

## **TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MALADIE DE CROHN.**

Yves Panis Service de chirurgie générale et digestive, Hôpital Lariboisière 2, rue Ambroise Paré, 75475 Paris Cedex 10

La chirurgie est nécessaire chez plus de 80 % des patients atteints de maladie de Crohn (MC). Quel que soit le type d'intervention réalisée, celle-ci ne guérira pas le patient, qui sera exposé à long terme à une récurrence sur l'intestin restant, et ce dans la majorité des cas. Le traitement chirurgical des lésions intestinales dues à la MC doit donc obéir à deux critères essentiels: n'opérer que les formes compliquées et résistantes au traitement médical, et pratiquer une résection intestinale la plus limitée possible, enlevant les seules lésions responsables des symptômes observés. Une étude randomisée a démontré que le taux de récurrence sur l'intestin restant était similaire en cas de marge de sécurité de 2cm ou de 12 cm après résection iléocaecale. Chez les patients opérés à plusieurs reprises, il est parfois utile de réaliser des stricturoplasties multiples, technique qui permet de lever les sténoses sans nécessiter de résection intestinale. La laparoscopie a été récemment proposée, avec des résultats équivalents ou meilleurs que ceux de la laparotomie, pour le traitement chirurgical de la MC. Plusieurs arguments plaident pour son utilisation dans la MC: (a) le moindre traumatisme de la paroi chez les sujets jeunes (où le souci esthétique est important); (b) le risque élevé d'interventions itératives; (c) la réduction de la douleur postopératoire et de la durée d'hospitalisation permettant une reprise plus rapide de l'activité professionnelle. Aujourd'hui, la mortalité est quasi-nulle après résection intestinale pour MC. La morbidité concerne principalement les complications septiques et en premier lieu les désunions anastomotiques. Une analyse multivariée retrouvait 4 facteurs de risque indépendants de morbidité: une albuminémie < 30g/L, une corticothérapie préopératoire, et un abcès ou une fistule découvert en peropératoire. La récurrence survient dans l'immense majorité des cas sur l'anastomose iléocolique et le grêle sus-anastomotique. Dans une série récente portant sur plus de 1900 patients avec MC, 71% étaient opérés au moins une fois dans les 10 ans suivant le diagnostic de MC. Une récurrence clinique était notée chez 33% des patients à 5 ans et 44% à 10 ans. En analyse multivariée, les facteurs de risque indépendants de récurrence clinique étaient: le sexe féminin (RR=1,2), une localisation sur le grêle ou iléo-colique (versus colorectal) (RR=1,8), et l'existence d'une fistule périnéale (RR=1,4). Le rôle du tabac est aussi actuellement bien démontrée et impose de fortement suggérer au patient d'arrêter de fumer en cas de MC (opéré ou non). Enfin, il est admis que l'aspect endoscopique 1 an après l'intervention permet de prévoir le risque ultérieure de récurrence. En conclusion, la grande majorité des patients porteurs d'une maladie de Crohn, quel qu'en soit la localisation, nécessitera au cours de l'évolution de la maladie un traitement chirurgical. La connaissance du risque élevé de récurrence justifie que la chirurgie soit réservée aux formes compliquées, résistantes au traitement médical. Cette chirurgie doit être économe en terme de résection intestinale. Enfin, ce risque élevé de récurrence postopératoire doit maintenant faire proposer un traitement médical postopératoire préventif des rechutes, notamment par les dérivés salicylés, et les immunosuppresseurs.