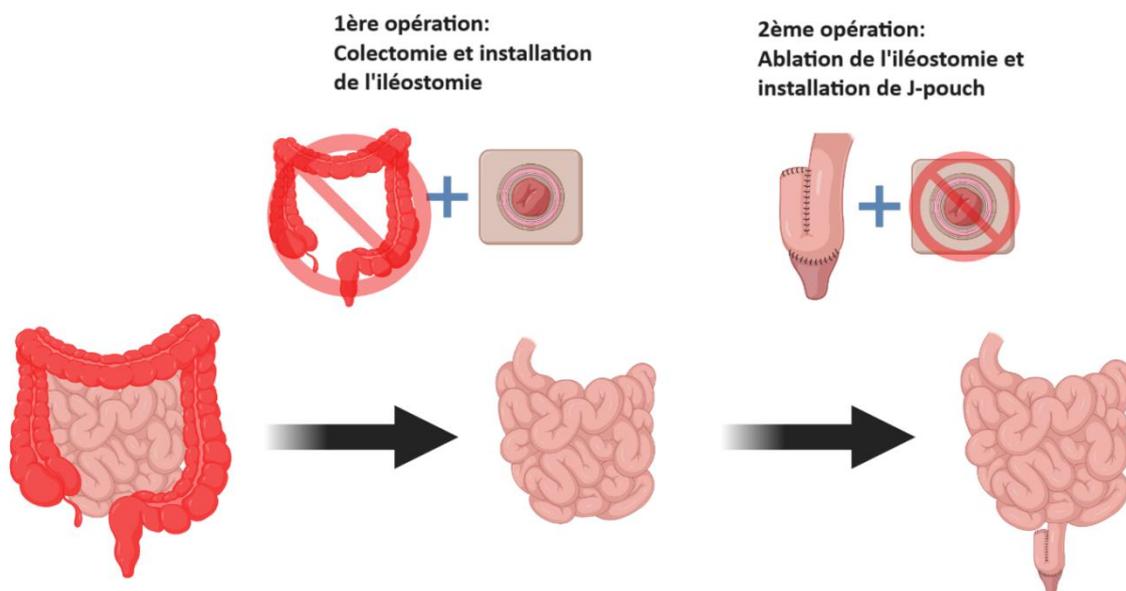


## Anastomose iléo-anale (réservoir en J)

Malgré les progrès des traitement médicamenteux et l'utilisation de thérapies innovantes, approximativement 10% des patients avec une rectocolite ulcéro-hémorragique nécessiteront, un jour, une intervention chirurgicale. La résistance au traitement médicamenteux (c'est-à-dire, une activité persistante de la maladie malgré l'utilisation d'un traitement médicamenteux adéquat) reste l'indication chirurgicale principale (chez environ 80% des patients).

### Colectomie (ablation du côlon) en urgence

Quand un épisode d'inflammation aiguë et sévère se présente (*colite aiguë grave*), le côlon peut se dilater considérablement (mégacôlon toxique), entraînant un risque élevé de perforation intestinale. Dans ces circonstances, lorsque les traitements médicamenteux « agressifs » par corticostéroïdes et/ou anti-TNF (infliximab) et/ou anti-Jak ne parviennent pas à contrôler la maladie, une intervention chirurgicale urgente est indiquée. Cela se présente chez environ 5% des patients. Lorsque cela se présente, une colectomie totale (ablation du côlon avec préservation du rectum) sera réalisée et une stomie iléale temporaire (iléostomie terminale) sera construite. Selon l'état général du patient et la distension préexistante de l'abdomen, cette intervention peut être réalisée laparoscopiquement (c'est-à-dire par des petits trous).



**Figure 1:** Formation d'un réservoir en J: dans la plupart des cas, le réservoir est créé en deux temps. La première étape consiste à retirer le côlon et à construire une stomie. Lors de la deuxième étape, la stomie est retirée et la poche est construite. *Figure créée avec BioRender.com.*

### Chirurgie électorale (non urgente) pour la rectocolite ulcéro-hémorragique

Les patients avec rectocolite ulcéro-hémorragique sont généralement traités par des médicaments, per os (des comprimés), sous-cutanés (des seringues) ou intraveineux (des perfusions). Malheureusement, pour un certain nombre de patients atteints de rectocolite ulcéro-hémorragique, ce traitement médicamenteux n'est pas suffisamment efficace, et une intervention chirurgicale est alors nécessaire. Une autre raison pour laquelle une intervention chirurgicale peut être planifiée chez ces patients atteints de rectocolite ulcéro-hémorragique est la présence d'une dysplasie (le stade préliminaire d'une tumeur maligne), qui ne peut pas être réséquée endoscopiquement.

Lors d'une chirurgie électorive, il y a généralement deux possibilités :

- 1) Résection (ablation) de l'ensemble du côlon et du rectum ainsi que du sphincter, et création d'une iléostomie définitive.
- 2) Résection de tout le côlon et du rectum, mais avec le préservation du sphincter. Un nouveau réservoir intestinal est alors construit en utilisant la dernière anse de l'intestin grêle: la formation d'un réservoir iléo-anal.

### **La création d'un réservoir en J**

Le concept de création d'un réservoir en J existe depuis le fin des années 70. Cette opération préserve le sphincter. La poche est construit en forme de J à partir de la partie distale de l'intestin grêle et est ensuite fixée à l'anus, d'où le nom de 'réservoir iléo-anal', parfois appelé 'poche en J'. Dépendante de facteurs divers, l'opération peut être effectuée à des moment différents. Selon les directives européennes (ECCO guidelines), il est préférable que ces interventions soient réalisées par des chirurgiens expérimentés dans des hôpitaux accueillant un grand nombre des patients.

### **La fonction de la poche**

Les patients ayant subi ce type d'intervention, doivent généralement aller aux toilettes six fois par jour, dont parfois une fois pendant la nuit. La plupart des patients ne souffrent pas d'incontinence, mais quelques patients ont une perte de liquide brun occasionnelle (spotting). De plus, la plupart des patients sont généralement capables de retenir leurs selles lorsqu'ils ont une envie pressante d'aller aux toilettes. Neuf patients sur dix jugent que leur situation avec la poche est meilleure que celle avant l'opération.

Le fonctionnement de la poche sera suivi lors des consultation régulières par de scores validés. Pour les patientes avec une poche en J, l'accouchement par voie basse est plutôt déconseillé car cela pourrait provoquer (même de façon inaperçue) des lésions du sphincter. Une césarienne est généralement préférée par le gastro-entérologue traitant et le gynécologue.

### **Complications**

La complication la plus fréquente à court terme après ce type d'intervention est une fuite (un lâchage) de l'anastomose (la connexion) entre la poche iléale et l'anus ou un fuite de la poche-même. Cela se présente chez environ 15% des patients. Si au cours de l'intervention, le patient n'a pas bénéficié de la mise en place d'une stomie, les patients qui développent une fuite après l'intervention chirurgicale, doivent subir une nouvelle intervention chirurgicale pour construire une stomie. Cela est généralement nécessaire pour éviter la survenue d'autres complications graves et de permettre à la fuite de se résorber.

D'autres complications peuvent survenir après ce type de chirurgie, et se développent plus tard, telles que la survenue d'adhérences abdominales. Ces adhérences peuvent donner lieu à des obstructions intestinales. Puisque 90% de ces interventions sont aujourd'hui réalisées par des petits trous (laparoscopie) ou chirurgie robotique, cette complication est de moins en moins fréquente. D'autre part, la réalisation de la chirurgie par laparoscopie augmente les chances de grossesse spontanée en comparaison à la procédure ouverte (laparotomie).

En cas d'échec de la poche (pouch failure), celle-ci est généralement retirée et une stomie définitive est alors construite. Cette complication survient chez seulement 5-10% des patients au cours du suivi à long terme.

## **Pouchite**

La complication plus fréquente à long terme, est la survenue d'une *pouchite*, qui est, en fait, une inflammation dans la poche. 30 à 50% des patients développent au moins un épisode de pouchite. Cet épisode se caractérise par une augmentation du nombre de selles et la survenue d'urgences. Dans la plupart des cas, celle-ci est traitée par antibiotiques. Un petit nombre de personnes ont besoin de traitements chroniques (tels que les biologiques).

## **En résumé**

La formation d'un réservoir iléo-anal reste une intervention complexe. Cependant, cette intervention permet de préserver le sphincter avec de bons résultats à long terme. Chez la plupart des patients, la création d'une poche en J améliore la qualité de vie et permet un fonctionnement intestinal tout à fait correct.