'avons pas constaté de morbidité chirurgicale post-opératoire majeure parmi ces patients.

Dans notre série, les patients qui ont bénéficié d'une AIA ont eu une fermeture de l'iléostomie de protection dans un délai médian de 5,9 mois après la première chirurgie. Ce délai est plus court que ceux retrouvés dans d'autres études (22,28,30).

5) Limites de l'étude

La limite principale de notre étude est son caractère rétrospectif. Son faible effectif notamment en ce qui concerne le nombre de patients ayant eu une sigmoïdostomie en limite également la portée et constitue un biais d'interprétation. Une étude à plus grande échelle avec un nombre de patients plus conséquent et multicentrique permettrait de comparer de façon plus précise les différentes techniques de prise en charge du moignon rectosigmoïdien et de trancher en faveur du « Hartmann » ou de la sigmoïdostomie.

Tableau 9: Revue de la littérature sur le type de prise en charge chirurgicale de la RCH et des CAG.

Références	Lieu et période étudiée	Pathologie concernée et intervention	Caractère d'urgence	Traitement médical	Complication infectieuse pelvienne	Taux de réouverture du moignon	Taux de décès	Type de 2 ^{ème} chirurgie
Carter et al 1991 (25)	Toronto/Canada 03/82-08/1989	RCH (n =136) H: 51 (37,5%) S: 30 (22,1%) SC:55 (40,4%)	NR	Cortico 98,5%	H : 12% S : 7% SC : 4%	H : 2 % SC : 35%	0%	AIA 100% (critère de sélection de la population)
Karch et al 1995 (26)	New York/USA 1988-1993	MICI (n =114) dont 93 RCH (81,6%) Hartmann	à froid 45% semi urgence 40% urgence 12% inconnue 3%	Cortico 89% Ciclo 15% Mercap 11% Métho 1%	2,6 %	1,8 %	1,8 %	AIA 54,8% AAP 9,7% Rien 35,5%
Wøjdemann et al 1995 (27)	Copenhague/ Danemark 01/85-12/1991	MICI (n=147) Hartmann	semi-urgence 57% urgence 35% autres 8%	Cortico 67%	3,4%	1,4%	3,4%	AIA 46,5% AIR 22,5% AAP 10,6% Rien 20,4%
Alves et al 2003 (32)	Paris/ France 1980-1999	MICI (n=164) dont 35 RCH (21,3%) Sigmoïdostomie	semi-urgence 76% urgence 24%	Cortico 75% Ciclo 5%	NR (4,3% de complications septiques intra-abdominales)	Non applicable	0,6%	AIA 23,9% AIR 71,2% Rien 3,1% Perdus de vue 1,8%

Références	Lieu et période étudiée	Pathologie concernée et intervention	Caractère d'urgence	Traitement médical	Complication infectieuse pelvienne	Taux de réouverture du moignon	Taux de décès	Type de 2 ^{ème} chirurgie
Hyman et al 2005 (24)	Burlington/USA 07/90-07/2003	MICI (n=74) dont 51 RCH (68,9%) Hartmann	semi-urgence 89% urgence 11%	cortico 97% immuno 42%	5,4%	5,4%	0%	Pour les RCH AIA 60,8% AAP 19,6 Rien 19,6
Trickett et al 2005 (29)	Frimley/ Royaume Uni 1999-2004	MICI (n=37) dont 34 RCH (91,9%) H: 27 (73%) SC: 10 (27%)	semi-urgence 92% urgence 8%	cortico H : 68% SC : 75%	5%	H : 7,4% SC : 30%	0%	NR
Böhm et al 2007 (30)	Manchester/ Royaume Uni 01-90/08-2000	RCH (n=31) H : 18 (58,1%) S : 13 (41,9%)	à froid 23% semi-urgence 61% urgence 16%	NR	3,2%	0%	0%	AIA 64,5% AAP 12,9% Rien 12,9% Perdus de vue 9,7%
Brady et al 2007 (28)	Edinburgh/ Royaume Uni 10/94-02/2005	RCH (n=159) Hartmann	semi-urgence 79,9% urgence 20,1%	Cortico ou immuno 76,1%	6,9%	3,1%	1,9%	AIA 62,3% AAP 7,5% Rien 10,1% En attente : 20,1% (Hartmann<1 an)

Références	Lieu et période étudiée	Pathologie concernée et intervention	Caractère d'urgence	Traitement médical	Complication infectieuse pelvienne	Taux de réouverture du moignon	Taux de décès	Type de 2 ^{ème} chirurgie
Powar et al 2012 (22)	Brisbane/Australie 1996-2009	RCH (n=49) NR	semi-urgence : 95,9% urgence : 4,1%	cortico 100% ciclo 49% influx 12,2%	NR	NR	5%	AIA 86%
Gu et al 2013 (31)	Cleveland/USA 1998-2010	RCH et colite indéterminée (n= 204) H : 99 (48,5%) SC : 105 (51,5%)	à froid H : 59% SC : 77% semi urgence H : 41% SC : 33%	H : cortico 40% anti TNFα 37% aza 22% SC : cortico 38% anti TNFα 36% aza 22%	H : 6% SC : 4%	H : 5% SC : 10%	0,5 %	NR
Notre série 2013	Nancy/France 01/03-12/2012	RCH (n=32) H : 84,4% S : 15,6%	semi urgence : 81,3% urgence : 18,7%	cortico 100% 5asa 46,9% aza 46,9% ciclo 40,6% influx 53,1% adali 15,6% métho 6,3%	H : 3,7%	3,7%	0%	AIA 62,5% AIR 12,5% AAP 6,3% Rien 9,4% En attente 3% Perdus de vue 6,3%

RCH : rectocolite hémorragique MICI : maladie inflammatoire chronique intestinale (RCH, Maladie de Crohn et Colite indéterminée)

H : Hartmann S : sigmoïdostomie SC : moignon en sous cutané

Cortico : corticothérapie 5asa : pentasa Mercapt : mercaptopurine Aza : azathioprine Ciclo : ciclosporine Immuno : immunomodulateur Influx : infliximab Adali : adalimumab
Métho : méthotrexate

AIA : proctectomie avec anastomose iléo-anale avec réservoir en J AIR : anastomose iléo-rectale AAP : proctectomie seule

NR : non renseigné

Conclusion

Notre série montre que la colectomie subtotale associée à la fermeture du moignon rectosigmoïdien selon Hartmann, notamment par abord laparoscopique, est faisable et tout à fait acceptable étant donné sa faible morbi-mortalité propre. Elle laisse possible et réalisable le rétablissement de continuité digestive à type d'AIA avec réservoir en J comme deuxième temps chirurgical.

Toutefois nous pensons qu'une place existe pour la réalisation d'une sigmoïdostomie en fosse iliaque gauche lorsque le rectum est très pathologique laissant présager un risque de réouverture du moignon rectosigmoïdien en cas d'agrafage mais cette appréciation est un critère propre et personnel à l'opérateur.

Ces résultats nécessitent d'être confirmés par une étude à plus forte puissance, prospective et multicentrique comprenant des services pratiquant l'une ou l'autre des techniques ce qui pourrait permettre de constater la supériorité d'une intervention par rapport à l'autre.

Bibliographie

1. Vernier G, Cortot A, Gower-Rousseau C, Salomez J-L, Colombel J-F. [Epidemiology and risk factors of inflammatory bowel diseases]. *Rev Prat.* 15 mai 2005;55(9):949-961.
2. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology.* mai 2011;140(6):1785-1794.
3. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology.* janv 2012;142(1):46-54.e42; quiz e30.
4. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Br Med J.* 29 oct 1955;2(4947):1041-1048.
5. 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.* févr 2007;132(2):763-786.
6. Truelove SC, Jewell DP. Intensive intravenous regimen for severe attacks of ulcerative colitis. *Lancet.* 1 juin 1974;1(7866):1067-1070.
7. Kornbluth A, Sachar DB, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol.* mars 2010;105(3):501-523; quiz 524.
8. Dignass A, Lindsay JO, Sturm A, Windsor A, Colombel J-F, Allez M, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management. *J Crohns Colitis.* déc 2012;6(10):991-1030.
9. Lichtiger S, Present DH, Kornbluth A, Gelernt I, Bauer J, Galler G, et al. Cyclosporine in severe ulcerative colitis refractory to steroid therapy. *N Engl J Med.* 30 juin 1994;330(26):1841-1845.
10. 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.* juin 2005;128(7):1805-1811.
11. Dayan B, Turner D. Role of surgery in severe ulcerative colitis in the era of medical rescue therapy. *World J Gastroenterol WJG.* 7 août 2012;18(29):3833-3838.
12. Sachar DB. Management of acute, severe ulcerative colitis. *J Dig Dis.* févr 2012;13(2):65-68.
13. Williet N, Pillot C, Oussalah A, Billioud V, Chevaux J-B, Bresler L, et al. Incidence of and impact of medications on colectomy in newly diagnosed ulcerative colitis in the era of biologics. *Inflamm Bowel Dis.* sept 2012;18(9):1641-1646.

14. Andersson P, Söderholm JD. Surgery in ulcerative colitis: indication and timing. *Dig Dis Basel Switz*. 2009;27(3):335-340.
15. Dignass A, Eliakim R, Magro F, Maaser C, Chowers Y, Geboes K, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis*. déc 2012;6(10):965-990.
16. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott ID, Bernstein CN, Brant SR, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: Report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol J Can Gastroenterol*. sept 2005;19 Suppl A:5-36.
17. Ferro-Luzzi. Physical status : the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. GENEVA. World Health Organisation; 1995.
18. ANAES. Evaluation diagnostiques de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. 2003.
19. Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. août 2004;240(2):205-213.
20. Tøttrup A, Erichsen R, Sværke C, Laurberg S, Sørensen 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.
21. Patel SS, Patel MS, Goldfarb M, Ortega A, Ault GT, Kaiser AM, et al. Elective versus emergency surgery for ulcerative colitis: a National Surgical Quality Improvement Program analysis. *Am J Surg*. mars 2013;205(3):333-337; discussion 337-338.
22. Powar MP, Martin P, Croft AR, Walsh A, Petersen D, Stevenson ARL, et al. Surgical outcomes in steroid refractory acute severe ulcerative colitis: the impact of rescue therapy. *Color Dis Off J Assoc Coloproctology Gt Br Irel*. mars 2013;15(3):374-379.
23. Biondi A, Zoccali M, Costa S, Troci A, Contessini-Avesani E, Fichera A. Surgical treatment of ulcerative colitis in the biologic therapy era. *World J Gastroenterol WJG*. 28 avr 2012;18(16):1861-1870.
24. Hyman NH, Cataldo P, Osler T. Urgent subtotal colectomy for severe inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum*. janv 2005;48(1):70-73.
25. Carter FM, McLeod RS, Cohen Z. Subtotal colectomy for ulcerative colitis: complications related to the rectal remnant. *Dis Colon Rectum*. nov 1991;34(11):1005-1009.
26. Karch LA, Bauer JJ, Gorfine SR, Gelernt IM. Subtotal colectomy with Hartmann's pouch for inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum*. juin 1995;38(6):635-639.
27. Wøjdemann M, Wettergren A, Hartvigsen A, Myrhøj T, Svendsen LB, Bülow S. Closure of rectal stump after colectomy for acute colitis. *Int J Colorectal Dis*. 1995;10(4):197-199.

28. Brady RRW, Collie MHS, Ho GT, Bartolo DCC, Wilson RG, Dunlop MG. Outcomes of the rectal remnant following colectomy for ulcerative colitis. *Color Dis Off J Assoc Coloproctology Gt Br Irel.* févr 2008;10(2):144-150.
29. Trickett JP, Tilney HS, Gudgeon AM, Mellor SG, Edwards DP. Management of the rectal stump after emergency sub-total colectomy: which surgical option is associated with the lowest morbidity? *Color Dis Off J Assoc Coloproctology Gt Br Irel.* sept 2005;7(5):519-522.
30. Böhm G, O'Dwyer ST. The fate of the rectal stump after subtotal colectomy for ulcerative colitis. *Int J Colorectal Dis.* mars 2007;22(3):277-282.
31. Gu J, Stocchi L, Remzi F, Kiran RP. Intraperitoneal or subcutaneous: does location of the (colo)rectal stump influence outcomes after laparoscopic total abdominal colectomy for ulcerative colitis? *Dis Colon Rectum.* mai 2013;56(5):615-621.
32. Alves A, Panis Y, Bouhnik Y, Maylin V, Lavergne-Slove A, Valleur P. Subtotal colectomy for severe acute colitis: a 20-year experience of a tertiary care center with an aggressive and early surgical policy. *J Am Coll Surg.* sept 2003;197(3):379-385.
33. Marceau C, Alves A, Ouaisi M, Bouhnik Y, Valleur P, Panis Y. Laparoscopic subtotal colectomy for acute or severe colitis complicating inflammatory bowel disease: a case-matched study in 88 patients. *Surgery.* mai 2007;141(5):640-644.
34. Chung TP, Fleshman JW, Birnbaum EH, Hunt SR, Dietz DW, Read TE, et al. Laparoscopic vs. open total abdominal colectomy for severe colitis: impact on recovery and subsequent completion restorative proctectomy. *Dis Colon Rectum.* janv 2009;52(1):4-10.
35. Holubar SD, Larson DW, Dozois EJ, Pattana-Arun J, Pemberton JH, Cima RR. Minimally invasive subtotal colectomy and ileal pouch-anal anastomosis for fulminant ulcerative colitis: a reasonable approach? *Dis Colon Rectum.* févr 2009;52(2):187-192.

Annexes

1) Score modifié de Truelove et Witts

	Forme légère	Forme modérée	Forme sévère
Nombre de selles sanglantes /j	< 4	4 ou plus	≥ 6
		<i>Si</i>	<i>et</i>
Rythme cardiaque	< 90/min	≤ 90/min	> 90/min <i>ou</i>
Température	< 37,5°C	≤ 37,8°C	> 37,8°C <i>ou</i>
Taux d'hémoglobine	> 11,5g/dl	≥ 10,5g/dl	< 10,5g/dl <i>ou</i>
CRP	normale	≤ 30mg/l	> 30mg/l

2) Score de Lichtiger

Symptôme	Score
Diarrhée	
0-2	1
3-4	2
5-6	2
7-9	3
10	4
Diarrhée nocturne	
Non	0
Oui	1
Sang dans les selles	
0	0
<50	1
>50	2
100	3
Incontinence fécale	
Non	0
Oui	1
Douleur abdominale	
Aucune	0
Modérée	1
Moyenne	2
Sévère	3
Etat général	
Parfait	0
Très bon	1
Bon	2
Moyen	3
Mauvais	4
Terrible	5
Douleur à la palpation abdominale	
Aucune	0
Modérée et localisée	1
Modérée à moyenne et diffuse	2
Sévère ou douleur au rebond	3
Antidiarrhéiques	
Non	0
Oui	1

La poussée est dite sévère si le score de Lichtiger est supérieur ou égal à 10.

VU

NANCY, le **13 août 2013**

Le Président de Thèse

NANCY, le **28 août 2013**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

3) Professeur L. BRESLER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6532

NANCY, le 03/09/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La colite aiguë grave (CAG) compliquant une rectocolite hémorragique (RCH) est une pathologie sévère. Malgré l'apparition des biothérapies, la chirurgie garde une place importante dans la prise en charge de cette complication. Une procédure en 3 étapes est recommandée avec comme premier temps opératoire une colectomie subtotale avec iléostomie terminale. La conduite à tenir vis-à-vis du moignon rectosigmoïdien lors de ce geste est controversée entre la réalisation d'une intervention de Hartmann ou d'une sigmoïdostomie. Le but de ce travail était d'évaluer la validité de l'intervention de Hartmann.

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur les patients ayant été opérés dans notre service de Chirurgie Digestive du CHU de Nancy-Brabois pour CAG sur RCH au cours des 10 dernières années. Les données recueillies étaient les caractéristiques préopératoires, peropératoires, la morbidité postopératoire et la réalisation d'un rétablissement de la continuité. Une comparaison a été effectuée entre les 27 patients (84,4%) qui ont bénéficié d'une intervention de Hartmann et les 5 patients (15,6%) qui ont eu une sigmoïdostomie.

La mortalité était nulle et la morbidité totale de 56,3% selon la classification de Clavien-Dindo. Un seul patient (3,7%) du groupe Hartmann a présenté une réouverture du moignon rectosigmoïdien.

Le rétablissement de la continuité était réalisé ultérieurement si l'état général du patient le permettait. Une anastomose iléo-anale avec réservoir en J a été réalisée chez 17 (63%) patients du groupe Hartmann. Aucune difficulté de dissection du moignon rectosigmoïdien n'a été décrite.

L'intervention de Hartmann n'est pas responsable d'une morbidité propre. Elle constitue une alternative à la réalisation d'une sigmoïdostomie. Les arguments avancés contre cette intervention (réouverture du moignon rectosigmoïdien et difficulté de dissection) ne nous semblent pas suffisants. Elle reste pour nous l'intervention à privilégier dans cette indication.

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS

Management of the rectal stump in emergency for severe acute colitis in ulcerative colitis: is Hartmann's pouch a good surgical option?

THÈSE: MÉDECINE SPÉCIALISÉE-ANNÉE 2013

MOTS CLÉS :

Rectocolite hémorragique – Colite aiguë grave – Colectomie subtotale – Hartmann – Collection pelvienne – Réouverture moignon rectosigmoïdien – Rétablissement de continuité – Laparoscopie.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9 avenue de la Forêt de Haye

54 450 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex