

Prise en charge des abcès intra abdominaux

Au cours de la maladie de crohn :
Traitement chirurgical en un seul temps

N.Sid idris, K.Hail, DJ.Ouaret, A.Chenibet ,
H.Boumehdi, K.Boukrouh, A.Tertag
Pr. S.A. Bensafar clinique chirurgicale B
Gamar ; Pr T. Boucekkine
clinique Médicale
CHU Mustapha

Introduction

Maladie de crohn

Formes sténosantes

Colite aigue grave

Formes Perforantes

péritonite

abcès

Bonne indication chirurgicale
+++++

- ATB
- Drainage per cutané
- Chirurgie



Introduction

Maladie de crohn: Absès intra abdominaux

Perforation de l'intestin
avec une fistule borgne

abcès

Intra péritonéaux

Rétro péritonéaux

10% à 30% de patients → un abcès spontané abdominal ou pelvien * .
6,2% → Hurst RD et al (1997)
9,9% → Yamaguchi A et al (2004)
27,5% → Wang XB et al (2007)

L'atteinte iléale et iléo caecale +++++ *

*Yamaguchi A, Matsui T, Sakurai T, Ueki T, Nakabayashi S, Yao T, Futami K, Arima S, Ono H.. Les caractéristiques et les résultats cliniques de l'abcès intra-abdominal dans la maladie de Crohn. *J Gastroenterol* 2004 ; **39:441** - 448

Maladie de crohn:
Abcès intra abdominaux

Prise en charge
Complexe ++++

Antibiothérapie seule

Antibiothérapie
+
Drainage percutané

Antibiothérapie
+
drainage per cutané
+
Chirurgie à distance

Antibiothérapie
+
Chirurgie traitant l' abcès et
l'atteinte intestinale

Objectif

Évaluer les résultats post opératoires
du traitement chirurgical en un temps



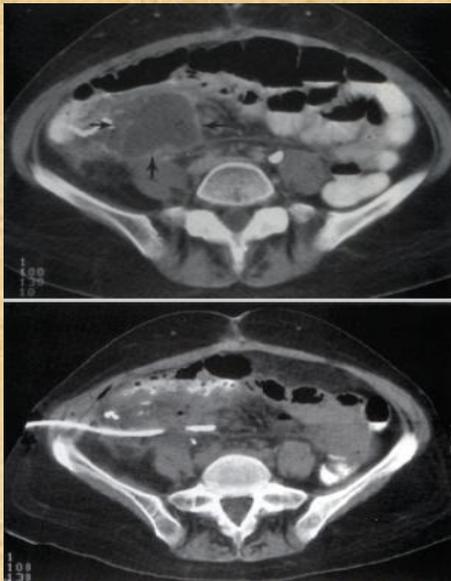
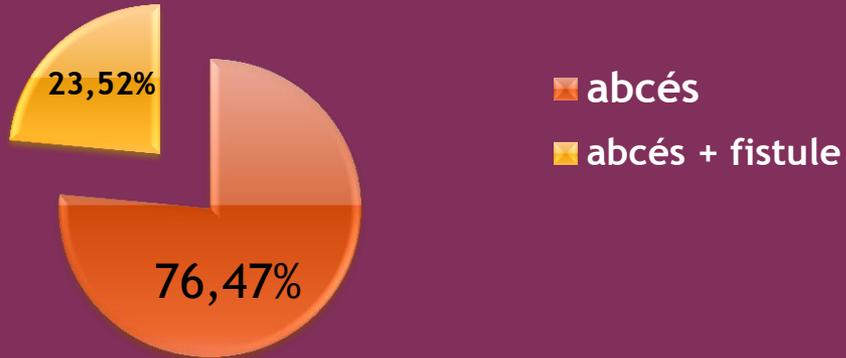
Traitement de l'abcès
+
Résection intestinale avec
rétablissement immédiat

Matériels / Méthodes

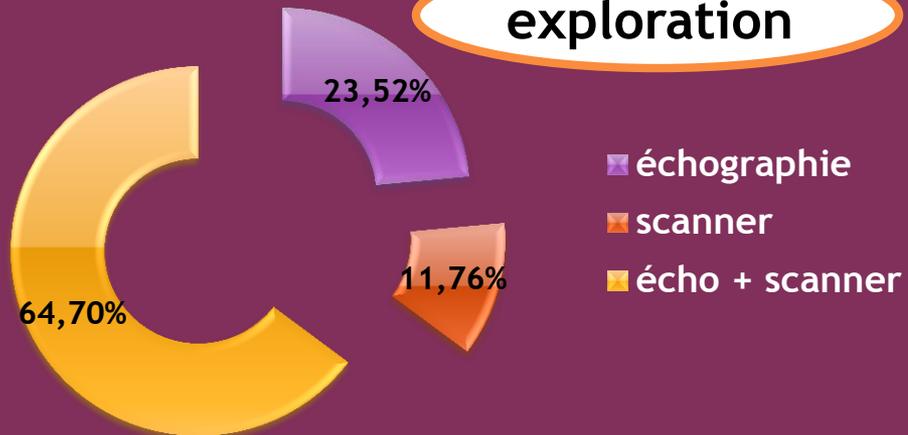
- ❑ Étude descriptive analytique
- ❑ 2008 - 2013 : clinique chirurgicale B
- ❑ 34 patients : abcès (27,38%) / 157 crohn
- ❑ 31 patients opérés (91,17%)
- ❑ 7 patients (20,58%) : abcès révélateur de la maladie
- ❑ 3 patients (8,83%) : récurrence

Matériels / Méthodes

motif



exploration



Matériels / Méthodes

Localisation

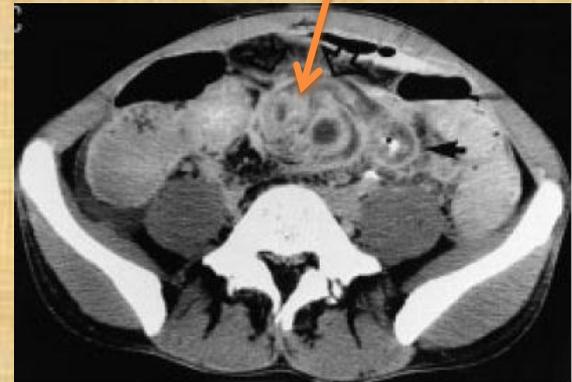
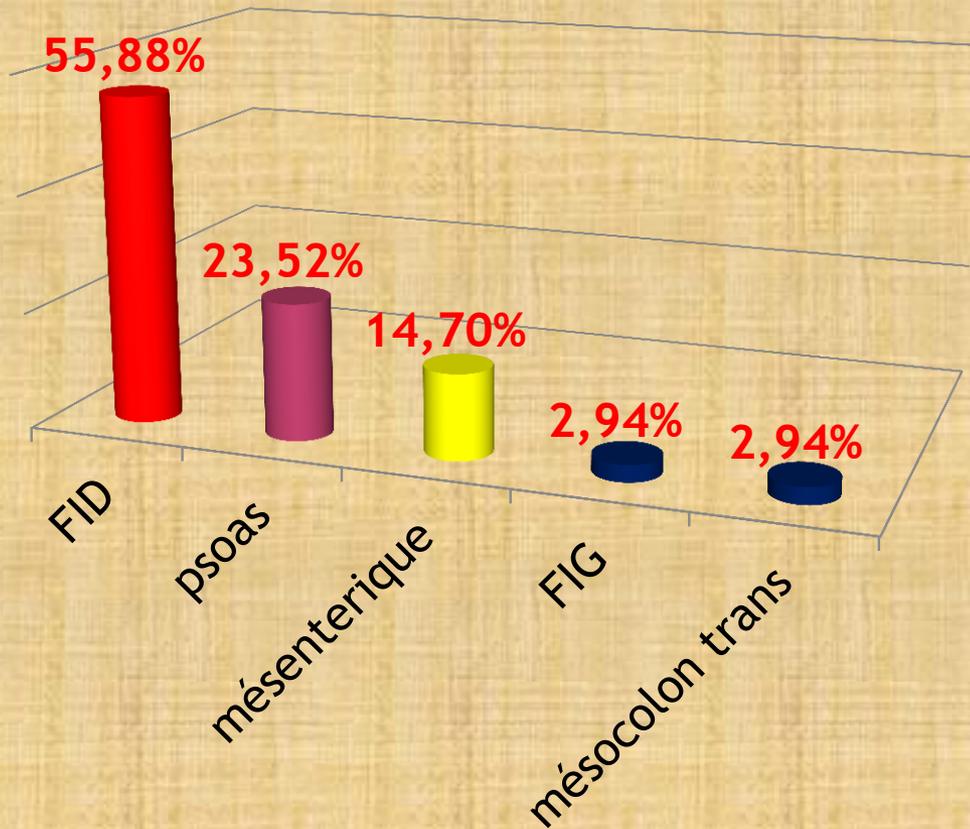


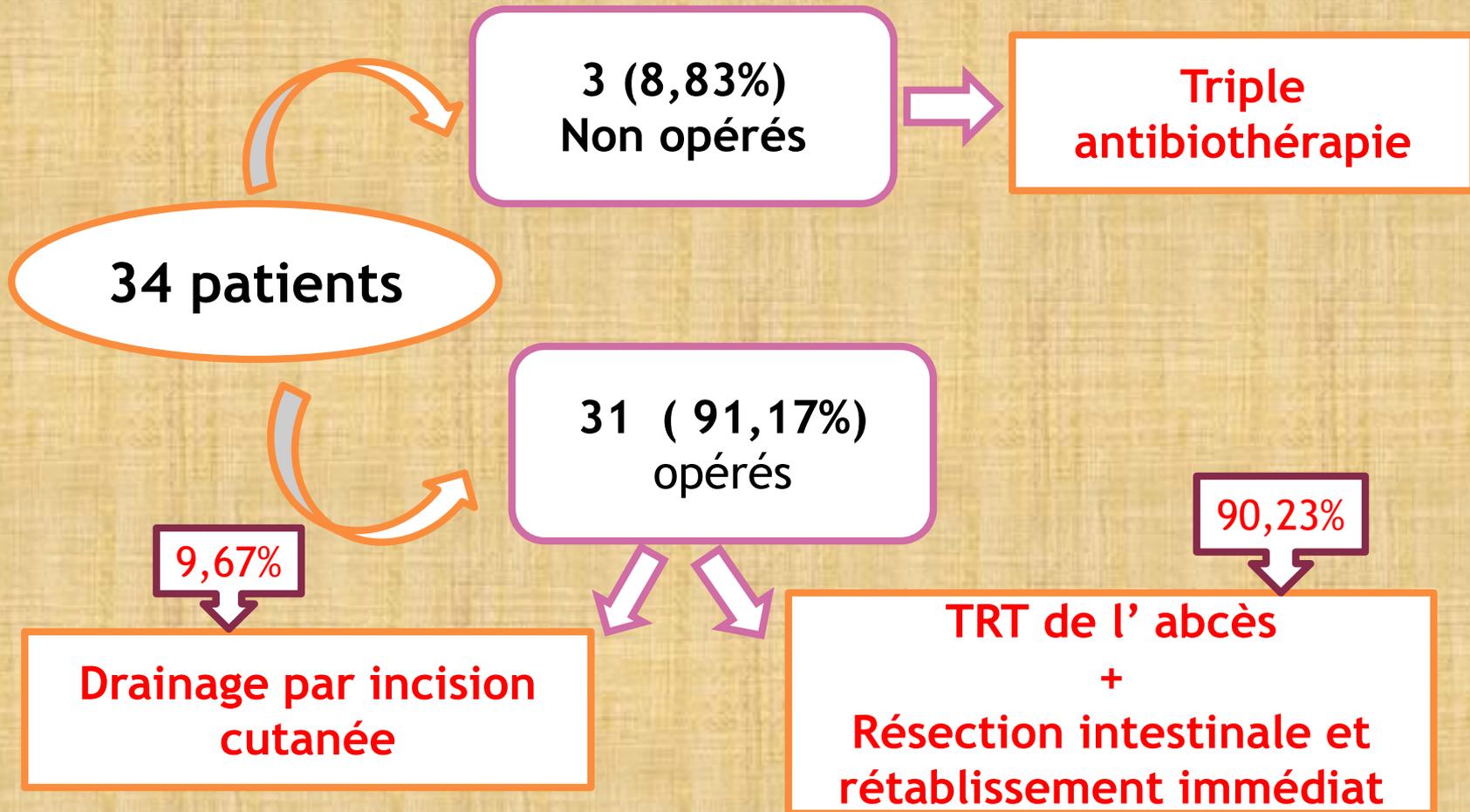
Fig. 7 : Abscès intramésentériques compliquant une maladie de Crohn iléale.
TDM : plusieurs collections au niveau intramésentérique (flèche creuse). Épaississement pariétal iléal associé (flèche).



Fig. 8 : Abscès de la fosse iliaque droite compliquant une maladie de Crohn iléale.
TDM : épaississement pariétal iléal distal adjacent à un abcès pelvien (flèche).

1 patient → double localisation

Matériels / Méthodes



Matériels / Méthodes

Patients non opérés

Céfacidal / claforan
Gentamycine
flagyll

Bonne évolution

Patients incision cutanée

Drainage de l'abcès par incision cutanée
+
Triple ATB

1
Bonne évolution

2
Fistules dirigées

Matériels / Méthodes

91,17%
Patients opérés
en un seul temps

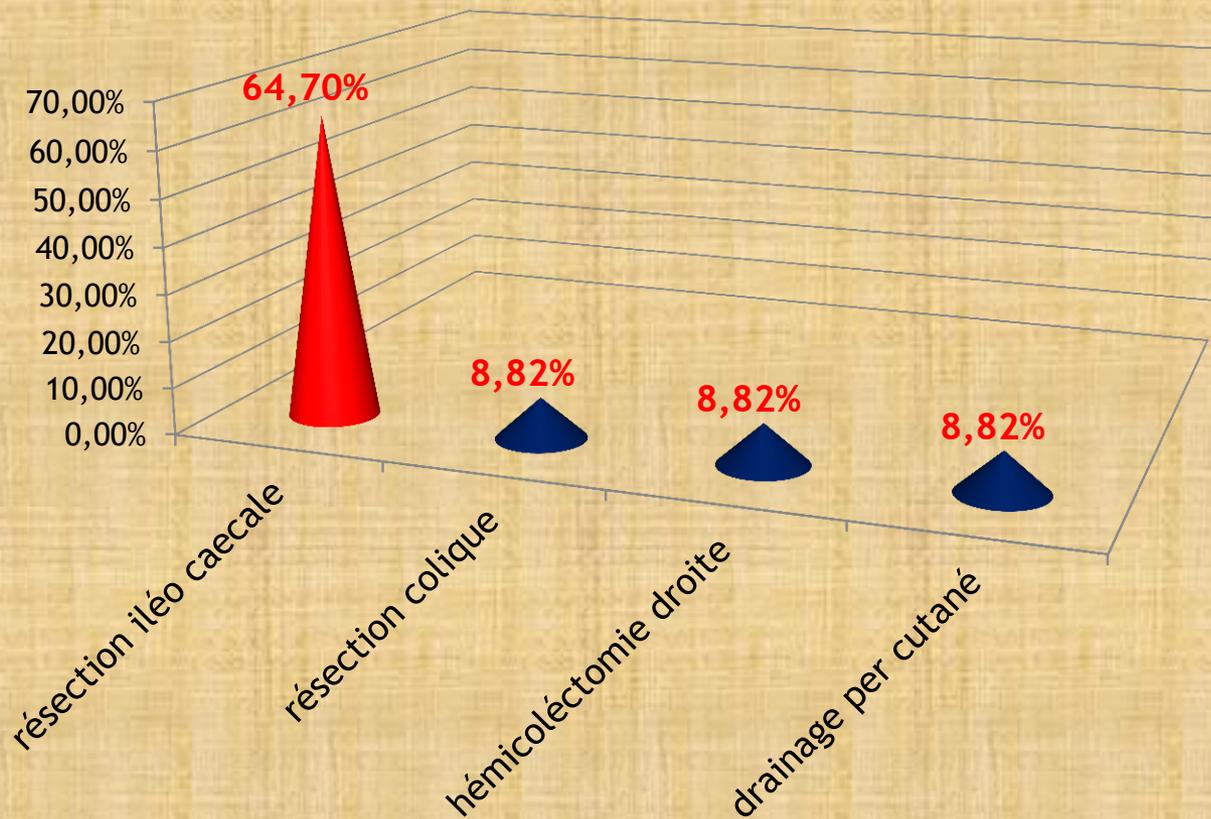
Traitement de l'abcès
+
Résection intestinale
+
Rétablissement immédiat

□ 88,23% → taux d'albumine > 30 (1 patient < 25)

□ 20,58% patients sous corticoïdes

Matériels / Méthodes

Type d'intervention



Résultats

**Patients non
opérés
TRT médical seul**

1
Grand axe < 3 cm

2
Grand axe 3 -5 cm

Sous
corticoïdes

Résultats

**Patients
ATB +
Drainage de l'abcès par incision
cutanée**

Grand axe > 10 cm
En pré fistule
Sous corticoïdes

Résorption de L'abcès
2 semaines

Apparition de fistule
digestives après 15 jours
d'évolution

**Résection iléo caecale : 3 -6 mois
Mortalité : 0
Morbidité : 0**

Résultats

**Patients
ATB +
TRT de l' abcès +
Résection intestinale**

**79, 41% → grand axe > 5 cm
ATB au moins 72 heures avant l'intervention**

- Rétablissement de continuité immédiat → 100%
- Stomie → 0%
- Séjour post opératoire moyen → 8 jours
- Mortalité → 1 patiente (3,57%)
- Morbidité → 1 patient (3,57%)

Résultats

Taux de mortalité global

2,94%

TRT médical seul

0%

TRT médical+
Drainage per cutané

0%

TRT chirurgical eu 1 seul temps

3,57%

1 Patiente **opérée à 3 reprise**

Fistule duodénale → tarissement 40 jours après

Réopéré pour **OIA sur corpus**

Repris pour hématome

Décédé à 60 JS de son hospitalisation

Résultats

Taux de morbidité global
8,82%

2 fistules dirigées
Après incision cutanée de l'abcès

Fistule digestive + OIA
Après TRT chirurgical en un temps

Résection intestinale 3 -6 mois après

Reprise chirurgicale au 13 js pos opératoire
Textilome +++

bonne évolution

Double stomie

Discussion

L'abcès est une complication qui est assez fréquente dans la maladie de crohn

Notre série → 27,38%

Différentes séries rapportées → 6 - 30% *

Révéléateur de la maladie de crohn → 17% ** -26%***

Notre série → 20,58%

Plusieurs facteurs ont été incriminés

- Utilisation de la thérapie ciblée
- Le taux bas d'albumine
- Corticothérapie (risque x 9) ****

*Yamaguchi A, Matsui T, Sakurai T, Ueki T, Nakabayashi S, Yao T, Futami K, Arima S, Ono H.. Les caractéristiques et les résultats cliniques de l'abcès intra-abdominal dans la maladie de Crohn. *J Gastroenterol* 2004 ; **39:441** - 448

** Cellier et al :abcès du psoas compliquant la maladie de crohn
Gastr enterol clin biol 1992 , 16 :235 -8

***Ricci M.a. et al pyogenic psoas abscess : worl wide variations in etiology *word surg* 1986 ; 10 :834 -43

****Agrawal A, Durrani S, Leiper K, et al. Effect of systemic corticosteroid therapy on risk for intra-abdominal or pelvic abscess in non-operated Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2005;3:1215-1220

Discussion

Pas d'étude randomisée prospective comparant les différentes techniques de prise en charge des abcès dans la maladie de crohn

Am J Gastroenterol. 2006 Oct;101(10):2283-9.

Outcome of surgical versus percutaneous drainage of abdominal and pelvic abscesses in Crohn's disease.

Gutierrez A, Lee H, Sands BE.

Gastrointestinal Unit and MGH Crohn's and Colitis Center, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts 02114, USA.

**66 patients : abcés
29 patients → TRT chirurgicale
37 patients → drainage per cutané**

- Temps de résorption de l'abcès + court → chirurgie**
- 1/3 des patients : drainage per cutané : chirurgie dans l'année**

Discussion

Journal of Clinical Gastroenterology:
May/June 2001 - Volume 32 - Issue 5 - pp 409-412
Clinical Research

Abscesses in Crohn's Disease: Outcome of Medical Versus Surgical Treatment

Garcia, Juan Carlos M.D.; Persky, Seth E. M.D.; Bonis, Peter A.L. M.D.; Topazian, Mark M.D.

51 patients : suivi de 3,75 ans

Récidive d'abcès → 56% vs 12% (P= 0,016)
50 % des patients avec TRT médical ou drainage → non opérés

Prise en charge chirurgicale des abcès



Moins de récurrence

Discussion

Efficacy of Different Therapeutic Options for Spontaneous Abdominal Abscesses in Crohn's Disease: Are Antibiotics Enough?

Fernando Bermejo, PhD, MD,* Elena Garrido, MD,† María Chaparro, PhD, MD,*[§] Jordi Gordillo, MD,|| Miriam Mañosa, MD,^{§*} Alicia Algaba, MD,* Antonio López-Sanromán, PhD, MD,† Javier P. Gisbert, PhD, MD,*[§] Esther García-Planella, MD,|| Iván Guerra, MD,* and Eugeni Domènech, PhD, MD^{§*}

2012 / 128 PATIENTS -multicentrique

	ATB seul 42,2%	ATB + drainage per cutané 23,4%	ATB + drainage chirurgical 34,4%
efficacité	63%	30%	91%
Récidive Sous immunosuppresseur	41%	75%	5%
Récidive Sans immunosuppresseur	35%	72%	12%

**CCL : - abcés de petite taille → ATB seuls : bonne option
- abcés important avec fistule : chirurgie ++++**

Discussion

Notre
série

Chirurgie en un
temps

82,35%

Rétablissement de la
continuité dans le même
temps ?

100%

l'abcès est découvert
en per opératoire

Le rétablissement
de continuité est
souvent possible *

sauf

Sup à 2
critères
stomie

4 critères : **

- Taux d'albumine inf à 30 g/l
- Corticothérapie préopératoire
- Découverte d'un abcès
- fistule per opératoire

* Wu .Js et al surgery 1997.122:682-689

**YAMAMATO et al 443 PTS /566 interventios/1008 anastomoses: analyse multivariée

Discussion

Bermejo et al 2012	morbidité	Récidive d'abcés	fistule
drainage	19 %	3%	13%
chirurgie	13%	2,6%	7,7%

- ❑ Morbidité globale : 6 -8% (**4,8%**)
- ❑ Morbidité spécifique au traitement chirurgical de l'abcés en un seul temps avec rétablissement immédiat : **3,57%**

conclusion

Abcès → formes perforante ++++

Toutes les études sont limitées par leur nature rétrospective, leur variable et durées en général de suivi

Traitement chirurgical de l'abcès et de la maladie : +++++

- Moins de récurrence d'abcès
- Le rétablissement de la continuité est possible
- Permet de traiter la maladie

Drainage per cutané radio guidée → bonne alternative

Équipe experte
Fistule / récurrence ++
coelochirurgie

conclusion

Abcès reconnu en pré
opératoire

Abcès de
moins de 3 cm



TRT médical
Bonne option

Abcès de
plus de 3 cm



Pré fistule

Incision cutanée + Résection
chirurgicale : 6-9 sem après



Abcès profond

Traitement de l' abcès et résection
intestinale avec rétablissement de
la continuité (selon possibilité)

Abcès reconnu en per
opératoire



conclusion

Optimiser La prise en charge des abcès intra abdominaux au cours de la maladie de crohn

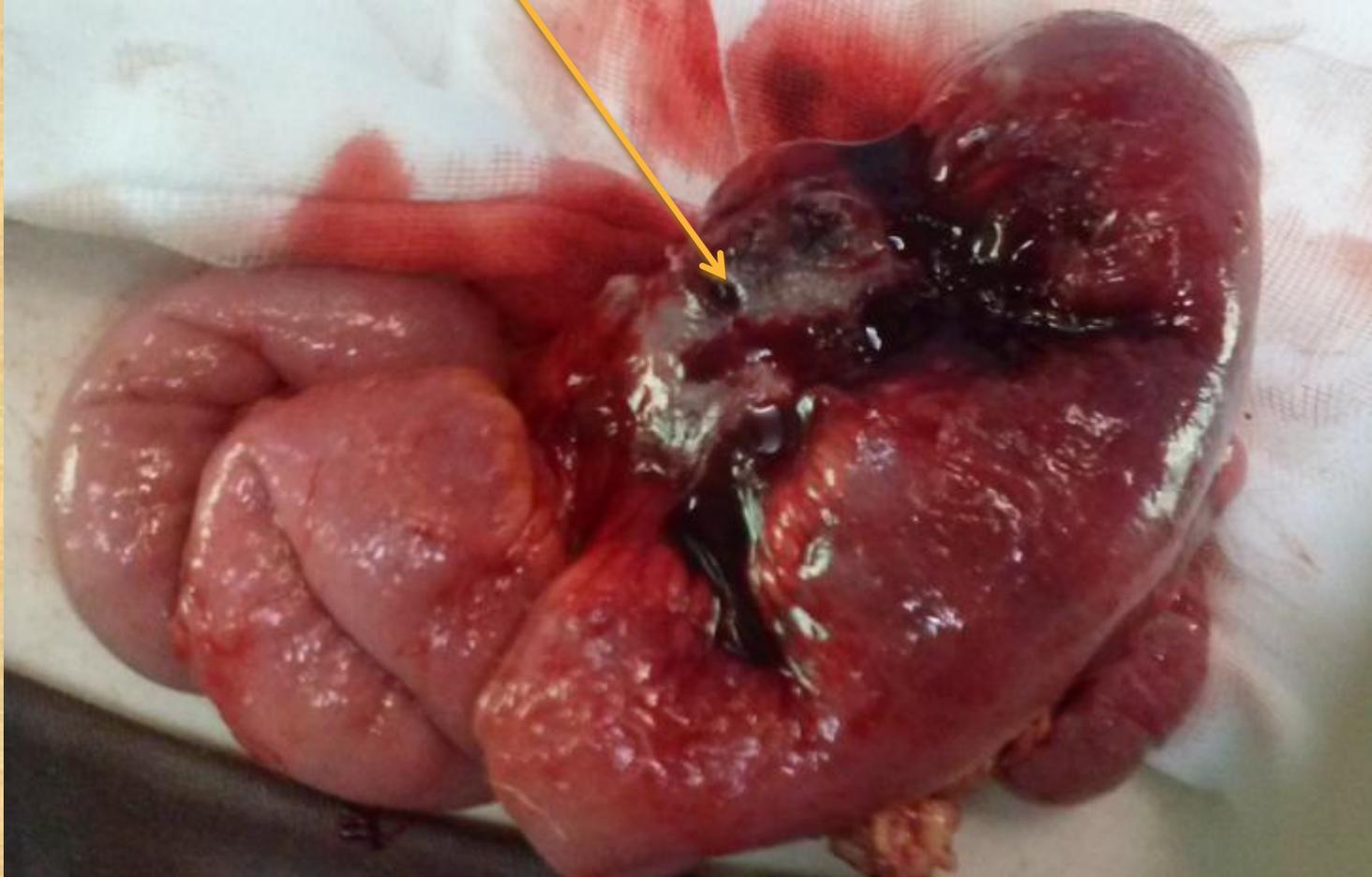
Gastro
entérologues

chirurgiens

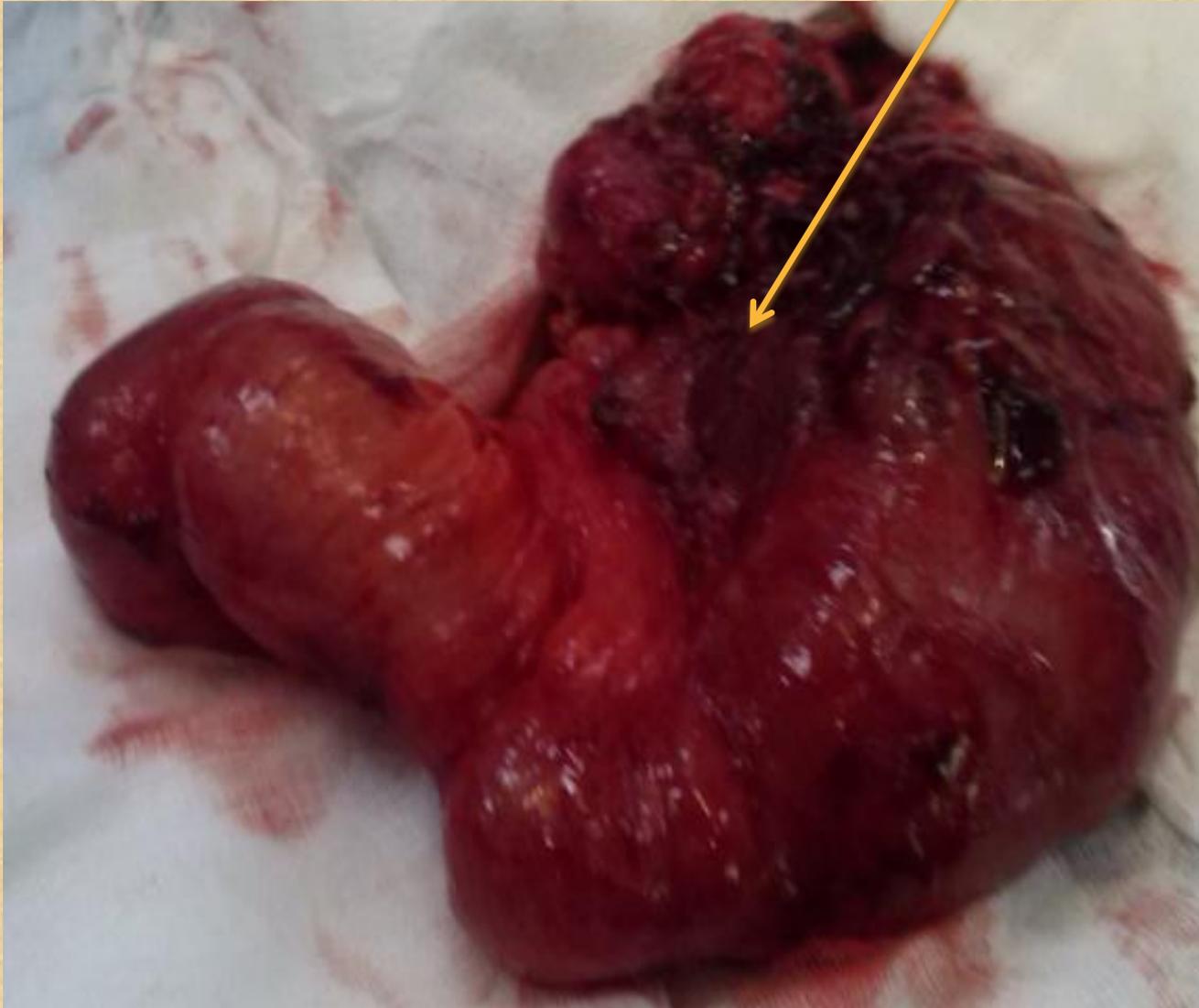
radiologues

réanimateurs

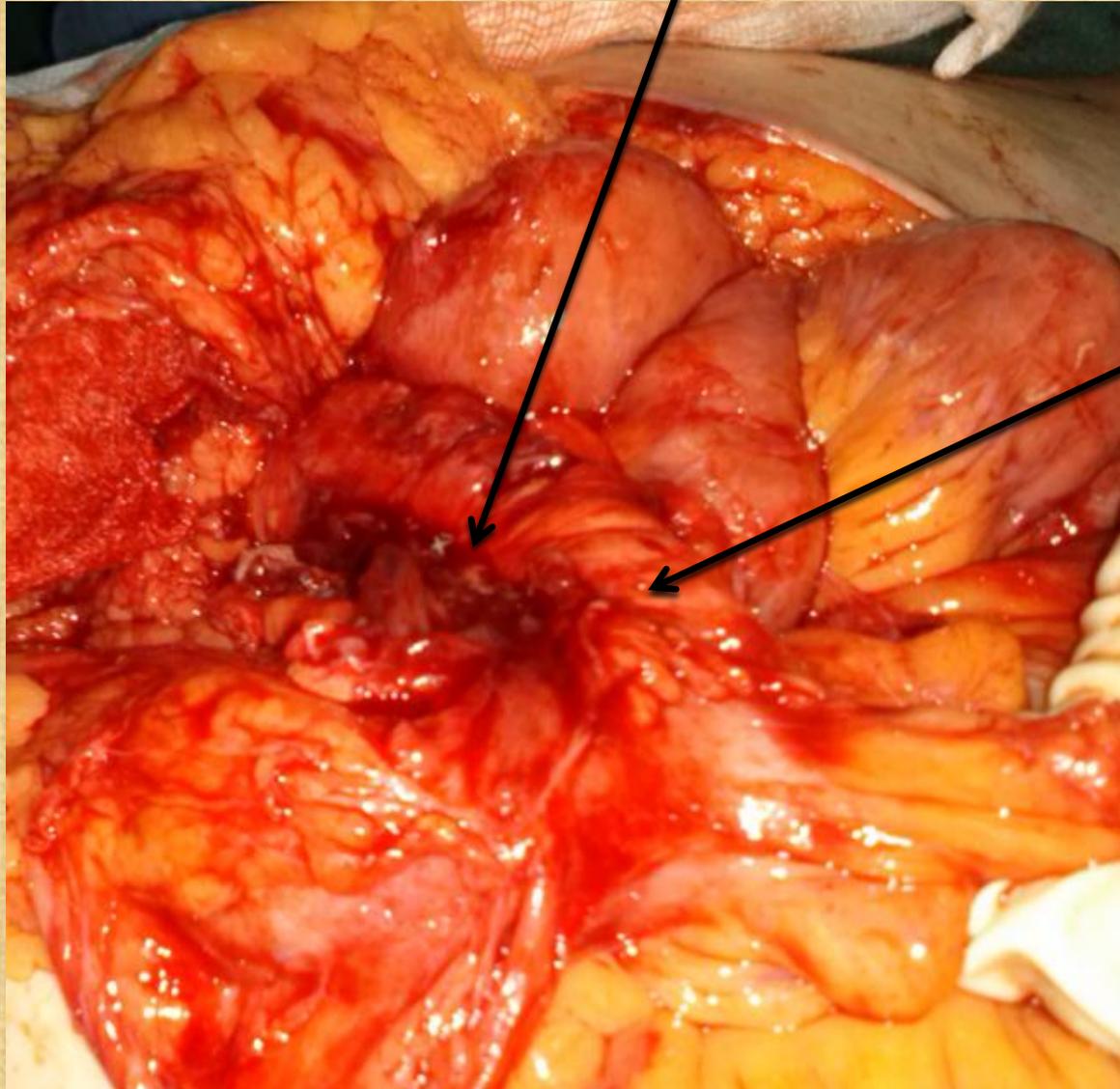
Orifice de
l'abcès



abcès



**Abcès
Mésocolon transverse**



**Colon
transverse**

fistules



avant



après