**Author: Peter Bossuyt**

**Les opérations en cas de maladies inflammatoires chroniques de l’intestin**

**La maladie de Crohn**

La maladie de Crohn est une maladie progressive dans laquelle l'inflammation provoque des dommages et des cicatrices dans l'intestin au fil du temps, ce qui peut entraîner des complications. Les complications les plus courantes sont le développement des rétrécissements (sténoses), de trajets inflammatoires (fistules) entre l'intestin et d'autres organes, de collections de pus (abcès) ou d'un cancer de l'intestin. Ces complications sont la principale raison d'une intervention chirurgicale. Par ailleurs, la chirurgie est parfois pratiquée lorsque la maladie ne répond pas aux médicaments. La chirurgie effectuée dane le cadre d’une maladie de Crohn ne guérit pas la maladie. Elle permet toutefois d’enlever la complication et de stopper temporairement l'activité de la maladie. Après l'opération, il y a toutefois un risque que la maladie de Crohn revienne sous une forme ou une autre.

Aujourd'hui, la plupart des opérations sont réalisées par laparoscopie. La cavité abdominale est gonflée au dioxyde de carbone, et les instruments et la caméra sont introduits par de petites incisions faites dans l’abdomen. Si l'opération est plus complexe, une incision plus large doit être pratiquée et elle devient une "opération ouverte" (laparotomie). L'opération la plus courante dans la maladie de Crohn est une résection iléocæcale. Il s'agit de retirer la dernière partie de l'intestin grêle (iléon) et la première partie du gros intestin (caecum). Le gros intestin et l'intestin grêle sont ensuite réunis. Si la lésion est située au milieu de l'intestin grêle ou du gros intestin, il s'agit d'une résection segmentaire soit de l'intestin grêle ou côlon. Dans certaines situations, une grande partie du côlon doit être enlevée. On parle alors de colectomie totale ou subtotale (seul le rectum reste en place). Une colectomie totale dans la maladie de Crohn implique souvent la construction d'une stomie (communément appelée « poche »). L'intestin grêle est abouché à la peau. Cette opération peut également être effectuée avec le gros intestin si le rectum est enlevé pendant l'opération (par exemple en cas de fistule anale complexe). Comme la maladie de Crohn ne disparaît pas avec la chirurgie, on tente également de réaliser une chirurgie d'épargne intestinale impliquant des techniques chirurgicales de stricturoplasties. Dans le cadre de ces "stricturoplasties", l'intestin est coupé en deux dans le sens de la longueur, puis recousu dans le sens de la largueur de manière à ouvrir un rétrécissement ou une zone d'inflammation.

Il est important qu'un patient soit préparé de manière optimale à la chirurgie. Cela peut se faire par exemple en améliorant l'état nutritionnel et en arrêtant de fumer. Il est connu que le tabagisme augmente le taux de complications de la chirurgie et le taux de récidive de la maladie de Crohn. Si une intervention chirurgicale doit être pratiquée à cause d'un abcès, il est important de le "refroidir" d'abord avec des antibiotiques ou en ponctionnant l'abcès. De cette manière, l'inflammation est réduite et l'intestin peut être suturé de manière plus sûre. Dans tous les cas, si la suture ne peut être sécurisée, il est décidé pendant l'opération de construire une stomie temporaire dite « de protection ». Elle peut ensuite être refermée quelques mois plus tard, une fois que la suture est cicatrisée. Après l'opération, un patient atteint de la maladie de Crohn doit être étroitement surveillé afin de détecter toute rechute précoce. En principe, une nouvelle ileocoloscopie est prévue 6 mois après l'opération pour vérifier si la maladie n'est pas revenue. En fonction de la gravité de la rechute, il sera décidé de reprendre ou de modifier le traitement.

Pour les fistules anales, les opérations sont spécifiquement indiquées dans la maladie de Crohn. Ici, la fistule peut soit être coupée soit être mise à plat selon l’anatomie de la fistule. Pour favoriser la cicatrisation, on insère parfois un fil (appelé séton) dans la fistule, qui reste alors en place pendant une longue période.

**La colite ulcéreuse**

Dans la colite ulcéreuse, en principe, une seule opération est effectuée. C'est la proctocolectomie totale. Elle n'est pratiquée que chez les patients pour lesquels il n'y a plus d'options médicamenteuses ou lorsqu'une tumeur intestinale (débutante) a été diagnostiquée. Il s'agit d'une opération complexe au cours de laquelle l'ensemble du côlon et du rectum sont retirés. Ensuite, il y a deux possibilités. Soit une stomie définitive est placée sur l'intestin grêle (iléostomie), soit un faux rectum est créé à partir de l’intestin grêle (poche en J). Cette dernière procédure est généralement réalisée en trois étapes. Tout d'abord, le côlon malade est presque entièrement retiré, ne laissant qu'un moignon du rectum. Une iléostomie temporaire est construite. Après quelques mois, le moignon rectal est également retiré et une poche en J est créée comme une réplique du rectum (appelé néo-rectum). Il est formé de parties de l'intestin grêle. Enfin, quelques semaines plus tard, l'iléostomie temporaire est fermée et le transit est rétabli. Comme la colite ulcéreuse ne se manifeste que dans le côlon, la maladie ne réapparaît pas après une proctocolectomie totale. Il est vrai, cependant, que la création de la poche en J (néorectum) peut entraîner une inflammation chronique de la poche, qui présente des caractéristiques similaires à celles de la colite ulcéreuse ou de la maladie de Crohn (pouchite). A noter qu’avec une poche en J , le patient risque d’avoir une fréquence accrue de selles, même sans pouchite.