

# **Coloproctectomie avec anastomose iléoanale sans iléostomie de protection par laparoscopie : résultats à cours et moyen terme.**

**L. Chare, J. Kayser, D. Brandt, P D'Agostino, C Faber, A Kartheuser**

Service de Chirurgie Digestive–Cliniques Universitaires St-Luc – B1200 Bruxelles

## **Abstract**

**Introduction :** la faisabilité d'une colo-proctectomie totale (CPT) avec anastomose iléo-anale (AIA) par laparoscopie pour Rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) et Polyadénomatoase familiale (PAF) a été rapportée.

**Objectif :** Cette étude compare rétrospectivement le résultat à court et moyen terme de la CPT avec conservation de l'arcade de Riolan (AR), mucosectomie et AIA sans iléostomie de première intention par laparoscopie (LS) et laparotomie (LT).

**Patients et méthodes :** Douze patients ont eu une CPT avec AIA par laparoscopie entre 2001 et mars 2003. Ils ont été comparés à 12 patients traités par laparotomie entre février 2000 et mars 2003.

Les deux groupes sont comparables pour l'âge, le sexe, le BMI, l'étiologie (groupe LS : 8 RCUH, 4 PAF ; groupe LT : 9 RCUH, 3PAF) et la continence anale préopératoire. Le recul postopératoire moyen est de  $203\pm 79$  jours dans le groupe LS et de  $355\pm 84$  jours dans le groupe LT. Les variables étudiées en per-opératoire sont : la conservation de l'AR, la durée opératoire. Les variables étudiées à court terme (<30 j) sont la mortalité, la morbidité ; et à moyen terme : le nombre de selles quotidiennes, la prise d'un traitement ralentisseur du transit, la continence anale, l'existence de troubles sexuels et urinaire, la qualité de vie (SF36), l'appréciation du résultat esthétique.

**Résultats :** L'arcade de Riolan est conservée chez 11/12 patients dans le groupe LS et 9/12 patients dans le groupe LT (ns). La durée moyenne d'hospitalisation est de  $16,1\pm 1,8$  jours dans le groupe LS et de  $15,7\pm 2,2$  jours dans le groupe LT (ns). Une complication est notée chez 3 patients du groupe LS (une collection pré-sacrée, une thrombose veineuse hémorroïdale supérieure associées à des micro-embolies portaux périphériques et un abcès de paroi), chez 2 patients du groupe LT (une déshydratation, une surinfection d'ascite chez un

patient transplanté) (ns), nécessitant pas de traitement invasif. La mortalité postopératoire est nulle dans les 2 groupes. Un patient du groupe LS a été réopéré pour curage ganglionnaire complémentaire de l'axe mésentérique supérieur. A moyen terme, le nombre de selles quotidiennes (LS=6,1±0,9 vs LT=5,8±0,7), la prise d'un traitement ralentisseur du transit (LS=6/8 vs LT=6/9), le comportement alimentaire, la continence anale n'ont pas été statistiquement différents entre les deux groupes. Trois sténoses relatives de l'AIA ont été diagnostiquées dans le groupe LT, ne nécessitant pas de dilatation sous anesthésie générale. La fonction urinaire et sexuelle sont normales chez tous les patients. L'évaluation du résultat esthétique est en faveur du traitement laparoscopique. Le calcul de l'index de qualité de vie est identique dans les 2 groupes.

**Conclusion :** Il est possible de réaliser la conservation de l'arcade de Riolan au cours de la CPT par laparoscopie, et de réaliser une AIA après mucosectomie sans iléostomie comme par laparotomie, avec un résultat fonctionnel comparable à moyen terme sans morbidité et mortalité surajoutées.