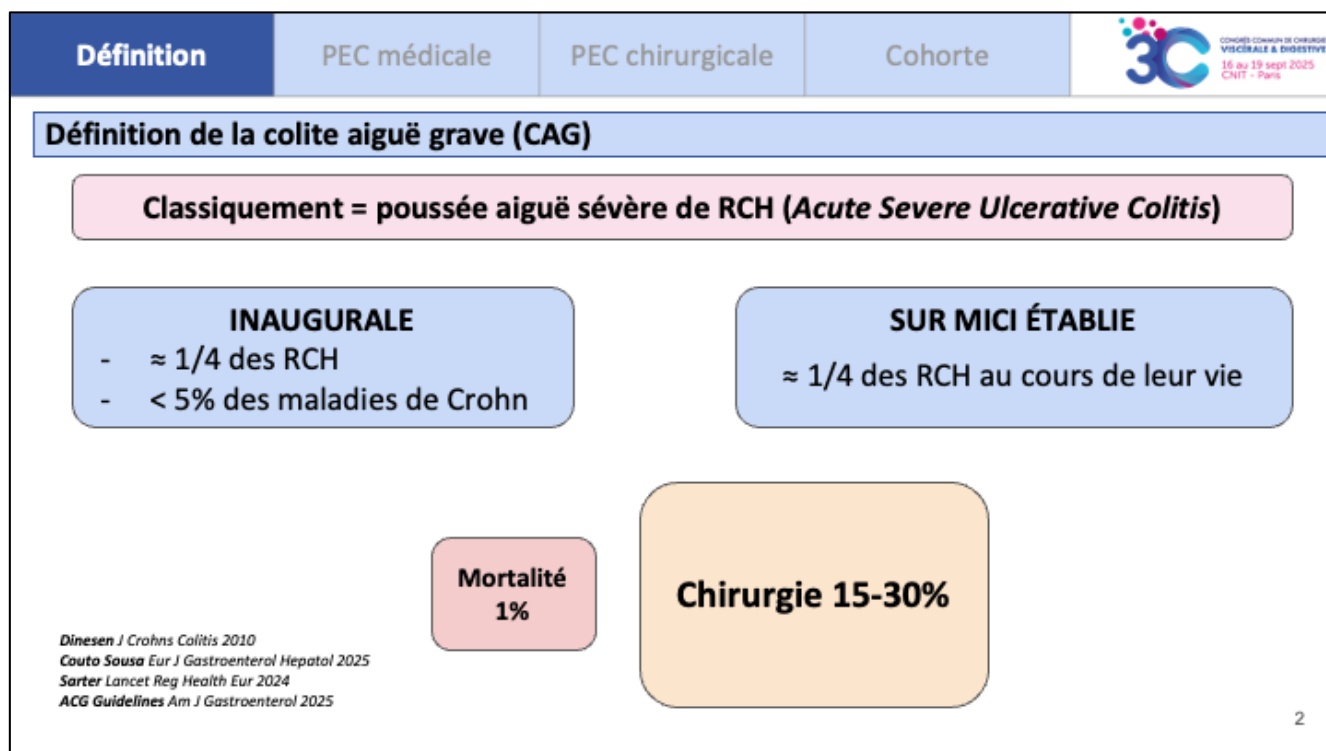
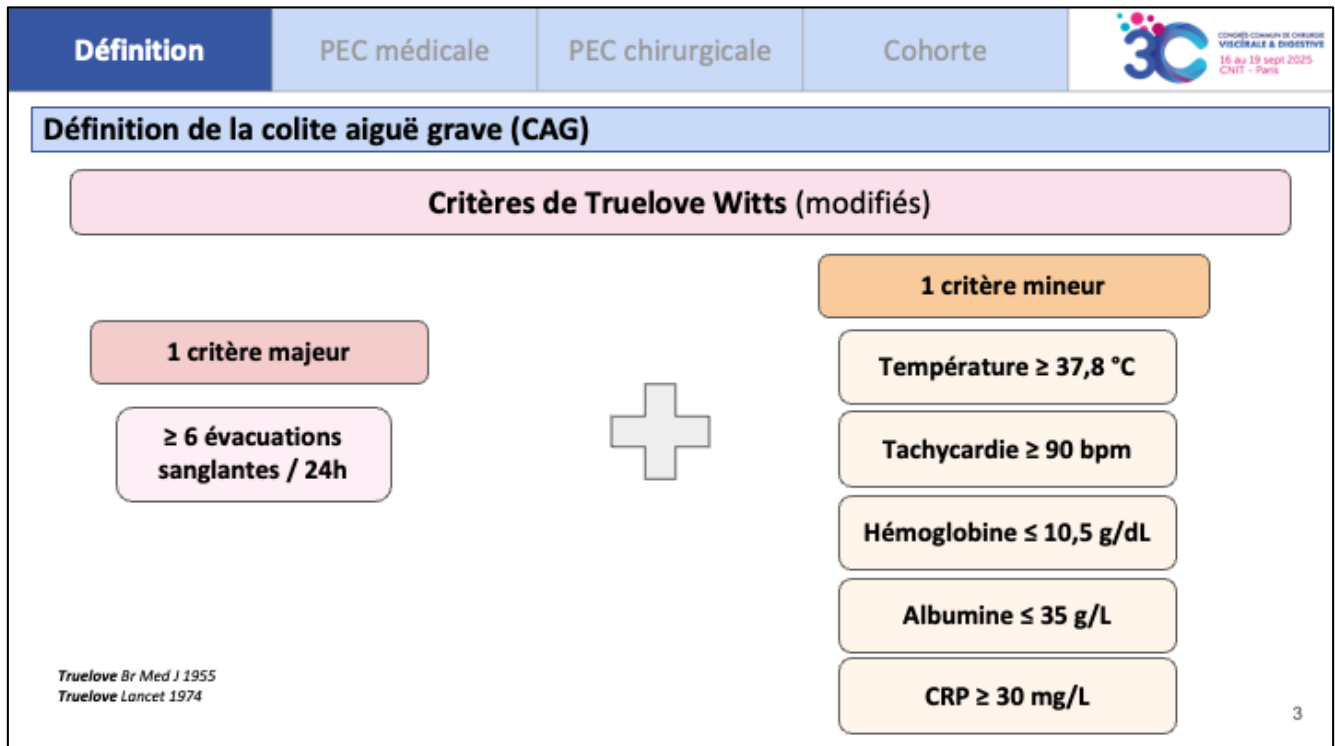




Mesdames et messieurs les modérateurs, mesdames et messieurs,
Merci d'avoir accepté cette présentation sur la prise en charge chirurgicale des CAG
dans les MICI



- Pour commencer, La colite aiguë grave C'est classiquement une poussée sévère de la RCH, inaugurale dans 1/4 des RCH et concernera un patient ayant une RCH sur 4
- Mortalité non négligeable et taux de colectomie élevé



Il y a 2 critères diagnostics :

- **TRUE LOVE** qui associe un critère majeur : **AU MOINS 6 évacuation sanglantes**

+ mineur : fièvre

modifiés car comportait la vitesse de sédimentation initialement

Définition

PEC médicale

PEC chirurgicale

Cohorte

Définition de la colite aiguë grave (CAG)

Score de Lichtiger

	Selles / jour	Selles nocturnes	% sang	Incontinence	Douleurs		État général	Imodium
					Spontanées	Provoquées		
0	0 - 2	Non	0%	Non	Aucune	Aucune	Parfait	Non
1	3 - 4	Oui	< 50%	Oui	Légères	Légères	Très bon	Oui
2	5 - 6		≥ 50%		Moyennes	Moyennes	Bon	
3	7 - 9		100%		Intenses	Intenses	Moyen	
4	≥ 10						Mauvais	
5							Très mauvais	

Diagnostic de CAG si score ≥ 10

Lichtiger NEJM 1994

4

Les seconds critères c'est un à un score de Lichtiger ≥ 10
 Nb selles / j ; nocturne ; % sang ; incontinence ; des douleurs spontanées ou provoquées ; un état général altéré et la nécessité de ralentisseurs du transit

a l'avantage de ne comporter que des critères cliniques

1. Bilan initial en hospitalisation

Colite aiguë grave (Truelove Witts ou Lichtiger ≥ 10)

Hospitalisation et bilan initial

Bilan biologique

TDM AP injectée

Rectosigmoïdoscopie (UCEIS)

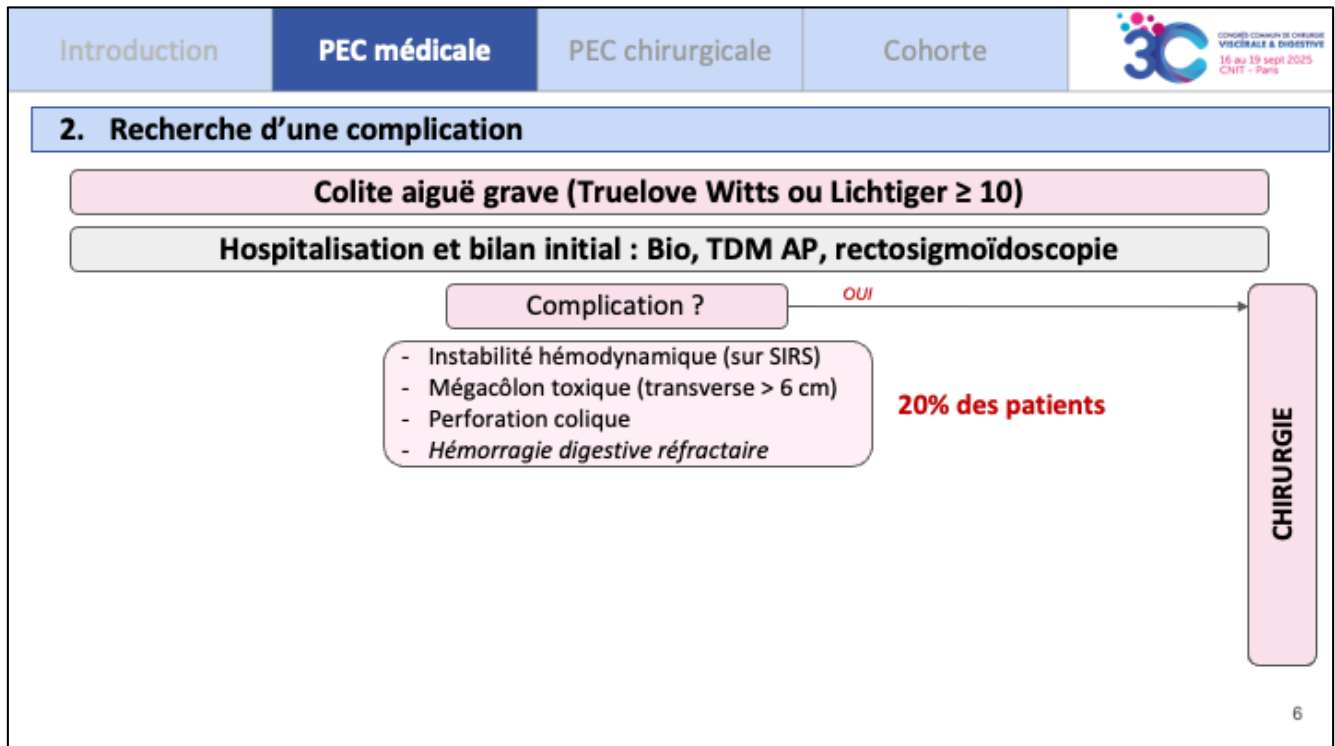
Bilan général + bilan pré anti-TNF

Lésions endoscopiques sévères + infection CMV et *C. Difficile*

Nutrition entérale - Anticoagulation préventive

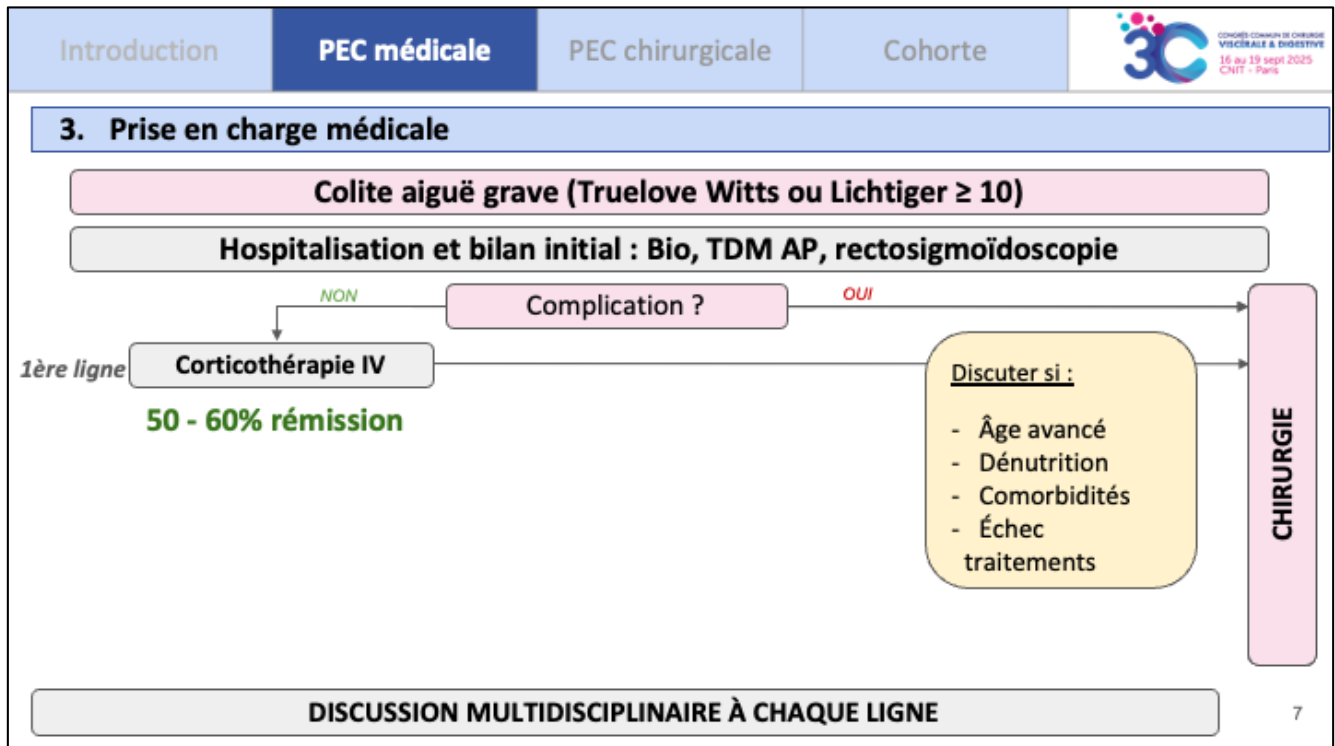
Pas d'antibiothérapie systématique

- Une fois la CAG diagnostiquée,
- L'hospitalisation s'impose et le bilan doit comporter :
- Biologie et un scanner pour bilan initial + anti TNF
- Rectosigmoïdoscopie classe gravité + surinfection
- Une thromboprophylaxie doit être débutée
- Pas d'intérêt parentérale ou antibiothérapie systématique
-

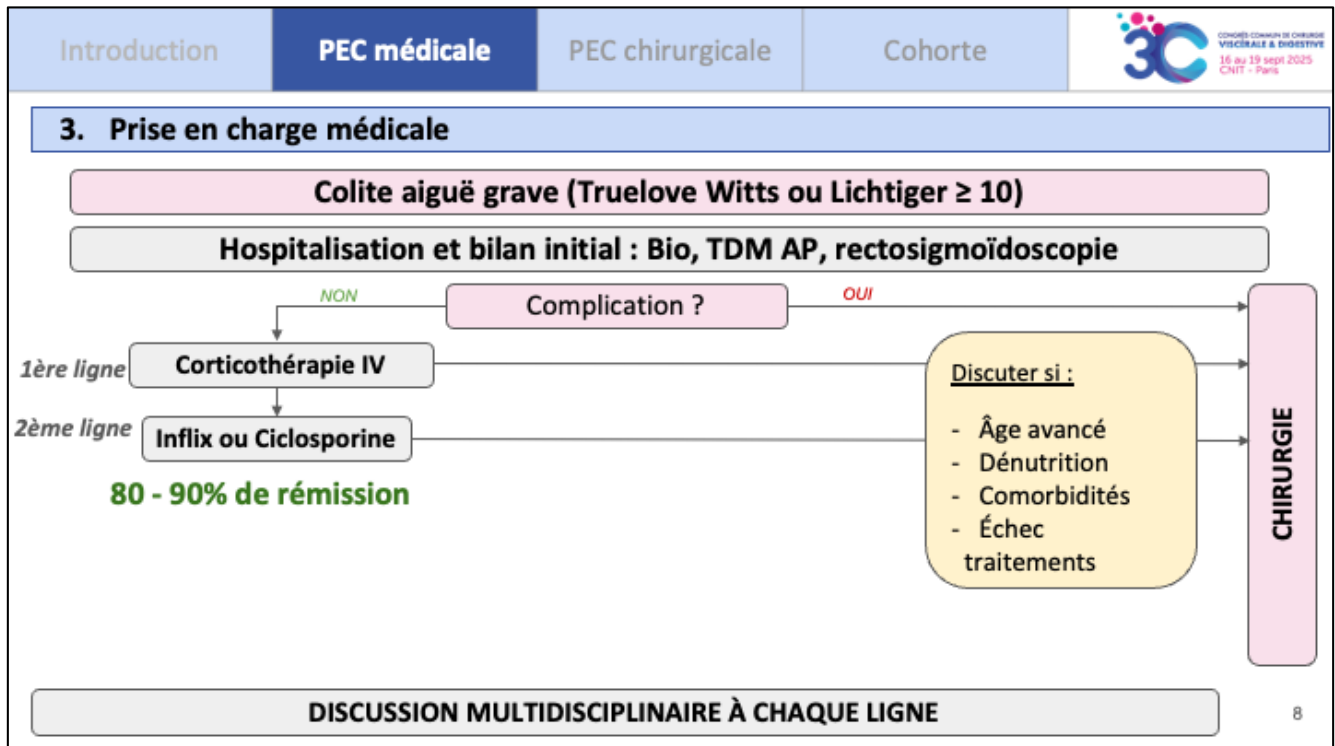


En cas de complications initiales, qui arrive chez tout de même chez 20% des patients, la chirurgie s'impose en première intention.

Les complications peuvent être une instabilité hémodynamique sur un syndrome de réponse systémique, un mégacôlon toxique défini par > 6cm pouvant occasionner une perforation colique et une hémorragie digestive



- En l'absence de complication, le traitement
-
- TTT de première ligne c'est la corticothérapie décrite par Truelove en 1955 qui est efficace dans plus de 50% des cas



- En cas d'échec de la corticothérapie
- 2e ligne : Infliximab (anti TNF) ou Ciclosporine (anticalcineurine)
- Avec taux élevés de rémissions

3. Prise en charge médicale

Colite aiguë grave (Truelove Witts ou Lichtiger ≥ 10)

Hospitalisation et bilan initial : Bio, TDM AP, rectosigmoïdoscopie

1ère ligne

Corticothérapie IV

2ème ligne

Inflix ou Ciclosporine

Védo - Tofa - Ustek - Upada

Ustekinumab

Efficacy of Induction Therapy With Calcineurin Inhibitors in Combination With Ustekinumab for Acute Severe Ulcerative Colitis

Clinical Gastroenterology and Hepatology 2023;21:1354–1355

Védolizumab

Safety and Efficacy of Combination Treatment With Calcineurin Inhibitors and Vedolizumab in Patients With Refractory Inflammatory Bowel Disease

Britt Christensen,^{1,4,5} Peter R. Gibson,⁵ Dejan Micio,⁶ Ruben J. Colman,⁷
Sarah R. Goepfing,⁸ Olufemi Kassim,⁹ Andres Yanur,⁷ Christopher R. Weber,¹
Russell D. Cohen,⁷ and David T. Rubin¹

Clinical Gastroenterology and Hepatology 2019;17:486–493

Tofacitinib

**Tofacitinib in Acute Severe Ulcerative Colitis (TACOS):
A Randomized Controlled Trial**

Journal of Gerontology 2005;60(3):385-397

Tofacitinib for Hospitalized Acute Severe Ulcerative Colitis Management [The TRIUMPH Study]

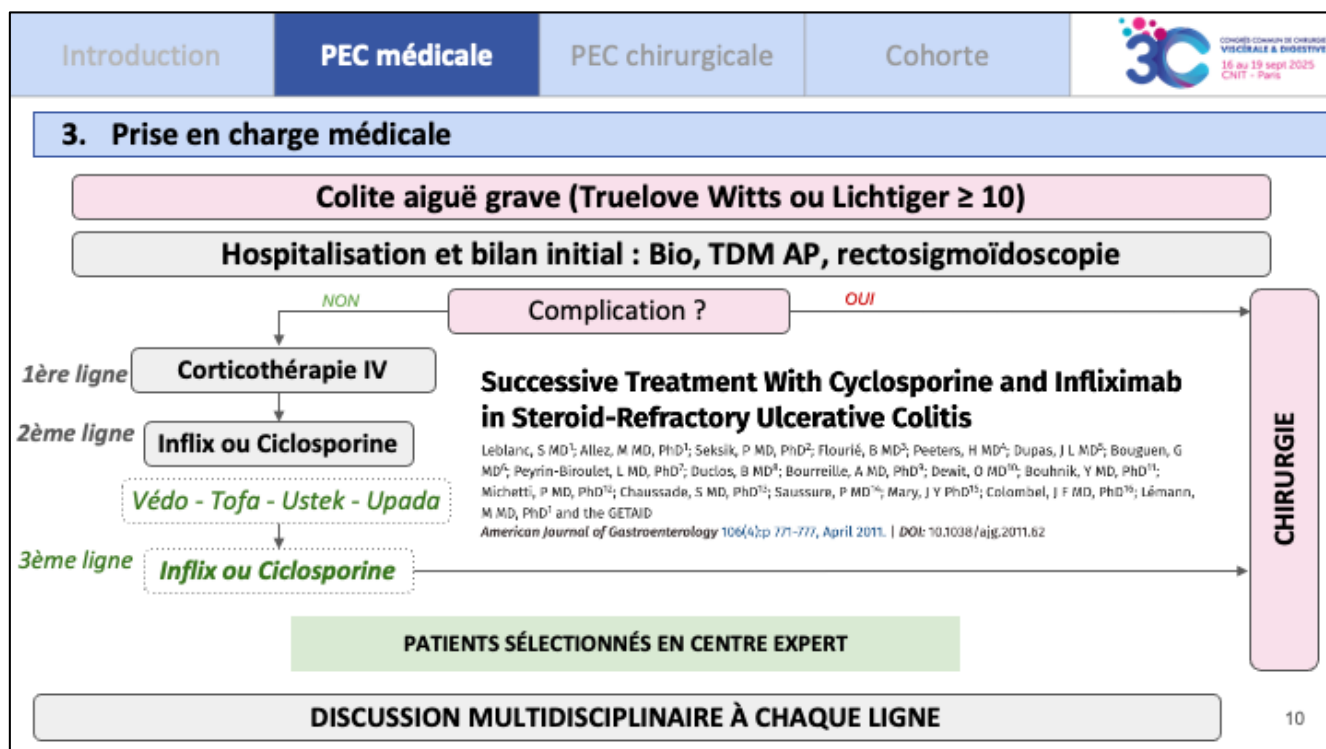
Neeraj Kharode, MD, PhD,* Cara Pray, PhD,*† Hessa Hossain, PhD,*† Farhad Pourani, PhD,*†
Therese Hansen, MD,*† Eilat Ben-David, MD,*† Brian Goehner, MD,*† Anjali Arora, PhD,*
Mads Schmidt, PhD,*† Jane Carroll, PhD,*† Arin S. Marshall, PhD,*† on behalf of the Canadian
Research Consortium FORD

Crotty & Collins 582, 2025, 7, doi:10.13

EN COURS D'ÉVALUATION : À RÉSERVER AUX CENTRES EXPERTS

DISCUSSION MULTIDISCIPLINAIRE À CHAQUE LIGNE

- Actuellement nouvelles biothérapies à l'essai :
- Vedo : anti integrine
- Ustekinumab : anti interleukine
- Tofacitnib et upadacitnib sont des i de janus kinase
- Mais sont oencore à l'essai



Dans certains cas sélectionnés, il est possible de réaliser une 3^e ligne de traitement, en cas d'échec du traitement de 2^e ligne ;
 soit par Infliximab ou Ciclosporine
 classiquement on switch de molécule selon le traitement qui a été donné en 2^e ligne

4. La 3ème ligne...

- Chaque ligne thérapeutique allonge le délai entre début des symptômes et chirurgie

Ciclosporin Therapy After Infliximab Failure in Hospitalized Patients With Acute Severe Colitis is Effective and Safe

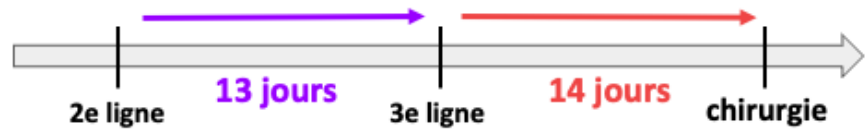
Roni Weisshof*, Jacob E. Odeh*, Kaita El Jundi, Olivia V. Yvellez, Russell D. Cohen, Atsushi Sakuraba, Sushila Datta, Joel Pekow, David T. Rubin



JOURNAL of CROHN'S and COLITIS



40 patients ; 2010 - 2017

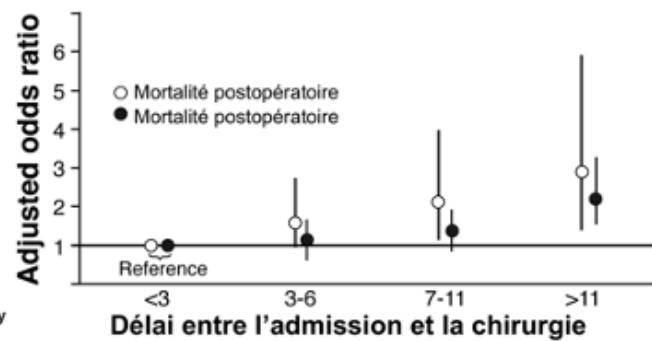


Il faut garder à l'esprit que chaque ligne de traitement augmente forcément le délai avant la chirurgie

Dans cette série de 40 patients qu'avaient eu une 3^e ligne, la 3^e ligne arrive 13 jours après la 2^e et la chirurgie 14 jours

4. La 3ème ligne...

- Chaque ligne thérapeutique allonge le délai entre début des symptômes et chirurgie
- La chirurgie **tardive** est un facteur de risque de complication post-opératoire



Impact of Hospital Volume on Postoperative Morbidity and Mortality Following a Colectomy for Ulcerative Colitis

GLAAD G. KAPLAN,¹ ELLEN P. MCCARTHY,² JOHN Z. AYANIAN,³ JOSHUA KORZENIK,⁴ RICHARD HODIN,⁵ and BRUCE E. SANDOZ⁶

¹Inflammatory Bowel Disease Clinic, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada; ²Division of General Medicine and Primary Care, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston; ³Division of General Medicine, Brigham and Women's Hospital and Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston; ⁴Tulip Children's and Adults Center and Gastroenterology Unit, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston; and ⁵Department of Surgery, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

GASTROENTEROLOGY 2008;134:680-687

Et le problème avec le fait de retarder la chirurgie, c'est que l'augmentation du délai avant la chirurgie, ça augmente la mortalité morbidité !

Dans cette série, l'augmentation était significative à partir du 7^e jours

4. La 3ème ligne...

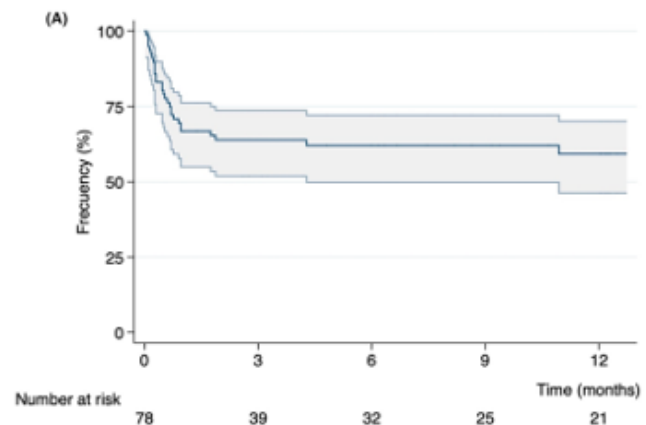
- Chaque ligne thérapeutique allonge le délai entre début des symptômes et chirurgie
- La chirurgie **tardive** est un facteur de risque de complication post-opératoire
- Mais la troisième ligne **peut éviter la colectomie (60% des cas)**

Effectiveness and safety of a third-line rescue treatment for acute severe ulcerative colitis refractory to infliximab or ciclosporin (REASUC study)

AP&T 2024

María José García¹ | Sabino Riester² | Aurelien Amiot³ | Mette Julsgaard^{4,5} | Irene García de la Filla⁶ | Margalida Calafat⁷ | Mariam Aguas⁸ | Luisa de la Peña⁹ | Cristina Roig¹⁰ | Berta Caballol¹¹ | María José Casanova¹² | Klaudia Farkas¹³ | Trine Boysen^{14,15,16} | Luis Bujanda¹⁷ | Camila Cuarán¹⁸ | Daniela Dobru¹⁹ | Fotios Fousekis²⁰ | Carla Jerusalén Gargallo-Puyuelo²¹ | Edoardo Savarino²² | Xavier Calvet²³ | José María Huguet²⁴ | Litas Kupcinskis²⁵ | Julia López-Cardona²⁶ | Tim Raine²⁷ | Joep van Oostrom²⁸ | Javier P. Gisbert¹² | María Chaparro¹²

78 patients ayant eu une 3e ligne



Mais quand la troisième ligne marche, ça peut éviter la colectomie, dans 60% des cas dans cette série espagnole de 78 patients qui avaient eu une troisième ligne thérapeutique

4. La 3ème ligne...

- Chaque ligne thérapeutique allonge le délai entre début des symptômes et chirurgie
- La chirurgie **tardive** est un facteur de risque de complication post-opératoire
- Mais la troisième ligne **peut éviter la colectomie (60% des cas)**

3e ligne médicale

Colectomie ≈ 40%

Effet indésirable ≈ 33%

Chirurgie morbide chez
patient réfractaire


Colectomie précoce

Colectomie = 100%

Stomie ≈ 100%

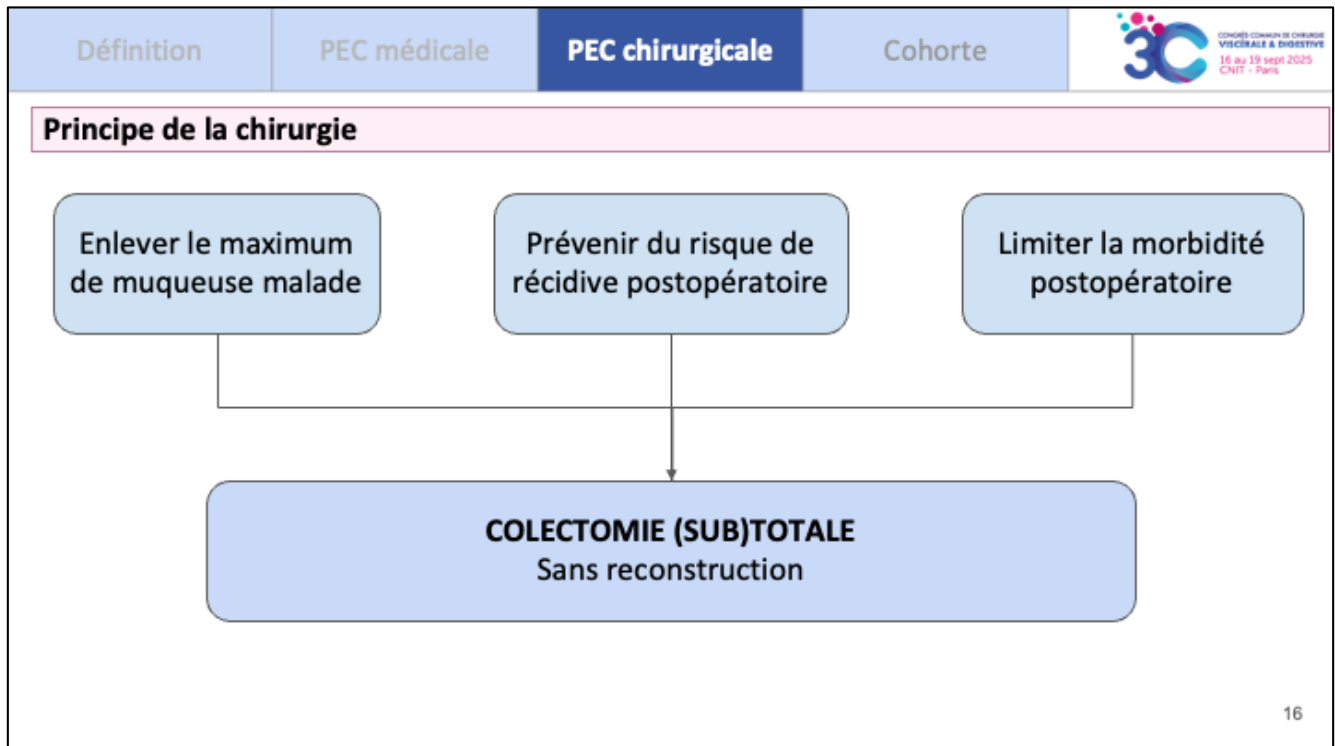
Morbidité postopératoire
faible

- Il faut mettre en balance
- D'un côté une colectomie plus précoce qui diminue la morbidité, et de l'autre côté la troisième ligne qui fonctionne fréquemment chez des patients sélectionnés mais qui n'est pas dénué d'effet secondaire et qui augmente la morbidité de la chirurgie chez un patient réfractaire, dénutri


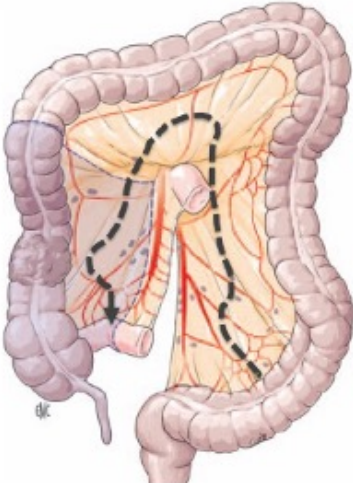
Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte	
Chirurgie de la colite aiguë grave				
<p>Indications : APRÈS DISCUSSION PLURIDISCIPLINAIRE si possible</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complication initiale (20% des patients) - Échec du traitement médical - <i>Patient dénutri, comorbide, âgé, en échec de traitement...</i> <p>Au total : chirurgie concerne 15 - 30% des patients hospitalisés pour colite aiguë grave</p>				
<p><i>Alves J Am Coll Surg 2003</i> <i>Dong Aliment Pharmacol Ther 2020</i> <i>Travis Gut 2011</i></p>				

15

- On passe à la PEC chirurgicale
- Les indications chirurgicales dans la CAG doivent être posées au maximum après discussion pluridisciplinaire et concernent :
- Le cas d'une complication initiale
- de l'échec du ttt médical
- Et à discuter à chaque étape si dénutri, comorbide, âgé, échec ttt
-
- Au total : 15-30% des patients selon les séries



- Principes : sacrifier un organe pour sauver une vie
- Enlever le maximum de muqueuse malade
- Prévenir du risque de récurrence postopératoire
- Limiter la morbidité postopératoire
- tout en gardant à l'esprit la future proctectomie secondaire avec anastomose iléoanale
- Colectomie subtotale sans reconstruction (zone de section colique dépend des possibilités techniques)

Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte	
Chirurgie de la colite aiguë grave				
<ul style="list-style-type: none"> - Libération de dehors en dedans - Préservation : <ul style="list-style-type: none"> - Des nerfs (section des mésos à distance) - De l'AMI (section des mésos à distance) - Du pédicule iléo-cæco-appendiculaire (AIA future) - De <u>tout</u> le rectum 				
<div> <p>ECCO Statement 7B</p> <p>When performing a colectomy for ulcerative colitis in emergency circumstances, the whole rectum and the inferior mesenteric artery should be preserved. This facilitates subsequent pouch surgery [EL 4, RG C].</p> </div>				
				

17

Techniquement, on libère le côlon classiquement de dehors en dedans, en passant dans le meso, sans curage, dans l'objectif de préserver les nerfs, l'AMI, le pédicule iléocolique et tout le rectum
C'est important de ne pas le disséquer pcq ça complique la proctectomie secondaire ICA pour une AI future

Omentectomie ?

- Jamais mention de l'omentectomie systématique dans les recommandations récentes
- **Augmentation du taux de complication septique lors de l'anastomose iléoanale**

Let Sleeping Dogs Lie: Role of the Omentum in the Ileal Pouch-Anal Anastomosis Procedure

Wayne L. Ambrose Jr., M.D., Bruce G. Wolff, M.D., Keith A. Kelly, M.D.,
Robert W. Beart Jr., M.D., Roger R. Dozois, M.D., Duane M. Ilstrup, M.S.

From the Section of Colon and Rectal Surgery, Department of Surgery, and the Section of Biostatistics,
Mayo Clinic and Mayo Foundation, Rochester, Minnesota

Dis Colon Rectum, July 1991



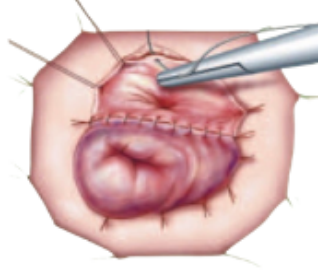
Étude rétrospective sur 645 patients

Omentectomie : pas de recommandation pour la faire
augmente le taux de complications septiques lors de l'AIA


Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte
<div> </div>			
Moignon rectal			
<div> <div>MOIGNON RECTAL</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div>			
	HARTMANN	ILÉOSIGMOÏDOSTOMIE FID	ILÉO FID + COLO FIG
+	<ul style="list-style-type: none"> - Simple - 1 stomie 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 seule stomie - Rétablissement facile si AIR 	<ul style="list-style-type: none"> - ∅ Désinsertion
-	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de sepsis - Rétablissement difficile 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque désinsertion 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 stomies - Rétablissement difficile

19


- Pour la gestion du Moignon rectal :
- 3 options
- Agrafage du moignon rectal + iléostomie
 - avantage d'être simple
 - mais rétablissement difficile et risque septique moignon rectal pas sain)
- Double stomie : Iléostomie en FID et colostomie en FIG : mais c'est 2 stomies
- Iléosigmoïdostomie en FID => une seule stomie ; rétablissement facile si AIR
 - problème : risque désinsertion, 2 stomies dans le meme orifice, fait sur côlon malade

Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte	
Moignon rectal				
<p>Management of Rectal Stump During Laparoscopic Subtotal Colectomy for Inflammatory Bowel Disease: A Comparative Cohort Study from Six Referral Centres</p> <p>Diane Mege^{1,*}, Mirel C. Stallingwerf², Adeline Germain³, Francesco Colaneri⁴, Gianluca Pellino⁵, Francesco Di Cosola⁶, Léon Maggiori⁷, Diego Focchi⁸, Christoffer J. Bokemue⁹, Samuel Adegbola¹⁰, Antonio Spinelli¹¹, Janindra Wersinghara¹², Willem A. Borekous¹³, Gianluca Samplietto¹⁴, André D'Honnin¹⁵, Yves Panis¹⁶ <small>Journal of Clinical Medicine, 2023, 12(18):1221</small></p>	<p>Laparoscopic Subtotal Colectomy for Acute or Severe Colitis With Double-end Ileo-sigmoidostomy in Right Iliac Fossa</p> <p>Léon Maggiori, MD, Frédéric Berthoinot, MD, Arnaud Altier, MD, PhD, and Yves Panis, MD, PhD <small>Ann Laparoscopic Endoscopic Surgery 2023;26:27-29</small></p>	<p>Laparoscopic subtotal colectomy with double-end ileosigmoidostomy in right iliac fossa facilitates second-stage surgery in patients with inflammatory bowel disease</p> <p>Diane Mege¹ - Alice Frontail² - Gianluca Pellino³ - Samuel Adegbola⁴ - Léon Maggiori⁵ - Janindra Wersinghara⁶ - Yves Panis⁷  <small>Surgical Endoscopy (2020) 34:186–191</small></p>		
<p><i>Etude rétrospective - 6 centres experts - 314 patients</i></p>				
<div>ILÉOSIGMOÏDOSTOMIE FID</div>				
<ul style="list-style-type: none">- Peu de complications- Moins de conversion si proctectomie et anastomose iléo-anale- Rétablissement par voie élective possible si anastomose iléo-rectale				
<div>20</div>				

Pour nous l'iléosigmoïdostomie en FID est solution de choix : validée dans plusieurs séries (ici 3 papiers français)
 qui la rapportent avec un taux faible de complications
 elle facilite d'une part l'iléo anale
 d'autre part le rétablissement électif si iléo rectale

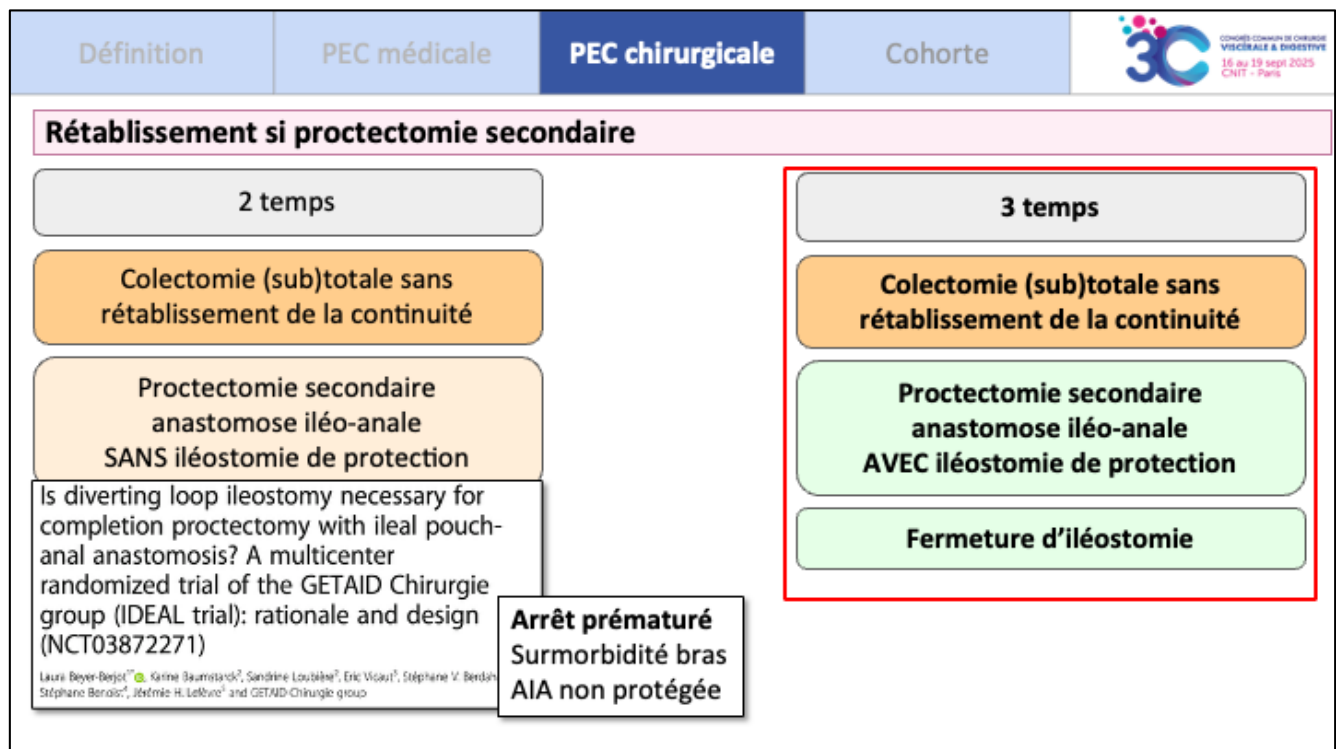
Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte	
Où couper le côlon ?				
<p>En cas d'iléo-sigmoïdostomie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Libération de la racine du sigmoïde au delà de l'uretère - Préserver le tronc des sigmoïdiennes : section de la première branche - Section colique en dehors de l'abdomen <ul style="list-style-type: none"> - Sans tension - Au ras de la peau - Attention au mésentère ! 				
				21

- Pour couper le côlon, il faut déjà bien le libérer pour qu'il monte jusque dans la future stomie en FID en préservant le tronc des sigmoïdiennes.
- Section : au ras de la peau, sans tension, en faisant très attention à ne pas coincer le mésentère en sortant le côlon.

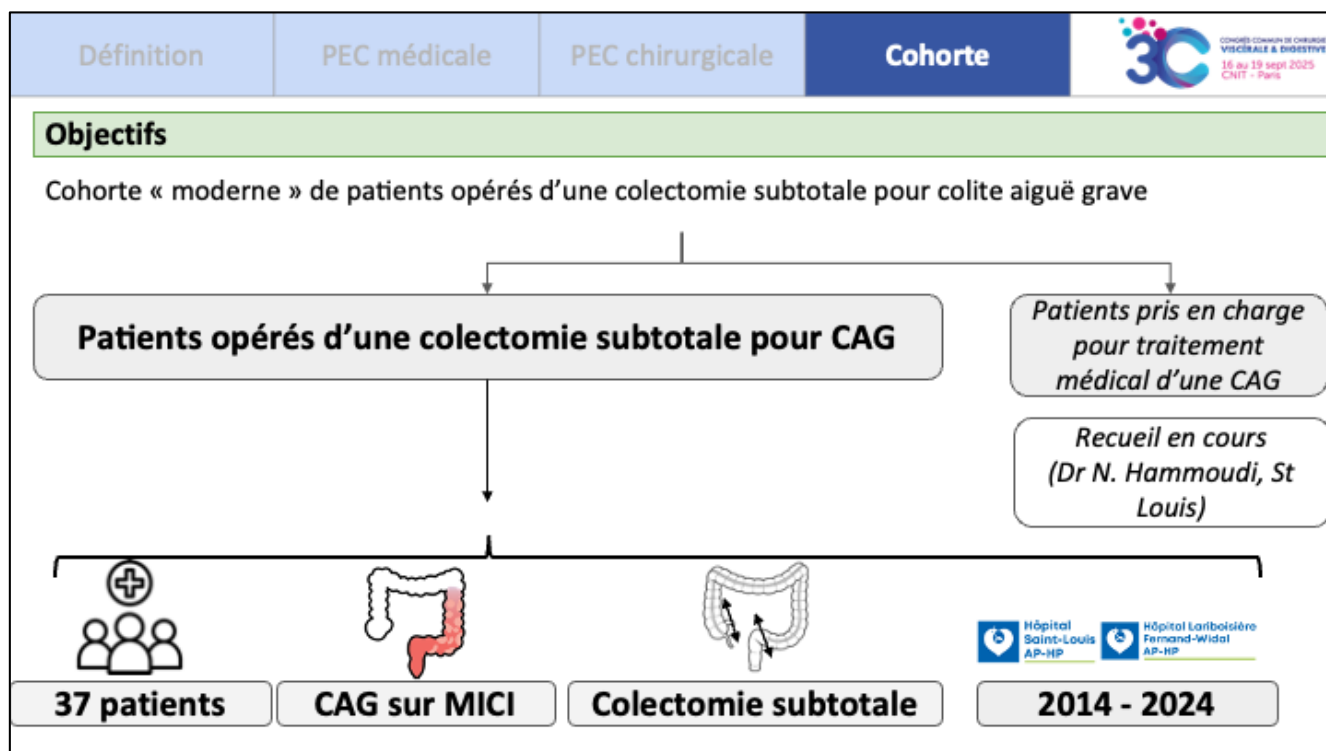
Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte	
Voie d'abord				
<div>Recommandation = COELIOSCOPIE</div> <div> <p>Systematic review and meta-analysis of laparoscopic versus open colectomy with end ileostomy for non-toxic colitis</p> <p>S. A. L. Bartels¹, T. J. Gardesbrouck¹, D. T. Ubbink^{1,2}, C. J. Bakken³, P. J. Tanis¹ and W. A. Bemelman¹</p> <p>2.8.2.1. ECCO Statement 5C</p> <p>A laparoscopic approach in emergency colectomy results in shorter hospital stay and in reduction of postoperative infectious complications (wound infections, deep abscess) and where appropriate expertise exists should therefore be the approach of choice (EL 2)</p> </div> <div> <p>➤ risque d'abcès intra-abdominal</p> <p>➤ durée d'hospitalisation</p> <p>➤ de l'impact sur la fertilité de la séquence</p> </div>				
<div>Robot : faisable - bénéfiques en évaluation</div> <div> <p>Minimally Invasive Surgery for Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Robotic Versus Laparoscopic Surgical Techniques</p> <p>Shafquat Zaman^{1,2}, Ali Yassen Y. Mohamedahmed³, Widad Abdelrahman⁴, Hashim E. Abdalla⁵, Ali Ahmed Wuheib⁶, Mohamed Talaat Issa⁴, Nameer Faiz⁴, Naha A. Yassin⁴</p> <p><i>Journal of Crohn's and Colitis</i>, 2024, 18, 1342–1355</p> </div>				

Voie d'abord recommandée : coelioscopie, diminue la morbidité et l'impact de la séquence sur la fertilité


Robot : faisable, bénéfiques en évaluation



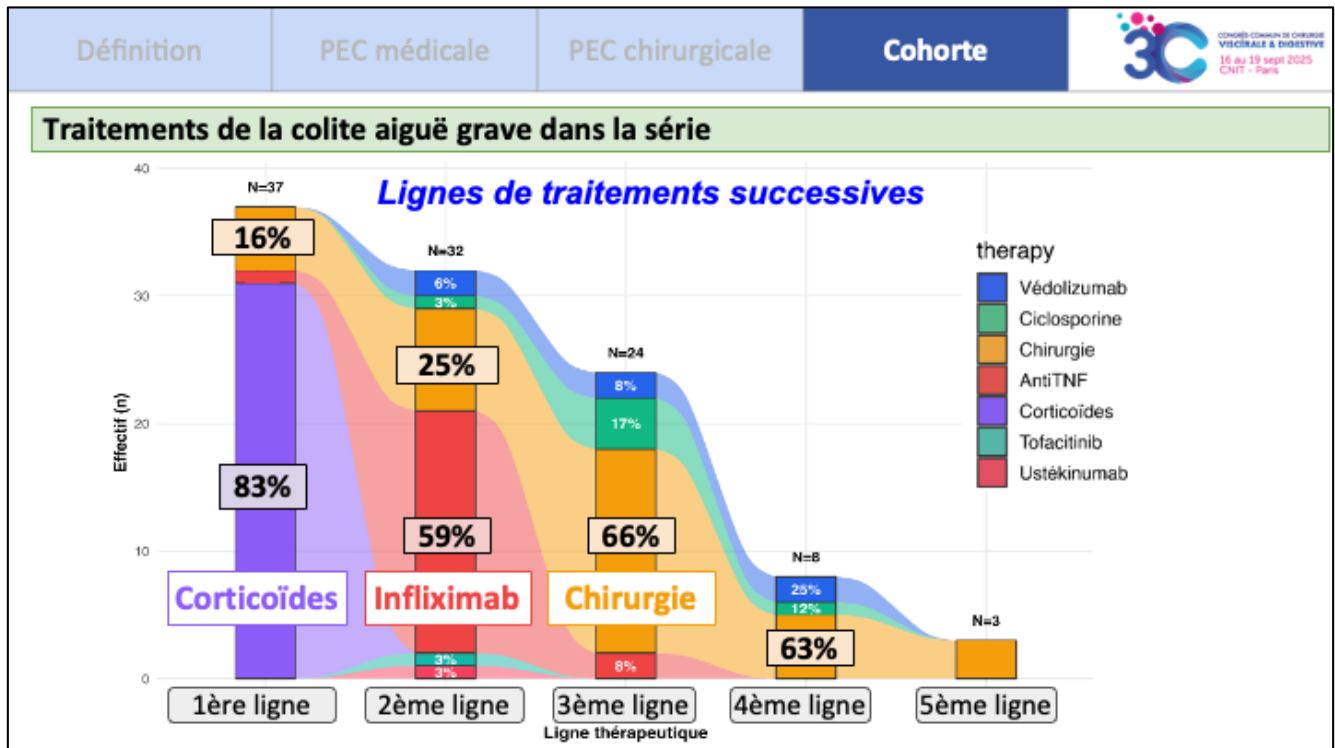
- Rétablissement :
 - électif : avantage de l'iléosigmoïdostomie
 - et en cas de proctectomie secondaire
 - on avait 2 options jusqu'à y a pas si longtemps
 - AIA sans iléostomie de protection dont on a vu mardi avec les résultats de l'essai IDEAL que c'était une mauvaise stratégie
 - => Avec iléostomie de protection
 - puis fermeture iléo dans un 3e temps





Pour illustrer les pratiques, nous allons maintenant présenter une cohorte de patients tous opérés d'une colectomie subtotale pour colite aiguë grave, 37 patients entre 2014 et 2024 dans 2 centres participants

Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte	
Caractéristiques des patients				
Caractéristiques initiales	Âge médian 47 ans	BMI médian 21.3 kg/m²	Peu comorbides : ASA > 2 : 19% Charlson médian : 0	
	RCH dans 70% des cas	Appendicectomie 5%		
Présentation initiale	Complication initiale : 16%			
	Lichtiger médian 12	CRP > 30mg/L 82%	Albumine < 35 g/L 72%	

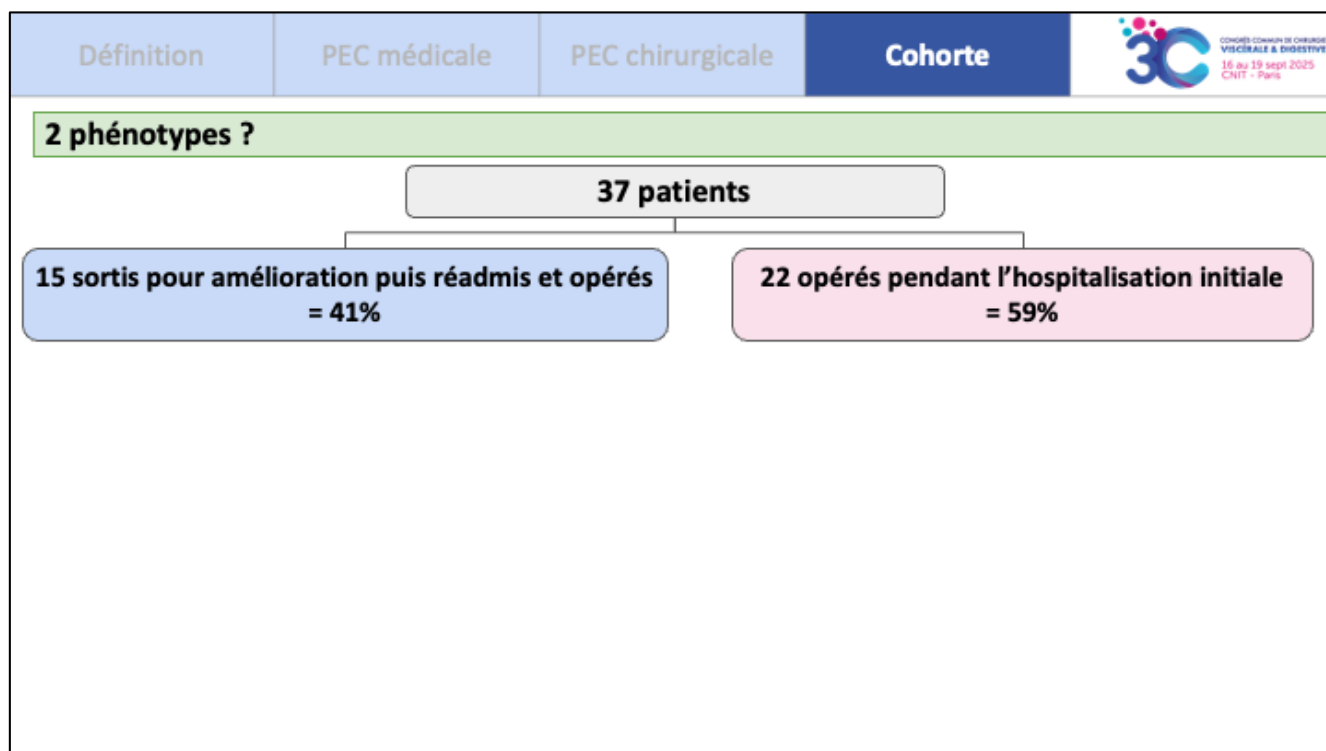
Concernant les caractéristiques initiales : Âge médian 47 ans, peu comorbides, majoritairement rectocolite hémorragique
Avec une présentation initialement compliquée dans 16% des cas et le plus fréquemment un SIB et une hypoalbuminémie associés



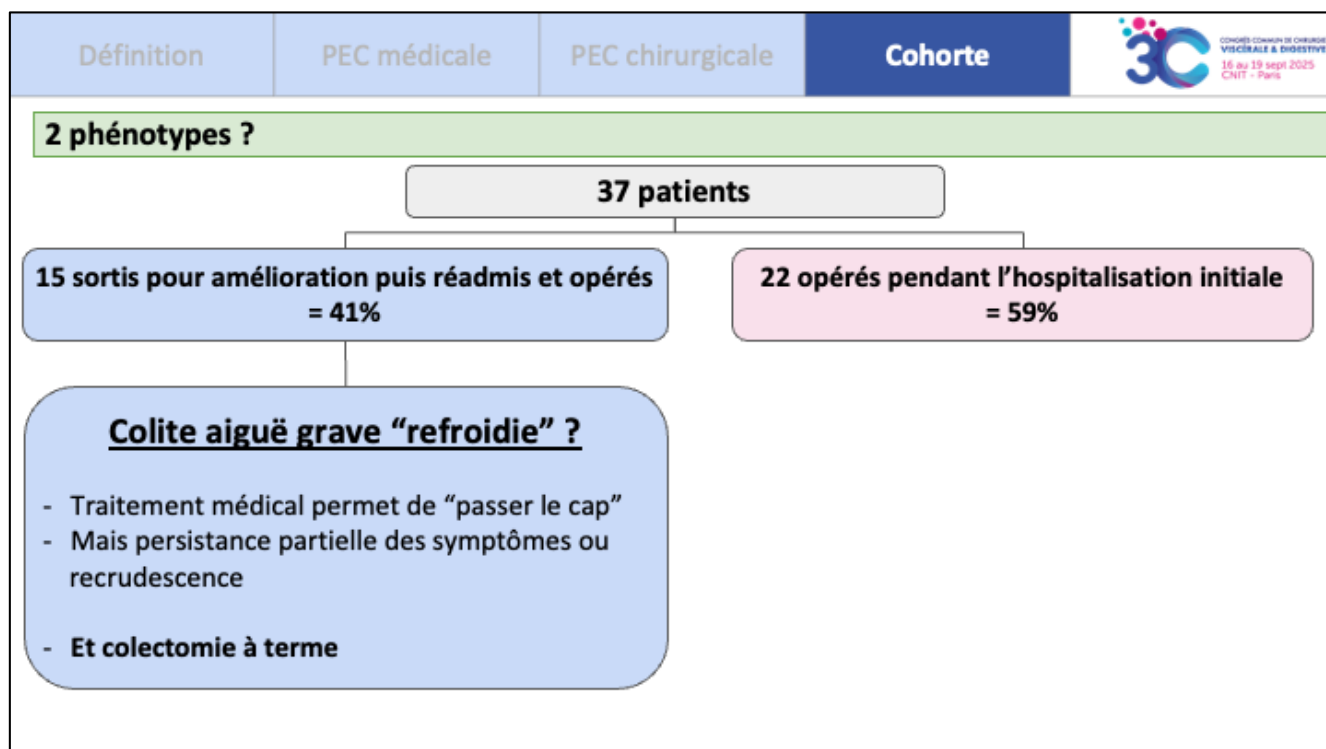
- Voici un graphique qui représente les lignes de traitements successives
- 83% de CTC en première ligne, 16% de chirurgie
- Deuxième ligne: majorité infliximab, 25% de chirurgie
- très peu de Ciclosporine : 3%. 3% de nouvelles biothérapies
- 3e ligne : surtout chirurgie, mais aussi 17% de ciclosporine

Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte	
Chirurgie de la colite aiguë grave dans la série				
 <div> <div>Colectomie subtotale</div> <div>80% coelioscopie</div> <div>6% conversion</div> <div>Moignon : 95% iléosigmoïdostomie en FID</div> <div> <div>Durée : 190min</div> <div>Drainage : 21%</div> <div>Omentectomie : 22%</div> </div> <div>Complications perop : 6% (2 plaies coliques)</div> </div>				

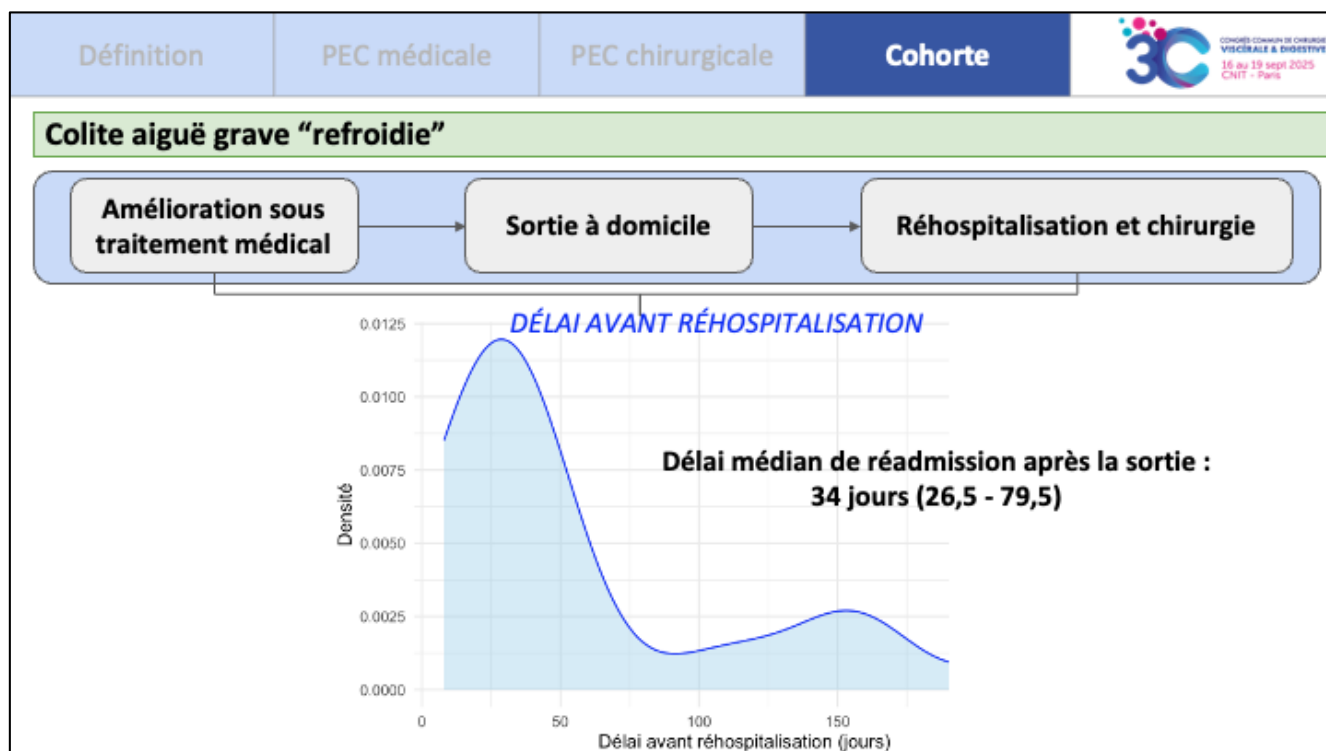
Les patients ont tous été opérés d'une CST, 80% coelio avec 6% de conversion, 95% confection d'une iléosigmoïdostomie
Omentectomie dans 22% et
2 plaie coliques peropératoires




Et quand on regarde un peu les trajectoires préopératoires des patients opérés, sur les 37 y en a 15 dont une amélioration de l'état par le traitement médical a permis une sortie pendant le traitement de la CAG, mais ce sont des patients qui ont finalement été réadmis et opérés




Colite aiguë grave « refroidie » : traitement médical permet de « passer un cap » mais finalement persistance ou recrudescence des symptômes font qu'ils sont opérés à terme




Voici une courbe qui représente chez les patients sortis, le délai entre sortie et réadmission, en médiane de 34 jours.

Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte	
Colite aiguë grave "refroidie" : caractéristiques initiales				
	Sortie puis réadmis N = 15	Opérés dans la même hospitalisation N = 22	<i>p value</i>	
Caractéristiques initiales (Âge, BMI...)	<i>Pas de différence</i>		<i>NS</i>	
Historique de la MICI	<i>Pas de différence</i>		<i>NS</i>	
ATCD thiopurines ou antiTNF	<i>Pas de différence</i>		<i>NS</i>	
Présentation de la CAG (Lichtiger, bio, UCEIS...)	0 forme compliquée	Compliquée : 16%	0.02	


- Si on compare ces deux populations, pas vraiment de différence sur les caractéristiques initiales en dehors du fait que les formes compliquées sont forcément opérées tôt
-

Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte	
Colite aiguë grave "refroidie" : caractéristiques initiales				
	Sortie puis réadmis N = 15	Opérés dans la même hospitalisation N = 22	<i>p value</i>	
Délai symptômes - chirurgie	58 jours (31 – 76)	22 jours (18 - 39)	0.08	
Chirurgie d'emblée	0%	24%	0.06	
2e lignes puis chirurgie	50%	50%	0.5	
≥ 3 lignes puis chirurgie	45%	5%	0.01	


- Ensuite on regarde la trajectoire de ces patients au cours du traitement de la CAG.
- Les patients qui avaient une colite aiguë grave « refroidie » avait significativement +fréquemment 3 lignes de traitement avant la chirurgie,
- avec un délai plus long entre le début des symptômes et la chirurgie.

Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte	
Colite aiguë grave "refroidie" : ...et des suites différentes				
	Sortie puis réadmis N = 15	Opérés dans la même hospitalisation N = 22	<i>p value</i>	
Morbidité globale	10 (91%)	15 (58%)	0.064	
Morbidité sévère Clavien ≥ 3	4 (36%)	5 (19%)	0.4	
Complications chirurgicales	9 (82%)	16 (62%)	0.3	
Iléus	7 (64%)	5 (20%)	0.020	
Complication stomiale	4 (36%)	1 (4%)	0.021	
Drainage radiologique	2 (18%)	3 (12%)	0.6	
Réintervention (péritonites)	2 (18%)	0 (0%)	0.087	
Complications médicales	8 (73%)	11 (42%)	0.091	
Hospitalisation post op	14 (9 - 19)	9 (7 - 20)	0.1	

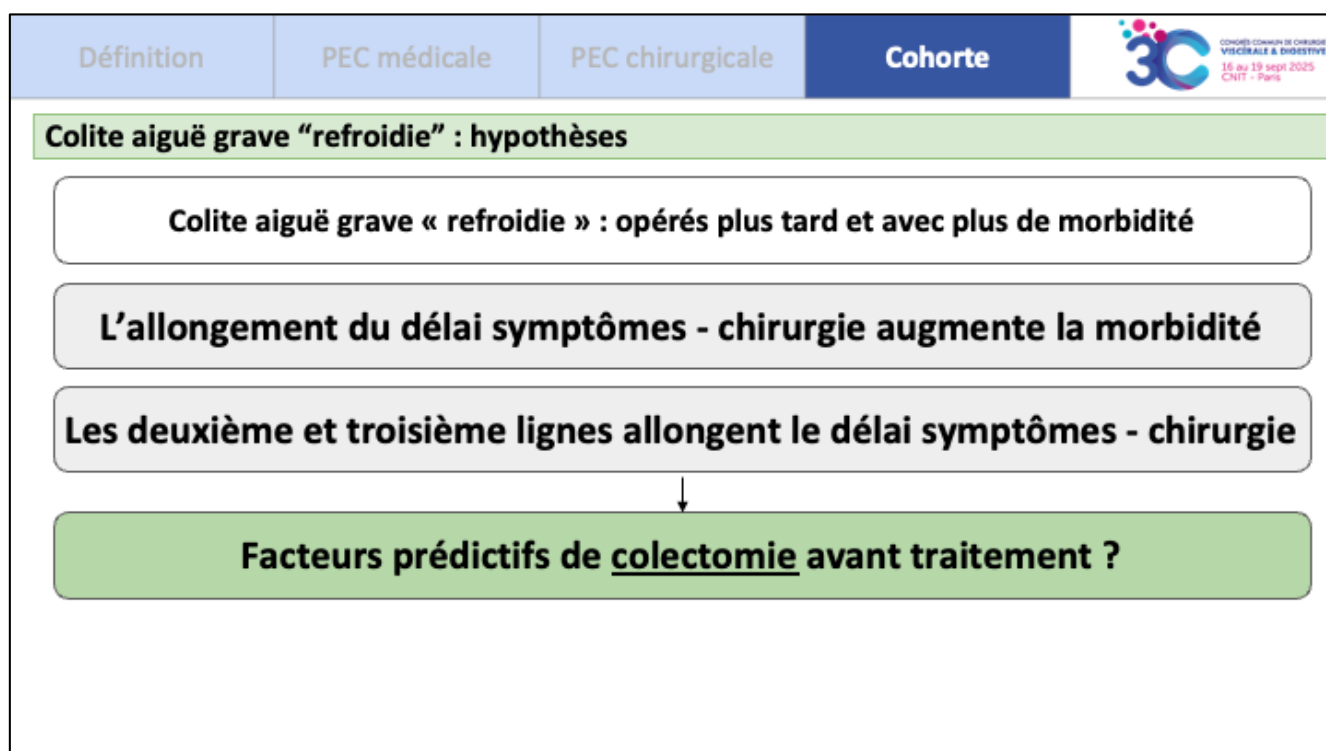
- Et les résultats post op sont différents : analyses pas significatives du fait des faibles effectifs mais y a quand même des tendances :
- + de morbidité 90 vs 60%
- + de réinterventions
- + de complications médicales
- + de durée d'hospit

Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte	 <small>COHORTE COUSON DE CHRONIQUE VISCÉRALE & DIGESTIVE 16 au 19 sept 2025 CNIT - Paris</small>
Colite aiguë grave “refroidie” : hypothèses				
<div>Colite aiguë grave « refroidie » : opérés plus tard et avec plus de morbidité</div>				



Donc ce qu'on observe c'est que les patients qu'aveint colite aiguë grave « refroidie médicalement » étaient opérés + tard avec une morbidité + importante

Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte	
Colite aiguë grave "refroidie" : hypothèses				
Colite aiguë grave « refroidie » : opérés plus tard et avec plus de morbidité				
L'allongement du délai symptômes - chirurgie augmente la morbidité				
Les deuxième et troisième lignes allongent le délai symptômes - chirurgie				

Une hypothèse, c'est que l'allongement du délai entre symptômes et chirurgie c'est lié en partie à l'augmentation du nombre lignes successives de traitement médical



Et donc on peut se demander s'il existe des facteurs qui permettent de prédire le risque d'échec du traitement de médical, et donc font considérer la colectomie plus tôt dans la séquence thérapeutique

Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte
<div>  </div>			
Facteurs prédictifs de colectomie			
<div> <div> Factors Associated With Response to Rescue Therapy in Acute Severe Ulcerative Colitis Christopher F.D. Li Wai Suen, MBBS, MMed,^{1,2} Dean Seah, MD,¹ Matthew C. Choy, MBBS, PhD,^{1,2} and Peter De Cruz, MBBS, PhD^{1,2} <small>From the ¹Department of Gastroenterology, Austin Health, Melbourne, VIC, Australia ²Department of Medicine, Austin Academic Centre, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia</small> </div> <div>  </div> </div>			
<div> <div>Hypoalbuminémie</div> <div>ATCD thiopurines / antiTNF</div> <div>> 50 ans</div> <div>CRP élevée</div> <div>C difficile / CMV</div> <div>Lésions endoscopiques sévères</div> </div>			

- Une revue de la littérature parue en 2024 regroupe tous les papiers sortis sur ce sujet, y a plusieurs outils d'aides à la décision qui permettent de prédire le succès ou non du traitement, et incluent classiquement
- Hypoalbuminémie
- Ttt de fond preop
- Age élevé
- Sd inf
- CMV / Clostridium
- sévérité Lésions endoscopiques

Définition

PEC médicale

PEC chirurgicale

Cohorte

Facteurs prédictifs de colectomie

Factors Associated With Response to Rescue Therapy in Acute Severe Ulcerative Colitis

Christopher F.D. Li Wai Suen, MBBS, MMed,^{1,4} Dean Seah, MD,² Matthew C. Choy, MBBS, PhD,^{1,4} and Peter De Cruz, MBBS, PhD^{1,2,3}

¹From the Department of Gastroenterology, Austin Health, Melbourne, VIC, Australia
²Department of Medicine, Austin Academic Centre, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia

IBD REL APPELLENT DES MALADIES DIGESTIVES **2024**

Hypoalbuminémie

ATCD thiopurines / antiTNF

> 50 ans

CRP élevée

C difficile / CMV

Lésions endoscopiques sévères

Clinical Gastroenterology and Hepatology

A Scoring System to Determine Patients' Risk of Colectomy Within 1 Year After Hospital Admission for Acute Severe Ulcerative Colitis

Guillaume Le Baut,^{1,2} Julien Kirchgesner,^{1,3} Aurélien Amiot,^{1,3} Jérémie H. Lefevre,⁴ Najm Chafai,⁵ Cécilia Landman,² Isabelle Nion,² Anne Bourrier,² Charlotte Delattre,⁶ Chloé Martineau,² Harry Sokol,^{2,4} Philippe Seksik,^{2,4} Yann Nguyen,^{1,2,3} Yoann Marion,¹ Gil Lebraton,¹ Franck Carbonnel,^{1,5} Stéphanie Viennot,² and Laurent Beaugerie,^{2,3} for the Saint Antoine IBD Network

Facteurs	Score
ATCD anti-TNF ou thiopurines	+1
CRP > 30 mg/L	+1
Albuminémie < 30 g/L	+1
Infection à <i>C. difficile</i>	+1

270 patients

A 1 AN

0 : 0% colectomie

4 : 100% colectomie

- Par exemple, l'équipe de St Antoine avait développé un score en 4 points sur 270 patients qui prédisait le risque de colectomie à 1 an
- Avec simplement 4 facteurs :
 - 0% de colectomie si score 0
 - 100% de colectomie à 1 an si score à 4
-

Définition
PEC médicale
PEC chirurgicale
Cohorte

Facteurs prédictifs de colectomie

Factors Associated With Response to Rescue Therapy in Acute Severe Ulcerative Colitis

Christopher F.D. Li Wai Suen, MBBS, MMed,^{1,4} Dean Seah, MD,² Matthew C. Choy, MBBS, PhD,^{1,4} and Peter De Cruz, MBBS, PhD^{1,2,3}

¹From the ¹Department of Gastroenterology, Austin Health, Melbourne, VIC, Australia
²Department of Medicine, Austin Academic Centre, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia

IBD REL APPELLENT PUISSANT DISORDRES **2024**

Hypoalbuminémie

ATCD thiopurines / antiTNF

> 50 ans

CRP élevée

C difficile / CMV

Lésions endoscopiques sévères

Clinical Gastroenterology and Hepatology

A Scoring System to Determine Patients' Risk of Colectomy Within 1 Year After Hospital Admission for Acute Severe Ulcerative Colitis

Guillaume Le Baut,^{1,2} Julien Kirchgesner,^{1,2} Aurélien Amiot,^{1,2} Jérémie H. Lefevre,³ Najim Chafai,⁴ Cécilia Landman,² Isabelle Nion,² Anne Bourrier,² Charlotte Delattre,² Chloé Martineau,² Harry Sokol,^{2,4} Philippe Seksik,^{2,4} Yann Nguyen,^{1,2,4} Yoann Marion,^{1,2} Gil Lebraton,^{1,2} Franck Carbonnel,^{1,2} Stéphanie Viennot,² and Laurent Beaugerie,^{2,4} for the Saint Antoine IBD Network

Facteurs	Score
ATCD anti-TNF ou thiopurines	+1
CRP > 30 mg/L	+1
Albuminémie < 30 g/L	+1
Infection à <i>C. difficile</i>	+1

270 patients

A 1 AN

0 : 0% colectomie

4 : 100% colectomie

Early Infliximab Levels and Clearance Predict Outcomes After Infliximab Rescue in Acute Severe Ulcerative Colitis: Results From PREDICT-UC


Gastroenterology 2025

Selon clairance infliximab

- Et un article parue cet été rapporte l'utilisation du dosage sanguin de la clairance de l'infliximab pour adapter les doses, et aussi prédire la réponse et le risque de colectomie.

Mais le problème c'est que c'est très souvent des scores d'aides à la décision pour la 2^e ligne de traitement donc juste après les corticoïdes (4 patients à SAT)

-

Définition	PEC médicale	PEC chirurgicale	Cohorte
			
Facteurs prédictifs de colectomie si 3 lignes de traitement			
<p>Effectiveness and safety of a third-line rescue treatment for acute severe ulcerative colitis refractory to infliximab or ciclosporin (REASUC study) AP&T 2024</p> <p>María José García¹ Sabino Riester² Aurelien Amiot³ Mette Julgaard^{4,5} Irene García de la Filla⁶ Margalida Calafat⁷ Mariam Aguas⁸ Luisa de la Peña⁹ Cristina Roig¹⁰ Berta Caballol¹¹ María José Casanova¹² Klaudia Farkas¹³ Trine Boysen^{14,15,16} Luis Bujanda¹⁷ Camila Cuarán¹⁸ Daniela Dobru¹⁹ Fotios Fousekis²⁰ Carla Jerusalén Gargallo-Puyuelo²¹ Edoardo Savarino²² Xavier Calvet²³ José María Huguet²⁴ Litas Kupcinskis²⁵ Julia López-Cardona²⁶ Tim Raine²⁷ Joep van Oostrom²⁸ Javier P. Gisbert²⁹ María Chaparro³⁰</p>		<p><u>Facteurs associé à la colectomie après 3e ligne</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Maladie sévère en endoscopie après la 2e ligne- Âge avancé- Échec précoce- Ciclosporine en 3e ligne	
<p>78 patients ayant eu une 3e ligne</p>		<p>Peu d'impact du type de la 2e ligne !!</p>	
<p>Pas de score prédictif de réponse à la 3e ligne !</p>			

40

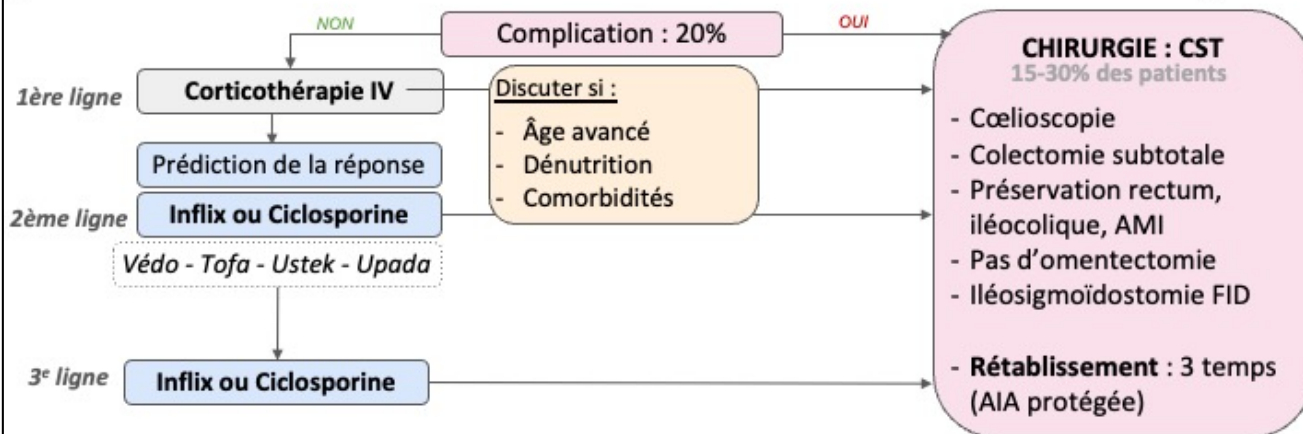
40

- Pour la 3^e ligne, la littérature est bcp plus pauvre on a des pistes sur les quelques cas la 3^e ligne marche moins bien
- Par exemple dans cette cohorte de 78 patients ayant eu une troisième ligne : les facteurs associés à une colectomie à 3 mois
 - Sévérité des lésions endoscopiques à l'issue de la 2e ligne
 - Âge avancé
 - Échec précoce de la 3e ligne
 - Ciclosporine utilisée en 3e ligne par rapport à l'infliximab (on a vu que les patients traités par une troisième ligne dans notre cohorte l'était majoritairement par ciclosporine)
 - Mais certains de ces facteurs associés à l'échec sont déterminés à posteriori, après avoir évalué la réponse au traitement.
- Mais pour la 3e ligne, il n'existe pas de score prédictif de la réponse validé avant de la commencer

Colite aiguë grave (Truelove Witts ou Lichtiger ≥ 10)

Hospitalisation et bilan initial : Bio, TDM AP, rectosigmoïdoscopie

Discussion multidisciplinaire : gastroentérologues, chirurgiens, radiologues...



- Discussion multidisciplinaire à chaque ligne
- Augmentation du délai = augmentation de la morbidité

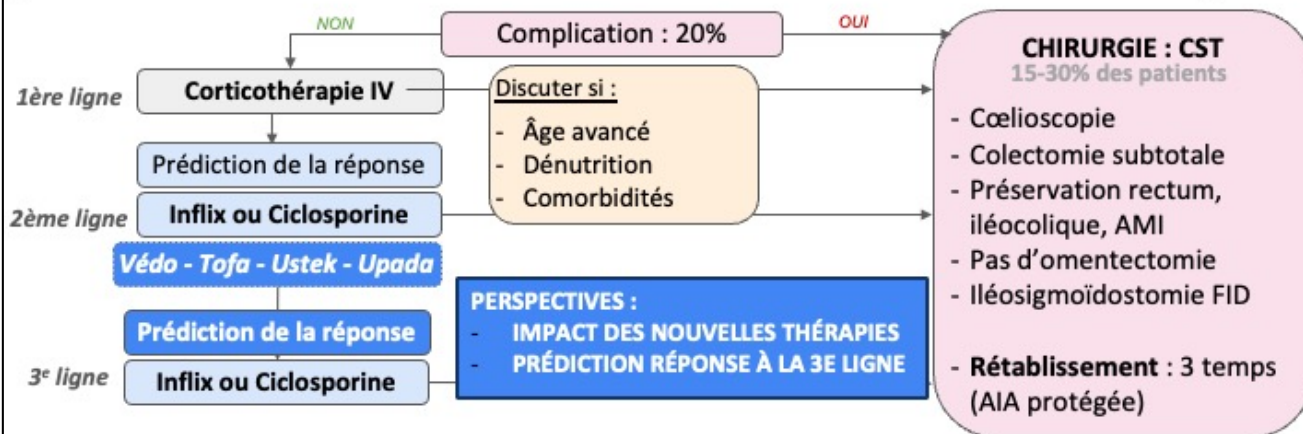
41

- En résumé :
- Colite aiguë grave : Fréquente, mortalité non négligeable
- dont le traitement est chirurgical dans 15-30% des cas
- Prise en charge multidisciplinaire impliquant gastroentérologues, chirurgiens, radiologues...
- qui doivent discuter à chaque stade du traitement en s'aidant d'outils d'aide à la décision
- parce qu'il faut garder en tête que retarder de la chirurgie → augmentation de la morbidité
- Chirurgie : colectomie subtotale : sacrifier un organe pour sauver une vie
- Objectifs : traiter l'épisode, limiter la morbidité et ne pas rendre difficile la proctectomie secondaire

Colite aiguë grave (Truelove Witts ou Lichtiger ≥ 10)

Hospitalisation et bilan initial : Bio, TDM AP, rectosigmoïdoscopie

Discussion multidisciplinaire : gastroentérologues, chirurgiens, radiologues...



- Discussion multidisciplinaire à chaque ligne
- Augmentation du délai = augmentation de la morbidité

42

- Perspectives et évaluations attendues
 - évaluation et l'intégration Nouvelles biothérapies dans la séquence thérapeutique
- et le développement d'outils d'aides à la decision avant 3e ligne thérapeutique pour décider d'une colectomie plus précoce



CONGRÈS COM
VISCÉRAL

16 au 19 sept 2025
CNIT - Paris

3cvc-lecongres.com



CONGRÈS COM
VISCÉRAL & DIGESTIF
16 au 19 sept 2025
CNIT - Paris

Prise en charge chirurgicale de la Colite Aiguë Grave dans les MICI

