

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2006

N°142

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : CHIRURGIE DIGESTIVE

Par

Thomas PIFFETEAU

né le 18 mars 1976, à Paris (XVI^{ème})

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2006

**RESULTAT FONCTIONNEL A LONG TERME
ET QUALITE DE VIE DES PATIENTS
PORTEURS D'UNE ANASTOMOSE ILEO
ANALE AVEC RESERVOIR**

Président : Monsieur le professeur PA Lehur

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur N Regenot

Membres du jury : Monsieur le professeur J Leborgne

Monsieur le professeur E Mirallie

Monsieur le docteur A Boureille

Monsieur le docteur F Denimal

ABREVIATIONS

RCH : rectocolite hémorragique

PAF : polypose adénomateuse familiale

MC : maladie de Crohn

AIA : anastomose iléo-anale

AIR : anastomose iléo-rectale

FIQOL : Fecal Incontinence Quality Of Life

MDV : mode de vie

COM : comportement

GEN : gêne vis-à-vis des autres

DEP : dépression

QdV : qualité de vie

kg : kilogramme

vs : versus

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
1 ETAT DE LA QUESTION.....	6
A. LA QUALITE DE VIE	6
1. Définition.....	6
2. Intérêt de la mesure de la qualité de vie.....	6
3. Instruments de mesure de la qualité de vie.....	7
B. QUALITE DE VIE ET ANASTOMOSE ILEO-ANALE.....	7
1. Enjeu	7
2. Intérêt de l'anastomose iléo-anale.....	8
3. Amélioration de la technique chirurgicale.....	9
4. Critères d'évaluation du résultat fonctionnel.....	9
C. EVOLUTION DE LA TECHNIQUE OPERATOIRE.....	9
1. Le réservoir.....	10
2. La mucosectomie	11
2 BUT DE L'ETUDE.....	13
3 MATERIEL ET METHODE	13
A. POPULATION.....	13
1 Pathologie initiale	13
2 Indication opératoire	14
3 Critères d'exclusion	14
B. METHODE	15
1. Technique chirurgicale.....	15
2. Outils d'évaluation	18
3. Analyse des données	24
4 RESULTATS.....	26
A POPULATION.....	26
1. Patients inclus	26
2. Données démographiques	27
3. Technique chirurgicale.....	27
B. COMPLICATIONS	28
1. Complications post-opératoires (tableau 3).....	28
2. Complications à distance.....	29
C. RESULTAT FONCTIONNEL	30
1. Résultat de l'ensemble de la série.....	30
2. Facteurs influençant le résultat fonctionnel	36
D. RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE	37
1. Questionnaire de Qualité de vie (QdV).....	38
2. Facteurs influençant la qualité de vie QdV	41
3. Questionnaire du FIQOL	43
4. Facteurs influençant le score FIQOL.....	45
5 DISCUSSION	46
A. INFLUENCE DE LA MORBIDITE SUR LE RESULTAT FONCTIONNEL.....	47
1. Complications post-opératoires	47
2. Complications à distance.....	48
B. RESULTAT FONCTIONNEL	50
1. Paramètres étudiés	51
2. Facteurs influençant le résultat fonctionnel	53
C. AIA ET ACTIVITE GENITALE	56

1. Retentissement de l'AIA sur la fertilité	56
2. Retentissement du mode d'accouchement sur le résultat fonctionnel.....	57
D. EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE	58
1. Utilisation des scores.....	58
2. Qualité de vie après A.I.A.....	60
3. Corrélation entre résultat fonctionnel et qualité de vie.....	61
CONCLUSION	62
REFERENCES	63
ANNEXES.....	68

INTRODUCTION

Au cours des 20 dernières années l'anastomose iléo-anale avec réservoir est devenue l'intervention de référence pour le traitement de la RCH et de la PAF.

Cette opération associe classiquement une coloproctectomie totale avec une exérèse complète de toute la muqueuse pathologique permettant en théorie le traitement définitif de ces pathologies.

La coloproctectomie totale pour PAF ou RCH s'adresse à des patients jeunes : 35 ans de moyenne d'âge dans notre série, et donc demandeurs d'une bonne qualité de vie concernant les activités sociales, de loisirs, professionnelles, sexuelles et génitales.

L'AIA a comme avantages par rapport aux deux autres techniques proposées pour ces pathologies, premièrement de préserver le schéma corporel, contrairement à l'iléostomie terminale, et deuxièmement de traiter définitivement la maladie, contrairement à l'anastomose iléo-rectale.

Alors que de plus en plus de publications évaluent la qualité de vie chez les malades opérés d'une AIA, nous avons voulu étudier celle de nos patients opérés depuis 1990 afin de comparer nos résultats à ceux de la littérature et identifier les domaines que nous pouvons améliorer.

Nous avons choisi d'apprécier le résultat fonctionnel et la qualité de vie à l'aide de scores calculés sur la base de questionnaires auto-administrés. Un seul questionnaire concernant la qualité de vie était validé, le FIQOL, explorant l'impact des pertes de selles sur la santé perçue, la vie de relation et la vitalité des malades.

1 ETAT DE LA QUESTION

A. LA QUALITE DE VIE

1. Définition

Il n'existe pas de définition universellement acceptée de la qualité de vie ; ce concept varie en fonction des auteurs et des différentes études. Elle dépend de multiples facteurs comme le revenu, la liberté, les conditions de vie et la qualité de l'environnement. Il s'agit d'atteindre les buts personnels que l'on poursuit, de mener une vie normale et d'avoir une vie socialement utile (1).

La qualité de vie peut être définie comme l'appréciation subjective faite par un individu de la satisfaction qu'il a en regard de ses conditions et de son mode de vie. Etudier la qualité de vie c'est donc tenir compte des besoins, des attentes et des valeurs des gens (2).

La notion de qualité de vie étant trop générale, la définition d'une « qualité de vie liée à la santé » correspond mieux au domaine de l'évaluation médicale et constitue un indicateur de résultat pour apprécier les conséquences d'une pathologie ou l'effet des procédures de soins médicaux (3).

La notion de qualité de vie liée à la santé prend en compte non pas toutes les dimensions de qualité de vie en général mais celles qui peuvent être modifiées par la maladie et son traitement (4).

Sa mesure prétend quantifier l'impact des maladies et des interventions de santé sur la vie quotidienne des patients du point de vue des intéressés eux-mêmes.

2. Intérêt de la mesure de la qualité de vie

La recherche en matière de qualité de vie liée à la santé est orientée vers une application pratique pour le bénéfice du patient. Il s'agit de rassembler des données fiables qui permettent de juger de la pertinence d'interventions déterminées.

Les études de qualité de vie trouvent un intérêt majeur dans les pathologies nécessitant un arbitrage entre les inconvénients de la maladie même et les inconvénients liés au traitement (4).

L'appréciation de la qualité de vie liée à la santé permet au médecin d'évaluer la perception qu'a le patient de sa propre vulnérabilité, de son ressenti de la maladie, des moyens thérapeutiques mis en œuvre. Elle améliore ainsi la prise en charge médicale en renseignant sur un indice explicatif de la demande de soin, l'observance, la satisfaction et finalement, la santé des sujets (6).

3. Instruments de mesure de la qualité de vie

Les mesures de la qualité de vie sont obtenues par l'entremise de questionnaires standardisés développés selon des méthodes psychométriques (6).

La qualité de vie liée à la santé présente un caractère multidimensionnel. Il est nécessaire d'identifier ces différentes dimensions et l'importance respective (la pondération) qui leur est attribuée. L'élaboration d'un instrument de mesure de la qualité de vie liée à une pathologie spécifique demande une méthodologie rigoureuse.

On peut classer ces instruments de mesure de plusieurs façons.

En fonction du mode d'administration :

Auto-administré (un questionnaire est remis au sujet qui en prend connaissance et y répond sans aide) ou administré par un enquêteur (médecin, infirmière).

En fonction du domaine d'application de la mesure :

Les questionnaires génériques mesurent les principaux domaines de la vie quotidienne, en particulier le statut fonctionnel. Il est possible de les utiliser dans différentes maladies et de comparer les résultats avec des groupes contrôles.

Les questionnaires spécifiques sont axés uniquement sur un type de maladie et pourraient avoir une plus grande sensibilité que les questionnaires génériques pour étudier les variations de la qualité de vie en relation avec l'évolution des symptômes (5).

B. QUALITE DE VIE ET ANASTOMOSE ILEO-ANALE

1. Enjeu

Bien que très difficile à apprécier en raison de son caractère subjectif et individuel, la qualité de vie après l'intervention est un élément capital à évaluer puisqu'elle intervient dans le choix entre différentes options chirurgicales.

Il a déjà été démontré que la chirurgie améliorerait incontestablement la qualité de vie des patients (7).

Les possibilités physiques et le bien-être psychologique sont meilleurs dès lors que le malade est opéré, que l'intervention soit une coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale et confection d'un réservoir, une coloproctectomie totale avec iléostomie terminale définitive ou bien une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale (8,9).

Le choix de la technique la plus adaptée doit donc prendre en compte, outre les impératifs liés à la pathologie et à son évolution (complications, cancérisation), des critères axés sur la qualité de vie des malades : activités sociale, professionnelle, sexuelle et génitale, image de soi et appréciation de son état de santé.

2. Intérêt de l'anastomose iléo-anale

Aujourd'hui, l'AIA est l'intervention chirurgicale de référence dans la RCH et la PAF car elle permet de satisfaire le double objectif de guérison de la maladie par ablation de l'ensemble de la muqueuse colorectale malade, et de conservation de la fonction sphinctérienne.

En ce qui concerne la qualité de vie, l'AIA a démontré sa supériorité sur l'iléostomie définitive (10), notamment dans les domaines de la santé perçue, de l'image de soi, de la vie sociale et des loisirs (11). Druss et al. (12) ont démontré que 45% des patients porteurs d'une iléostomie souffraient de dépression sévère, d'inhibition sociale et d'isolement. Wexner et al. (13) ont rapporté que 95% des patients préféreraient une AIA à une iléostomie terminale à cause de l'impact psychologique négatif de la stomie. De plus, les problèmes spécifiques à celle-ci (irritation cutanée, éventration peri-stomiale) concernent environ 30% des patients et altèrent la qualité de vie.

A l'opposé, d'autres auteurs (14) affirment que la certitude pour le patient d'être guéri de sa maladie est le facteur principal d'amélioration de la qualité de vie et qu'il n'y avait pas d'arguments permettant d'affirmer la supériorité de l'AIA par rapport à l'iléostomie terminale dans ce domaine.

Quoi qu'il en soit, l'iléostomie définitive reste indiquée en cas de troubles fonctionnels sphinctériens non réeducables incompatibles avec une continence satisfaisante, de risque anesthésique ne permettant pas d'envisager une intervention longue ou de tumeur rectale nécessitant une amputation abdomino-périnéale pour des raisons carcinologiques (15).

Par contre, aucune étude prospective n'a comparé les résultats de l'AIA et de l'anastomose iléo-rectale chez les patients où les deux options étaient envisageables. L'AIR reste indiquée chez la femme jeune en âge de procréer puisqu'elle entraînerait une moindre diminution de la fécondité (16). Cependant, en raison du risque de dégénérescence du rectum restant, il est nécessaire d'obtenir le consentement de la patiente à se soumettre à des contrôles endoscopiques réguliers, afin de dépister l'apparition d'une éventuelle dysplasie.

Le développement progressif d'un microrectum, d'une rectite invalidante ou la crainte d'une dégénérescence amènent environ 20% des patients porteurs d'une AIR à subir une proctectomie secondaire à 10 ans.

3. Amélioration de la technique chirurgicale

La qualité de vie chez les patients porteurs d'une anastomose iléo-anale avec réservoir serait directement liée au résultat fonctionnel de l'intervention (17), au profil psychologique du patient (18) et au handicap existant en pré-opératoire (19).

Le chirurgien, par l'intermédiaire de la technique opératoire, aurait le moyen d'interférer directement sur le résultat fonctionnel dans le but d'améliorer la qualité de vie.

Le résultat fonctionnel est considéré dans l'ensemble comme satisfaisant par les différents auteurs (21), mais variable d'un patient à l'autre et difficilement prévisible en pré-opératoire.

Depuis le début des années 80 de nombreux travaux ont évalué le résultat fonctionnel des AIA et des modifications techniques concernant la réalisation du réservoir et la mucosectomie ont été proposées (cf. chapitre C : « Evolution de la technique opératoire »)

4. Critères d'évaluation du résultat fonctionnel

La difficulté dans l'évaluation du résultat fonctionnel réside déjà dans le choix des critères le définissant.

Les paramètres objectifs habituellement retenus sont (21) :

- le nombre de selles par 24 heures,
- le nombre de selles nocturnes,
- la qualité de la continence diurne et nocturne,
- la possibilité de différer une exonération plus de 15 minutes,
- la présence d'irritations péri-anales,
- la nécessité de suivre un régime alimentaire ou de prendre des régulateurs du transit.

Ces paramètres sont difficiles à établir de façon précise car ils dépendent étroitement du mode de recueil de l'information (interrogatoire téléphonique, consultation, feuille de suivi envoyée au patient), de la personne recueillant l'information (chirurgien, gastro-entérologue, observateur indépendant), ainsi que de nombreux autres facteurs (moment où l'information est recueillie par rapport à l'intervention, affection intercurrente, existence d'une pochite, prise médicamenteuse).

D'autres critères plus subjectifs concernant la vie sociale, professionnelle, sportive ou sexuelle sont encore plus difficiles à évaluer de façon précise et reproductible.

C. EVOLUTION DE LA TECHNIQUE OPERATOIRE

Proposée dès 1948 par Ravitch, l'anastomose iléo-anale fut abandonnée en raison d'un nombre de selles très élevé, d'une impériosité et de troubles de la continence anale. L'addition d'un réservoir iléal en 1978 a permis d'en améliorer le résultat fonctionnel en diminuant de façon significative le nombre de fuites diurnes (22) et l'anastomose iléo-anale est progressivement devenue l'intervention de choix dans le traitement de la RCH et à un degré moindre dans celui de la PAF.

Plusieurs études physiologiques ont analysé les modifications induites par une AIA et leur corrélation avec la qualité du résultat. Ces études ont permis l'élaboration de modifications techniques afin d'améliorer la fonction intestinale après AIA, notamment concernant la fréquence des selles et la fonction de continence..

1. Le réservoir

L'une des plus grandes avancées a été la reconnaissance de la nécessité d'un réservoir afin d'obtenir une fréquence acceptable de selles après AIA.

Parks est le premier à rapporter l'amélioration du résultat fonctionnel de l'AIA par la confection d'un réservoir iléal et la conservation du sphincter anal. En 1978, avec Nicholls, il décrit la technique et les résultats de la coloproctectomie totale avec AIA associée à une mucoséctomie et à la confection d'un réservoir iléal en S, concernant une série de 8 patients (22).

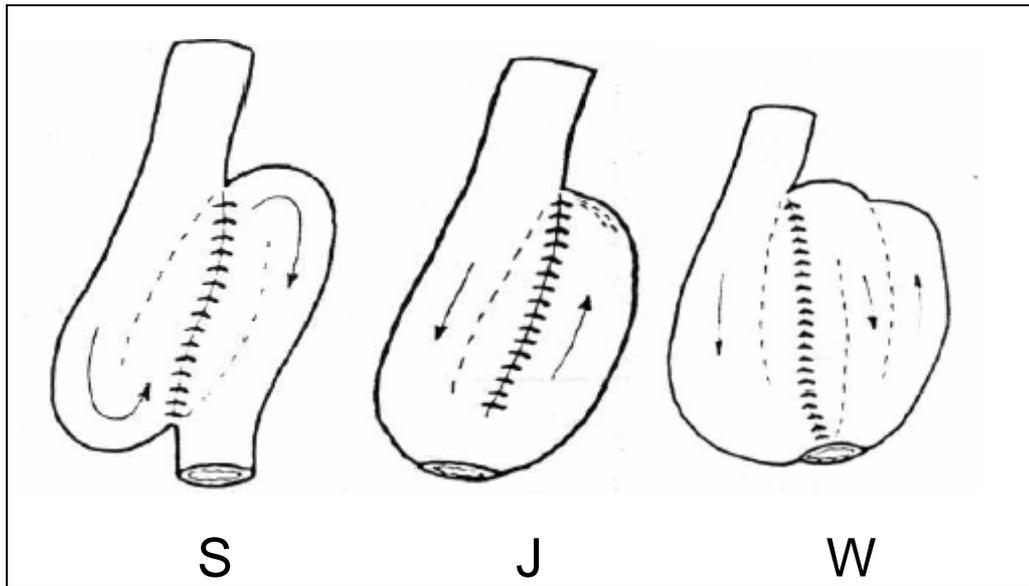
En 1980 Utsunomiya et al. (20) exposent le procédé du réservoir en J qui a l'avantage d'être confectionné rapidement grâce à la pince à agrafage linéaire (TLC ou GIA) et de ne pas nécessiter d'intubation pour son évacuation complète.

On sait aujourd'hui que le **nombre de selles** obtenu après AIA dépend du débit fécal, du volume et de la compliance du réservoir (21). Après colectomie totale, le débit fécal passe de 150 g/j à 650 g/j, rendant compte d'un nombre de selles multiplié par 4 après AIA (21).

Parmi tous les types de réservoirs proposés dans le but de diminuer la fréquence des selles (réservoir en J, en S, en W ou en H), aucune des études comparatives réalisées à ce jour n'a mis en évidence de différence significative concernant le résultat fonctionnel, à condition que le volume du réservoir soit égal ou supérieur à 300 cc (21).

Le réservoir en « J » avec des jambages de 18 cm est aujourd'hui le plus communément réalisé en raison de sa facilité de construction et de l'absence d'anse efférente souvent responsable de troubles de l'évacuation.

Figure 1 : Trois principaux types de réservoirs iléaux



2. La mucosectomie

La **qualité de la continence et la possibilité de discrimination** entre les gaz et les selles dépendent étroitement de la qualité du sphincter anal.

Manométriquement, la fonction motrice du sphincter interne est évaluée par la pression anale de repos ; la fonction sensitive du canal anal par la mesure du seuil de perception et la fonction réflexe du sphincter anal par la présence d'un réflexe pocho-anal inhibiteur. Après AIA, le volume maximal tolérable, le pourcentage d'évacuation volontaire et la distensibilité du réservoir sont similaires à ceux d'un rectum normal. Les pressions de contraction volontaire, témoignant de l'intégrité du sphincter externe, sont préservées. Par contre, la pression anale de repos est constamment diminuée d'environ 15% et souvent plus encore pendant le sommeil, témoin d'une altération de la fonction motrice du sphincter interne (23).

Afin de préserver au mieux l'intégrité anatomique et fonctionnelle du sphincter anal, une modification de la technique a été décrite, supprimant la mucosectomie (24).

La technique opératoire classique décrite par Parks comportait un temps périnéal avec exérèse de la muqueuse glandulaire tapissant la moitié supérieure du canal anal, et

réalisation de l'anastomose iléo-anale de façon manuelle. La réalisation de cette mucoséctomie et de l'anastomose demandaient une trentaine de minutes pendant lesquelles il existait un certain degré de dilatation anale. Ce temps de dilatation serait responsable de la diminution des pressions maximales de repos du sphincter anal et des petites fuites muqueuses survenant notamment pendant le sommeil chez 25 à 50% des patients (25).

Dans la technique sans mucoséctomie, l'anastomose est effectuée à la pince mécanique au sommet du canal anal préservant ainsi la zone transitionnelle, interposée entre la muqueuse malpighienne à la partie basse du canal anal et la muqueuse glandulaire qui est la muqueuse pathologique.

Cette muqueuse transitionnelle n'est pas intéressée par le processus inflammatoire, et peut donc être conservée, d'autant qu'elle est riche en terminaisons nerveuses sensibles.

Des études manométriques ont montré une meilleure conservation de la pression sphinctérienne de repos lorsque l'anastomose est réalisée à la pince mécanique (25,28).

Par contre, la préservation de la zone transitionnelle expose au risque de laisser en place une collerette de muqueuse glandulaire. Cette muqueuse peut secondairement être le siège d'une inflammation ou d'une dysplasie. Le risque de survenue d'une dysplasie est d'environ 5% à 10 ans (29), nécessitant une surveillance annuelle clinique et endoscopique avec biopsies du réservoir et de la zone transitionnelle.

2 BUT DE L'ETUDE

Le but premier de l'étude était d'évaluer l'impact de l'AIA avec réservoir sur la qualité de vie des malades opérés.

Nous avons ensuite étudié les différents facteurs intervenant dans la modification du résultat fonctionnel afin d'identifier ceux pouvant être améliorés directement par le praticien, que ce soit par l'intermédiaire de la technique chirurgicale ou du suivi post-opératoire.

Nous avons enfin vérifié l'existence d'une corrélation entre les deux variables *Résultat fonctionnel* et *Qualité de vie* afin de déterminer si le chirurgien avait le pouvoir d'améliorer la qualité de vie.

3 MATERIEL ET METHODE

A. POPULATION

Entre janvier 1990 et décembre 2005, 110 patients ont bénéficié d'une coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anales sur réservoir en J dans le service de Chirurgie Générale II au CHU de Nantes.

Il s'agissait de 58 femmes et 52 hommes, d'âge moyen 35 ans (extrêmes 11-69) lors de l'intervention.

1 Pathologie initiale

L'indication chirurgicale était une rectocolite hémorragique (RCH) dans 61% des cas (n=67), une polypose adénomateuse familiale (PAF) dans 23.6% des cas (n=26), une colite indéterminée dans 11.8% des cas (n=13). Le diagnostic de colite indéterminée était posé chez les patients dont l'analyse anatomo-pathologique de la pièce opératoire ne permettait pas de faire la distinction entre une RCH ou une maladie de Crohn (MC). L'indication opératoire n'a pas été retrouvée chez quatre patients.

Concernant les patients opérés pour maladie inflammatoire :

Le délai moyen entre le diagnostic de RCH ou de colite indéterminée et l'AIA était de 72 ± 74 mois.

Une corticothérapie par voie générale ou locale était suivie au moment de la chirurgie par 62% des patients avec une durée moyenne de traitement de 43 ± 60 mois. Un traitement par immunosuppresseurs (Imurel, ciclosporine) était suivi par 18% des patients avec une durée moyenne de traitement de 27 ± 29 mois.

Trois patients avaient une spondylarthrite ankylosante associée avec HLA B27 positif, deux patients étaient porteurs d'une cholangite sclérosante primitive.

2 Indication opératoire

Concernant les patients atteints d'une maladie inflammatoire, l'indication opératoire avait été posée à la phase aiguë pour 59% d'entre eux.

Ces patients avaient bénéficié dans un premier temps d'une colectomie subtotale avec iléostomie et sigmoïdostomie en urgence.

L'indication opératoire avait été posée à froid chez 41% des patients porteurs d'une maladie inflammatoire et pour tous les patients opérés pour PAF.

3 Critères d'exclusion

Les patients qui avaient subi l'excision de leur réservoir et étaient porteurs d'une iléostomie terminale définitive au moment de l'enquête ont été exclus de l'étude, ainsi que les patients porteurs d'une iléostomie latérale provisoire pour dysfonctionnement du réservoir en attente d'une remise en continuité.

B. METHODE

1. *Technique chirurgicale*

1.1 Temps chirurgicaux

Les 110 patients ont bénéficié d'une coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale et confection d'un réservoir en J.

La coloproctectomie totale avec AIA était effectuée en un seul temps chez 48.5% des patients, parmi eux 79% ont bénéficié d'une iléostomie latérale de protection.

Une colectomie première, suivie dans un second temps d'une proctectomie totale avec AIA, a été réalisée chez 51.5% des patients, protégée par une iléostomie latérale dans 83.6% des cas.

Toutes les iléostomies de protection ont été fermées, dans un délai moyen de 92 ± 71 jours.

1.2 Technique opératoire

Les patients étaient installés en position dite de double-équipe permettant une double voie d'abord abdominale et périnéale.

Les jambes reposaient sur des étriers, protégées par des plaques de gel afin d'éviter toute compression nerveuse.

Le sondage urinaire effectué de manière stérile était systématique.

Au temps périnéal, les jambes étaient relevées afin d'exposer au mieux l'anus.

Voie d'abord

Il s'agissait d'une laparotomie médiane débutant à l'aplomb de la symphyse pubienne et remontant en sus-ombilical pratiquement jusqu'à l'appendice xyphoïde.

Colectomie totale

A droite, la section de la dernière anse iléale était effectuée au ras de la valvule de Bauhin.

Le pédicule iléo-caeco-colo-appendiculaire était ligaturé au ras du cæcum afin de préserver au mieux d'éventuelles artères récurrentes iléales.

En l'absence de suspicion de cancer ou de polypes dégénérés, la ligature des mésos était effectuée quelques centimètres sous l'arcade bordante, sans véritable curage carcinologique.

Mobilisation du grêle et du mésentère

Avant de débiter la dissection du rectum, la bonne descente du futur réservoir à l'anus était vérifiée. Les décollements duodéno-pancréatique et de la racine du mésentère étaient réalisés afin de faciliter cette descente, parfois associés à un procédé de plastie mésentérique.

Dissection du rectum

La proctectomie était effectuée en disséquant au ras du rectum afin de ménager les nerfs pré-sacrés et protéger la fonction génitale.

La dissection était conduite jusqu'au plancher des releveurs en s'aidant de touchers rectaux itératifs.

Confection du réservoir

Un réservoir en J de longueur variant entre 16 et 20 cm était confectionné à l'aide d'une pince automatique.

Les orifices d'introduction de la pince étaient refermés au fil résorbable en cas d'anastomose manuelle ou bien sur une enclume de pince mécanique circulaire par une bourse en cas d'anastomose mécanique.

Anastomose iléo-anale

AIA avec mucoséctomie :

Après mise en place sur la marge anale des écarteurs de Gelpi, la sous-muqueuse était infiltrée à la Xylocaïne adrénalinée.

La muqueuse était incisée au niveau de la ligne pectinée et la dissection se faisait dans le plan de la sous-muqueuse sur environ deux centimètres jusqu'à la ligne de section du rectum laissant un moignon musculéux rectal ouvert. Le réservoir était abaissé à l'anus puis ouvert transversalement et amarré avec deux fils latéraux.

L'anastomose iléo-anale était confectionnée à l'aide de points séparés de fil résorbable tressé 3/0. Une fois l'anastomose réalisée, un toucher rectal permettait de vérifier la bonne insertion du réservoir.

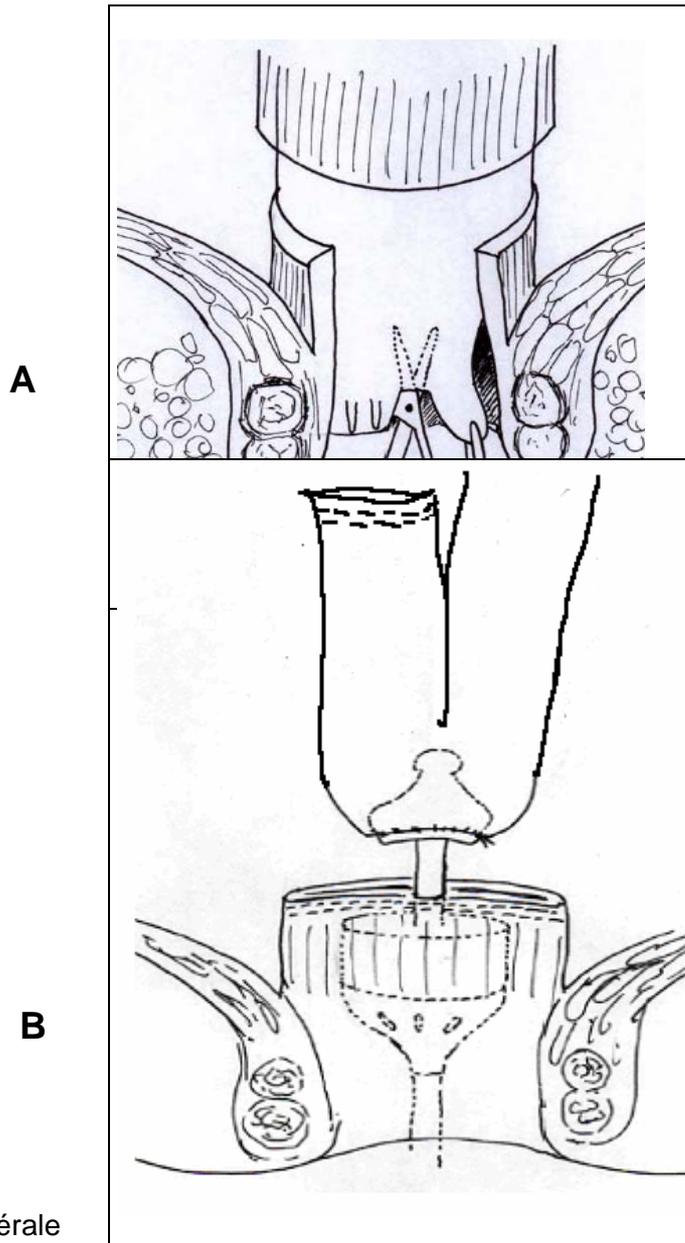
Une sonde de Foley trans-anastomotique était laissée en place afin de drainer le réservoir.

AIA mécanique :

La section du rectum était effectuée le plus près possible du plancher des releveurs. La pince mécanique circulaire PCEEA était introduite par l'anus, l'anastomose était réalisée par agrafage trans-suturair.

Une sonde de Foley trans-anastomotique était également laissée en place.

Figure 2 : Deux types d'AIA, manuelle avec mucosectomie (A), mécanique trans-suturatoire à la pince circulaire (B).



Iléostomie latérale

de protection

Lorsqu'elle était indiquée, l'iléostomie latérale de protection était réalisée à 40 cm en amont du réservoir, extériorisée en fosse iliaque droite sur baguette.

L'emplacement de cette stomie était marqué la veille de l'intervention. L'iléostomie était ouverte et fixée à la peau après fermeture de la paroi abdominale sur deux drains aspiratifs intra-pelviens.

2. Outils d'évaluation

Les données démographiques ont été recueillies par un attaché de recherche clinique à partir du dossier médical des patients.

Les résultats fonctionnels de la chirurgie et la qualité de vie des patients ont été évalués à partir de données recueillies sur un questionnaire. Ce questionnaire a été auto-administré : adressé aux patients par courrier postal, il était rempli puis renvoyé dans une enveloppe timbrée pré-remplie au nom de l'enquêteur au CHU de Nantes.

Les données relatives au résultat fonctionnel ont été analysées à partir des réponses au questionnaire Résultat fonctionnel.

Les données relatives à la qualité de vie proviennent des réponses aux questionnaires QdV et FIQOL.

Toutes ces données ont été enregistrées sur un tableau Microsoft® Excel 2000 sous forme de variables quantitatives et qualitatives en vue d'une étude analytique et statistique.

2.1 Questionnaire Résultat fonctionnel et Qualité de vie

Le premier questionnaire était axé sur les résultats fonctionnels de l'anastomose iléo-anale avec réservoir et les répercussions de cette chirurgie sur l'activité professionnelle, sportive, sexuelle et génitale des patients (Annexe). Il a été mis au point par le Dr Guiberteau en 1991 pour l'obtention de sa thèse de Docteur en médecine. Il comprend 20 items divisés en deux parties.

La première partie comprenait 30 questions regroupées en 13 items étudiant spécifiquement le résultat fonctionnel de l'AIA : la fréquence et la qualité des selles diurnes et nocturnes, la perception de la sensation de besoin, la fonction de continence, les lésions périnéales, la nécessité de porter une garniture, de suivre un régime alimentaire ou de prendre un médicament ralentisseur du transit.

La continence a été étudiée en incluant ses différents aspects :

le contrôle volontaire de la défécation

la capacité de discrimination entre selles et gaz, et d'évacuation séparée

la capacité de différer l'exonération, à partir du moment où le besoin se faisait ressentir.

Nous avons défini l'incontinence comme la survenue plus ou moins fréquente d'épisodes de pertes de selles dues à un contrôle volontaire défectueux.

Cette notion de pertes de selles est à différencier de celle de « spotting » concernant les fuites muqueuses qui se traduisent par des tâches sur les sous-vêtements.

La continence diurne normale était définie par l'absence de spotting le jour ; la continence nocturne normale était définie par l'absence de spotting la nuit. Les patients étaient considérés comme capables de différer le besoin lorsque le délai entre l'apparition de la sensation de besoin et l'exonération était égal ou supérieur à 15 minutes.

Lorsque ce délai était inférieur à 15 min, le patient souffrait d'impérosités.

La continence parfaite était définie par l'absence d'incontinence ou de spotting, la capacité de discriminer et d'évacuer de façon séparée « souvent » ou « toujours » selles et gaz, et la capacité à différer le besoin plus de 15 minutes

La deuxième partie de ce questionnaire comprenait 20 questions regroupées en 7 items évaluant le retentissement sur la qualité de vie de l'AIA : les signes fonctionnels abdominaux, la variation de poids, les troubles de la miction, le retentissement sur les activités sportive, professionnelle, sexuelle et génitale.

Seul l'item explorant l'activité sexuelle et génitale différait en fonction du sexe du patient.

2.2 Questionnaire FIQOL

Le FIQOL (Fecal Incontinence Quality Of Life) est un questionnaire spécifique d'évaluation de la qualité de vie dans l'incontinence fécale (Annexe), étudiant particulièrement l'impact des pertes de selles sur la vie quotidienne des patients.

Il comprend 29 questions regroupées en 4 dimensions explorant le mode de vie (MDV, 10 questions), le comportement (COM, 9 questions), la dépression et l'image de soi (DEP, 7 questions), la gêne vis-à-vis des autres (GEN, 3 questions).

Ce questionnaire élaboré aux Etats-Unis par l'American Society of Colon and Rectal Surgeons a été validé dans sa version française et constitue un instrument standardisé (30).

Le questionnaire FIQOL a été envoyé à tous les patients ; seules les réponses des malades se plaignant de troubles du contrôle volontaire de la défécation (incontinence ou spotting) ont été prises en compte.

2.3 Calcul des scores

Le calcul des scores était effectué selon des normes établies par les auteurs.

Concernant le questionnaire du Dr Guiberteau, les réponses étaient cotées afin d'établir 2 scores : un score fonctionnel et un score de qualité de vie.

A chaque question correspondait une note de 0 à 3 : 0 correspondant à la situation la plus mauvaise et 3 à la meilleure situation.

Lorsqu'un patient n'avait pas répondu à toutes les questions d'un questionnaire, les questions sans réponses étaient remplacées par la moyenne de ses réponses aux

questions du score. S'il y avait la moitié ou plus de données manquantes dans un score, celui-ci était considéré comme ininterprétable.

2.3.1 Score fonctionnel (tableau 1)

Le score fonctionnel avait été mis au point par le Dr Guiberteau s'inspirant des travaux de Liljeqvist (26) et Oresland (27), qui ont publié les résultats fonctionnels de leurs propres séries d'AIA en proposant une évaluation sous forme de score.

Les notes attribuées aux différentes réponses figurent dans le tableau 1.

Le score maximal est de 39 et correspond à un résultat fonctionnel excellent ; le score minimal est de 0.

Score fonctionnel

Tableau 1

Score de 0 à 12 : Mauvais résultat fonctionnel
Score de 13 à 25 : Résultat fonctionnel moyen
Score de 26 à 39 : Bon résultat fonctionnel

		3	2	1	0
1	Nbre selles/24 h	< 5	Entre 5 et 7	8 - 9	> 9
2	Nbre selles noct/sem	0	< 7	Entre 7 et 14	>14
3	Intubation réservoir	Non			Oui
4	Incontinence jour	Non	Spot < 3/sem	3 à 7 spot /sem	Spot> 7/sem
5	Incontinence nuit	Non	Spot < 3/sem	3 à 7 spot/sem	Spot> 7/sem
6	Garniture	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
7	Discrimination	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
8	Evacuation séparée	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
9	Différer	> 1 heure	> 30 min	≥ 15 min	< 15 min
10	Lésions périnéales	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
11	Pommade	Non			Oui
12	Ralentisseurs transit	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
13	Aliments exclus	Non			Oui

(Spot : spotting, Incont : incontinence, Nbre : nombre, sem : semaine)

2.3.2 Score QdV : (tableau 2)

La cotation des différentes réponses concernant la QdV figurent dans le tableau 2.

Concernant l'activité professionnelle, on considérait son évolution comme positive lorsque après l'intervention le patient avait pris un emploi (concerne les chômeurs et les femmes au foyer), avait bénéficié d'une promotion ou d'une formation complémentaire.

L'évolution était négative lorsque le patient avait remarqué une baisse de ses performances, se plaignait d'une baisse de considération de son employeur ou était en retraite anticipée.

Pour les patients retraités, étudiants et scolarisés avant l'intervention l'item était systématiquement côté *Idem*.

Le score maximal est de 21 et correspond à une qualité de vie excellente ; le score minimal est de 2.

Score QdV

Score de 2 à 8 : Qualité de vie médiocre Score de 9 à 14 : Qualité de vie moyenne Score de 15 à 21 : Bonne qualité de vie

Tableau 2 : Score de Qualité de vie

		3	2	1	0
1	Symptômes abdominaux	Jamais		Parfois	Souvent
2	Activité sexuelle	Pas d'effet néfaste	Dyspareunies parfois Troubles érection parfois	Dyspareunies souvent Troubles érection souvent	Dyspareunies toujours Impuissance
3	Enfants	Désir satisfait Pas de désir			Stérilité
3'	Ejaculation rétrograde	Non			Oui
4	Sports	Augmentation	Idem	Diminution Arrêt d'1 sport	Arrêt total
5	Activité professionnelle	Evolution positive Idem	Evolution négative	Mi-temps	Invalidité Pas de reprise
6	Arrêt de travail initial	< 6 mois	6 mois à 1 an	> 1 an	
7	Arrêts de travail 12 derniers mois	≤1	2 à 3	> 3	

Score FIQOL

Pour le FIQOL, un score de qualité de vie était calculé pour chaque dimension, il n'y a pas de score global.

A chaque question correspondait une note de 1 à 4 (excepté pour les questions 1 et 4 dont la notation allait respectivement de 1 à 5 et de 1 à 6) : 1 correspondant à la situation la plus mauvaise et 4 à la plus satisfaisante.

Le calcul du score par dimension correspondait à la moyenne des notations dans la dimension. Lorsqu'un patient n'avait pas répondu à toutes les questions d'une

dimension, les questions sans réponses étaient remplacées par la moyenne de ses réponses aux questions de la dimension. S'il y avait la moitié ou plus de données manquantes dans une dimension, le score de la dimension était considéré comme ininterprétable.

Le score de qualité de vie pour chaque dimension allait donc de 1 à 4 (sauf pour la dimension de la dépression et de l'image de soi dont le score maximal était de 4.43). Nous avons arbitrairement divisé le score du FIQOL en trois catégories de qualité de vie afin d'en faciliter l'interprétation.

Score FIQOL

Score entre 1 et 2 : Qualité de vie médiocre Score entre 2.01 et 3 : Qualité de vie moyenne Score entre 3.01 et 4.43 : Bonne qualité de vie

3. Analyse des données

3.1 Analyse des questionnaires

Nous avons d'abord analysé les réponses aux questionnaires Résultat fonctionnel et QdV afin de préciser pour chaque item les caractéristiques de la population étudiée. Les résultats avaient été rapportés en moyenne \pm déviation standard pour les variables continues et en pourcentages pour les variables nominales.

Pour clarifier l'étude analytique, nous avons effectué le regroupement des 2 modalités *Parfois* et *Souvent* des scores Résultat fonctionnel et QdV en une modalité *Occasionnellement* pour les items *port d'une garniture, prise de ralentisseurs du transit, discrimination, évacuation séparée, lésions périnéales, douleurs abdominales, dyspareunies* et *troubles de l'érection*.

Concernant l'item *sensation de besoin*, nous n'avons pris en compte que le mode de sensation le plus souvent ressenti. Quand deux modes de sensation avaient une fréquence équivalente, nous avons retranscrit les deux.

Pour l'item *capacité à différer*, nous avons transformé une variable quantitative exprimée en minutes en une variable qualitative : supérieur ou égal à 15 min / inférieur à 15 min.

Concernant les activités professionnelles nous avons regroupé les 6 modalités du score QdV en 3 modalités : *évolution positive*, *idem* et *évolution négative* (regroupant *évolution négative*, *mi-temps*, *pas de reprise* et *invalidité*).

Pour les activités sportives, nous avons regroupé les 5 modalités du score QdV en 3 modalités : *augmentation*, *idem*, *diminution* (regroupant *diminution*, *arrêt d'un sport*, *arrêt total*).

3.2 Etude statistique

Après avoir défini chaque item sous forme de variable qualitative ou quantitative, nous avons recherché une corrélation significative entre les différentes variables ainsi qu'entre variables et scores au cours d'une analyse statistique.

Afin de faciliter l'étude statistique, nous avons effectué le regroupement des 4 modalités *toujours*, *souvent*, *parfois*, *jamais* du score Résultat fonctionnel en 2 modalités : OUI (regroupant les modalités *parfois*, *souvent*, et *toujours*) et NON (*jamais*). Ce regroupement concerne les variables *port d'une garniture*, *discrimination*, *irritations périnéales* et *ralentisseurs du transit*.

Concernant l'item *lésions périnéales*, nous n'avons étudié que l'irritation péri-anale, symptôme le plus souvent cité par les patients et dans la littérature.

Concernant les activités professionnelles nous avons regroupé les 6 modalités du score QdV en 2 modalités : *évolution négative* (regroupant *évolution négative*, *mi-temps*, *pas de reprise* et *invalidité*) et *pas d'évolution négative* (regroupant *idem* et *évolution positive*).

Pour les activités sportives, nous avons regroupé les 5 modalités du score QdV en 2 modalités : *diminution* (regroupant *diminution*, *arrêt d'un sport*, *arrêt total*) et *pas de diminution* (regroupant *idem* et *augmentation*).

La corrélation entre deux variables qualitatives a été analysée en utilisant le test du χ^2 lorsque les conditions d'utilisation étaient réunies, sinon en ayant recours au test exact de Fischer. Les variables quantitatives étaient considérées comme n'ayant pas de distribution normale et ont été analysées par le test non paramétrique de Kolmogorov Smirnov. La corrélation entre deux données quantitatives a été analysée par un graphe de régression simple. Nous avons considéré les tests comme significatifs pour p inférieur à 0.05.

La réalisation des tests du χ^2 , de Fischer et de Kolmogorov Smirnov ainsi que la détermination des coefficients de corrélation ont été effectués en utilisant le logiciel StatView ® version 5.0.

4 RESULTATS



A POPULATION

1. Patients inclus

Parmi les 110 patients opérés d'une AIA avec réservoir, 10 patients (9%) avaient dû subir une excision du réservoir et étaient porteurs d'une iléostomie définitive. Le taux d'échec était de 7.7% pour les RCH, 7.7% pour les PAF et 7.5% pour les colites indéterminées. Deux patients (1.8%) étaient décédés.

Sur les 98 patients en vie avec une anastomose iléo-anale conservée, 78 patients (79.6%) avaient renvoyé leurs questionnaires ; 13 patients (13.2%) avaient refusé de répondre ou n'avaient pas renvoyé leur questionnaire, 7 patients (7.2%) étaient perdus de vue (n'habitaient pas à l'adresse indiquée).

Toutes les données étudiées dans ce chapitre concernent uniquement les 78 patients ayant accepté de participer à l'enquête.

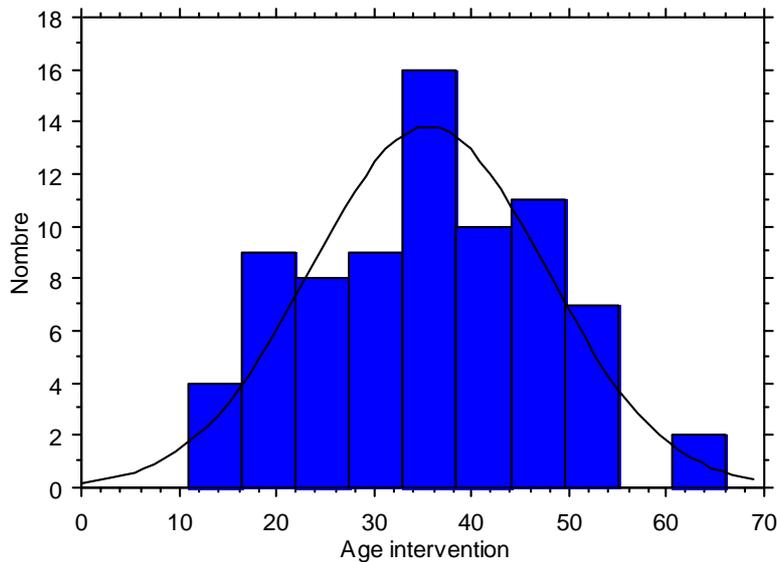
2. Données démographiques

Il s'agissait de 40 femmes et 38 hommes, d'âge moyen 44.2 ± 13 ans lors de l'étude. L'âge moyen lors de la chirurgie était de 35.6 ± 12 ans, neuf patients (12%) étaient âgés de 50 ans ou plus.

Le suivi moyen après chirurgie (après fermeture de l'iléostomie ou après AIA lorsque l'iléostomie n'était pas réalisée) était de 91 ± 59 mois.

La pathologie initiale était une RCH pour 59% des patients (n=46), une PAF pour 28.2% (n=22), une colite indéterminée pour 9% des patients (n=7), inconnue dans 3.8% des cas (n=3).

Histogramme 1 : Répartition des patients en fonction de l'âge à l'intervention



3. Technique chirurgicale

Tous les patients avaient bénéficié d'une colo-proctectomie totale avec AIA et réservoir en J.

Une colectomie première en urgence avait été réalisée chez 37.7% des patients porteurs d'une maladie inflammatoire.

L'anastomose était réalisée à la pince mécanique chez 55.6% des patients, anastomose manuelle avec mucosectomie chez 44.4% des patients.

Une iléostomie latérale de protection était réalisée chez 80% des patients avec un délai moyen entre l'AIA et la remise en continuité de 13 ± 11 semaines.

B. COMPLICATIONS

1. Complications post-opératoires (tableau 3)

La mortalité post-opératoire était nulle.

Le taux de morbidité post-opératoire était de 18%.

Sept patients (9%) ont présenté une complication post-opératoire nécessitant une réintervention chirurgicale précoce : 4 fistules anastomotiques avec péritonite nécessitant la réalisation d'une iléostomie de dérivation, un hémopéritoine, un hématome pre-vésical nécessitant une évacuation chirurgicale et une patiente présentant des douleurs abdominales mal étiquetées, améliorées après viscérolyse.

Un patient a présenté une occlusion intestinale précoce spontanément résolutive.

Parmi les patients ayant présenté une fistule post-opératoire nécessitant une reprise chirurgicale, tous avaient bénéficié d'une iléostomie de protection.

Tableau 3 : Complications post-opératoires

	Complication	Nombre de patients
2. Complications à distance		
	Fistule anastomotique avec sepsis	4*
	Occlusion intestinale	2 (1*)
	Hématome pelvien	1*
	Hémopéritoine	1*
	Abcès de paroi	1
	Hématome du grand droit	1
2.1. Pochite	Rhabdomyolyse par compression	2
	Infection urinaire	2

* : Réintervention chirurgicale précoce

Quinze patients (19.2%) ont présenté au moins un épisode de pochite. Parmi eux 2 patients ont présenté au moins deux épisodes et un patient souffrait d'une pochite chronique réfractaire au traitement antibiotique.

Une pochite était survenue chez 21% des patients opérés pour RCH ou colite indéterminée, et 13% des patients opérés pour PAF.

2.3. Sténose

Quatorze patients (18%) ont consulté pour une sténose anastomotique nécessitant au moins une séance de dilatation.

2.4. Fistule

Quatre patients (5.1%) ont présenté une fistule à distance, avec abcès ano-périnéal, traitée chirurgicalement. Le délai moyen entre AIA et fistule était de 50 mois (extrêmes 2-156 mois).

C. RESULTAT FONCTIONNEL

1. *Résultat de l'ensemble de la série*

Le taux de réponses exploitables concernant le résultat fonctionnel était de 98.7%.

1.1 Fréquence des selles par 24 heures

La fréquence moyenne était de 6.4 ± 2.6 selles/24 heures.

32 % des patients avaient moins de 5 selles/24 heures ; 13.3% des patients avaient plus de

9 selles/24 heures.

L'horaire des selles était fixe chez 37% des patients.

1.2 Fréquence des selles nocturnes

La fréquence moyenne était de 7.1 ± 7.6 selles nocturnes par semaine, soit environs une selle par nuit en moyenne.

Quatorze patients n'avaient aucune selle nocturne (18%), 65 patients avaient au moins une selle nocturne par semaine (82%).

Neuf patients (11.7%) avaient plus de 14 selles nocturnes/semaine.

1.3 Intubation du réservoir

L'intubation du réservoir était nécessaire chez 4 patients (5%) avec des extrêmes allant de 5 à 14 intubations par jour.

1.4 Ralentisseurs du transit et évictions alimentaires

Le pourcentage de patients prenant un ralentisseur du transit de façon occasionnelle était de 39.7%.

Le pourcentage de patients prenant un ralentisseur du transit de façon permanente était de 31% chez l'ensemble des patients et de 40% chez les patients ayant plus de 9 selles/24 heures.

Le pourcentage de patients suivant un régime strict en se privant totalement de certains aliments était de 59%.

Ce taux s'élève à 80% parmi les patients ayant plus de 9 selles/24 heures.

La fréquence des selles nocturnes et par 24 heures en fonction de la prise de ralentisseurs du transit et du suivi d'un régime alimentaire strict figure dans le tableau 4.

Tableau 4 : Fréquence des selles en fonction de la prise de ralentisseurs du transit et des évictions alimentaires.

	<i>Ralentisseurs du transit</i>			p	<i>Evictions alimentaires</i>		p
	Permanents	Occasionnels	Jamais		Oui	Non	
Nombre de patients	24	30	23		46	31	
Selles/24 heures	6.9	6.6	5.5	n.s	6.8	5.9	n.s
Selles nocturnes	9.3	7.2	4.7	n.s	8.6	5	n.s

Les aliments exclus les plus fréquemment cités par les patients figurent dans le tableau 5.

Tableau 5 : Evictions alimentaires les plus souvent citées

Aliments exclus	Nombre de citations	
Légumes		
tous	5	
légumes verts	4	
choux	12	
haricots blancs	8	
tomates	6	
artichaut	4	
salade	4	
oignons	4	
Fruits		
tous	4	
agrumes	3	
pommes	3	
melon	3	
Epices	8	
Champignons	7	
Alcool	6	
Graisses/fritures	6	
Laitages	5	
Œufs	4	
Féculents	3	
Plats cuisinés industriels	3	
1.5		Contenance

Contrôle

volontaire

Une incontinence avec épisodes de pertes de selles concernait 27% des patients (n=21) ; parmi eux 57% avaient plus d'un épisode d'incontinence par semaine.

La fréquence moyenne des pertes de selles par semaine était de 3.9 ± 5.1 .

Le spotting concernait 50% des patients (n=39), il était uniquement diurne chez 5 patients, uniquement nocturne chez 9 patients, diurne et nocturne chez 25 patients.

La fréquence moyenne des spots diurnes par semaine était de 2.1 ± 2.1 ; la fréquence moyenne de spots nocturnes par semaine était de 2.7 ± 3.9 .

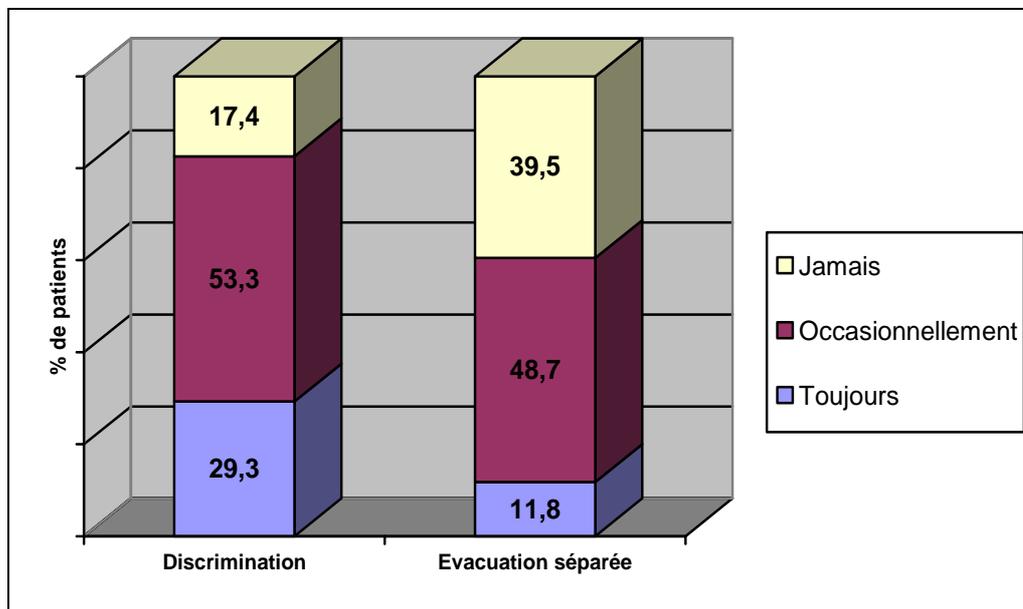
La continence diurne était normale chez 60.5% des patients ; 54% avaient une continence nocturne normale.

Discrimination et évacuation séparée

La fonction de discrimination gaz-selles était parfaite chez 8% des patients, permettant en permanence de différencier les gaz des selles et de les évacuer séparément.

Les capacités de discrimination et d'évacuation séparée qu'elles soient permanentes, occasionnelles ou absentes figurent dans l'histogramme 2.

Histogramme 2 : Capacité de discrimination selles-gaz et d'évacuation séparée



Capacité à différer

La capacité à différer l'exonération d'au moins 15 minutes à partir du moment où le besoin se faisait ressentir était présente chez 82% des patients ; 69% des patients étaient capables de différer l'exonération plus d'une heure. Des impériosités étaient notées chez 18% des patients.

Continence parfaite

La continence parfaite concernait 18% des patients.

1.6 Protection

Le port d'une garniture, au moins occasionnellement, était nécessaire pour 19.5% des patients, 9% des patients portaient une garniture en permanence.
Un tiers des patients présentant des impériosités et 30% des patients se plaignant de spotting portaient une protection.

Sensation de besoin

La sensation de besoin pouvait être ressentie de différentes façons : sensation de plénitude du réservoir, coliques, ballonnements.
Un même patient pouvait ressentir le besoin de différentes façons. Pour chaque patient, nous avons relevé le ou les modes de sensation les plus fréquemment exprimés, figurant dans le tableau 6.

Tableau 6 : Fréquence des différents modes d'expression de la sensation de besoin

Sensation	% de patients
Plénitude du réservoir	73
Ballonnements	50.6
Coliques	32.6

Qualité des selles

La qualité des selles était plus souvent liquide que pâteuse chez 49% des patients.
La qualité des selles dépendait toujours ou souvent de l'alimentation chez 63% des patients.

Pathologies périnéales

Le taux de patients présentant au moins occasionnellement des lésions périnéales était de 81% ; 49% des patients utilisaient une pommade.
Les différents symptômes exprimés par les patients et leur fréquence figurent dans le tableau 7.

Tableau 7 : Fréquence des différents symptômes périnéaux (plusieurs symptômes peuvent être ressentis par un même patient)

Score fonctionnel

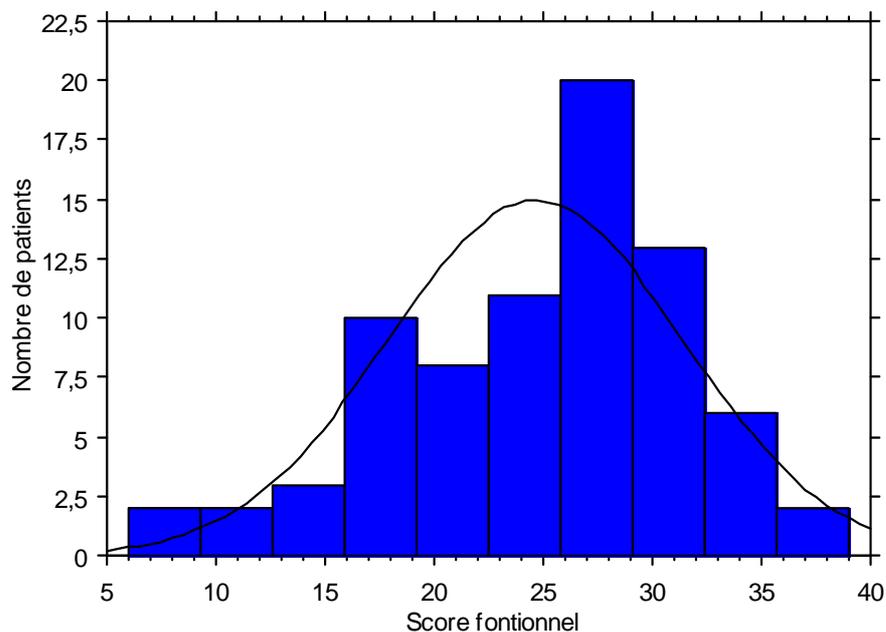
Le score fonctionnel moyen pour l'ensemble des patients était de 24.6 ± 6.7 .

53.2% des patients avaient un bon résultat fonctionnel,
41.6% des patients avaient un résultat fonctionnel moyen,
5.2% des patients avaient un résultat fonctionnel médiocre.

La répartition des patients en fonction du score fonctionnel global figure dans l'histogramme 3.

	Brûlures-irritations	Prurit	Suintements	Ulcérations
<i>Occasionnels</i> (%)	77.6	69.3	34.2	28.8
<i>Permanents</i> (%)	6.6	2.7	2.7	4.1

Histogramme 3 : Répartition des patients en fonction du score fonctionnel global



2. Facteurs influençant le résultat fonctionnel

Ni le score fonctionnel global, ni les différents paramètres qui le composent (fréquence des selles, continence, port de garniture, régime alimentaire, ralentisseurs du transit, lésions périnéales) ne variaient en fonction du sexe, de l'âge à l'intervention, du type d'anastomose (mécanique/manuelle), du suivi post-opératoire, de l'existence d'une complication (sténose ou pochite).

Le score fonctionnel global des patients opérés d'une PAF était significativement supérieur à celui des patients opérés d'une RCH (27.4 vs 24.1, $p=0.04$) (tableau 8). Les patients opérés pour une RCH étaient significativement plus nombreux à suivre un régime alimentaire strict ($p=0.04$) (tableau 8).

Il n'y avait pas de différence significative concernant les résultats fonctionnels des patients opérés pour RCH ou pour colite indéterminée.

Parmi les patients opérés pour RCH et colite indéterminée, il n'y avait pas de différence significative concernant le score fonctionnel global des patients opérés en urgence et celui des patients opérés à froid (24.1 vs 22.3, $p=0.6$).

En ce qui concerne l'influence de la grossesse sur le résultat fonctionnel, le score fonctionnel global et ses différents paramètres n'étaient significativement pas différents chez les patientes ayant mené une grossesse à terme ($n=9$) par rapport aux autres patients (23.7 vs 24.7 pour le score fonctionnel moyen, $p=0.6$).

	PAF (1)	RCH (2)	Colite indéterminée (3)	
Patients (n)	22	46	7	
Selles/24 heures (moyenne)	5.6	6.6	7.1	
Selles nocturnes/semaine (moyenne)	4.2	7.6	9.6	
Continence diurne normale (%)	59	62.8	57.1	
Continence nocturne normale (%)	54.5	53.5	71.4	
Absence d'impériosités (%)	88.9	82.8	83.3	
Régime alimentaire (%)	36.4	62.2	85.7	(2)>(1) p=0.04
Port d'une garniture (%)	22.7	20.9	14.3	
Impossibilité de discrimination (%)	13.6	19	28.6	
Score fonctionnel	27.4	24.1	22.7	(1)>(2) p=0.04

Tableau 8 : Résultat fonctionnel en fonction de la pathologie initiale

D. RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE

1. Questionnaire de Qualité de vie (QdV)

Le taux de réponses exploitables au questionnaire QdV était de 97.4%.

1.1 Variation du poids

Une augmentation de poids depuis l'intervention était constatée chez 60% des patients avec une prise moyenne de 9 ± 6 kg.

Une perte de poids était constatée chez 14% des patients avec une perte moyenne de 6.5 ± 3 kg La totalité des patients ayant maigri depuis l'intervention suivait un régime alimentaire strict avec évictions alimentaires.

1.2 Symptomatologie abdominale

Dix patients (12.5%) se plaignaient de douleurs abdominales fréquentes. Parmi eux, 40%

avaient présenté au moins un épisode de pochite.

Des douleurs abdominales occasionnelles étaient notées chez 40% des patients et 47.5% des patients affirmaient n'avoir jamais aucune symptomatologie abdominale.

1.3 Activité sportive

Parmi les patients pratiquant une ou plusieurs activités sportives avant l'intervention (n=46) :

28.3% avaient augmenté leur activité depuis l'intervention ;

17.4% avaient diminué leur activité ;

13% avaient arrêté toute activité sportive ;

celle-ci n'était pas modifiée chez 41.3% des patients.

Les activités sportives actuellement pratiquées par les patients et celles qui ont été abandonnées après l'intervention figurent dans le tableau 9.

Tableau 9 : Sports pratiqués et sports arrêtés principalement cités par les patients

1.4 Activité sexuelle et génitale

Pour 22% des patients la chirurgie avait eu un effet néfaste sur leur activité sexuelle.

Sports pratiqués		n	Sports arrêtés		n
Parmi les femmes se plaignant d'un effet néfaste de la chirurgie (n=9), 67% avaient des dyspareunies occasionnelles, celles-ci étaient permanentes pour 33% d'entre elles.					
Quatre femmes se plaignaient de dyspareunies occasionnelles sans que cela n'ait de conséquence sur leur vie sexuelle.					
Parmi les hommes se plaignant d'un effet néfaste de la chirurgie (n=7), 57% présentaient des troubles occasionnels de l'érection, 43% souffraient d'impuissance					
(troubles	Marche	20	Football	4	permanents de
l'érection).	Vélo	12	Jogging	3	
	Natation	8	Vélo	2	
	Gymnastique	8	Gymnastique	2	
Au total, après	Jogging	7	Danse	1	
	Aquagym	4	Basket-ball	1	chirurgie,
22.5% des	Chasse	3	Aquagym	1	femmes se
plaignaient	Musculation	3	Kayak	1	d'un effet
néfaste de la	Danse	2	Plongée	1	chirurgie sur
leur activité	Pêche	2			sexuelle ;
	Football	2			femmes

7.5% des
présentaient
dyspareunies
leur âge

des
permanentes,
moyen était de

Trois patients masculins (3.8%) se plaignaient d'éjaculations rétrogrades, tous avaient des troubles occasionnels de l'érection associés.

Parmi les patientes ayant exprimé un désir de grossesse depuis la chirurgie (n=17), 53% avaient pu mener une grossesse à terme (n=9).

Trois patientes ayant déjà des enfants au moment de la chirurgie ont exprimé un désir de grossesse depuis ; parmi elles, une patiente n'a pu mener de grossesse à terme après l'intervention

1.5 Activité professionnelle

Pour 66% des patients, l'intervention n'avait pas eu de conséquences sur leur activité professionnelle.

Chez 12% des patients l'activité professionnelle avait évolué de façon positive après la chirurgie.

Chez 22% des patients, l'activité professionnelle avait évolué négativement. Parmi ces patients (n=17), 47% avaient eu une complication à type de sténose ou de pochite.

Six patients étaient en invalidité et un patient travaillait à mi-temps.

Les différents symptômes cités par les patients expliquant l'influence négative de l'intervention sur leur activité professionnelle figurent dans le tableau 10.

Tableau 10 : Symptômes cités par les patients comme cause de l'évolution négative de leur activité professionnelle

Symptômes	Nombre de citations
Fatigue, perte de résistance	10
Douleurs	2
Fréquence des selles	1

L'arrêt initial moyen de travail était en de 9.3 ±

9.9 mois; 24.4% des patients avaient eu au moins un arrêt de travail au cours des 12 derniers mois ; 5% avaient eu deux arrêts de travail ou plus.

Score de Qualité de vie (QdV)

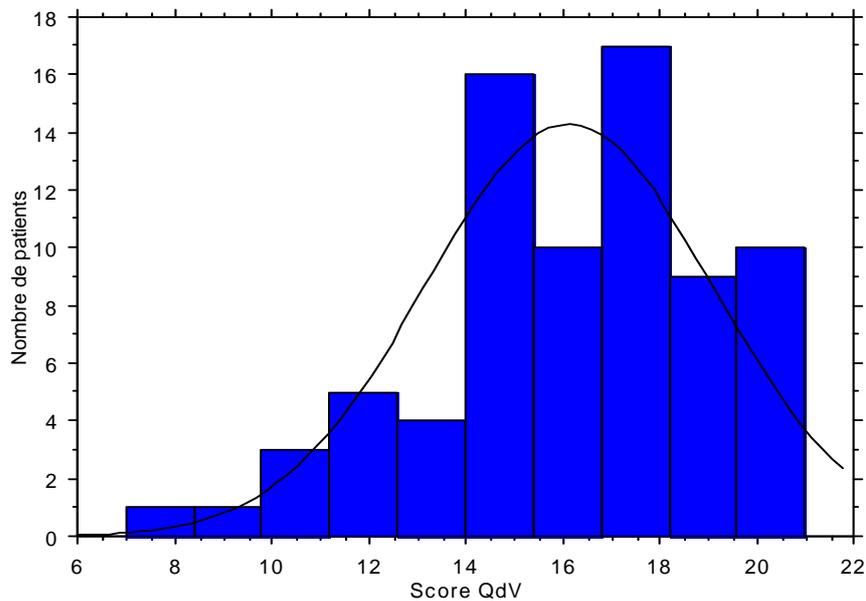
Le score QdV moyen pour l'ensemble des patients était de 16.1 ± 3.9.

72.4% des patients avaient une bonne qualité de vie.

26.3% des patients avaient une qualité de vie moyenne.
1.3% des patients avaient une qualité de vie médiocre.

La répartition des patients en fonction du score QdV figure dans l'histogramme 3.

Histogramme 3 : Répartition des patients en fonction du score QdV

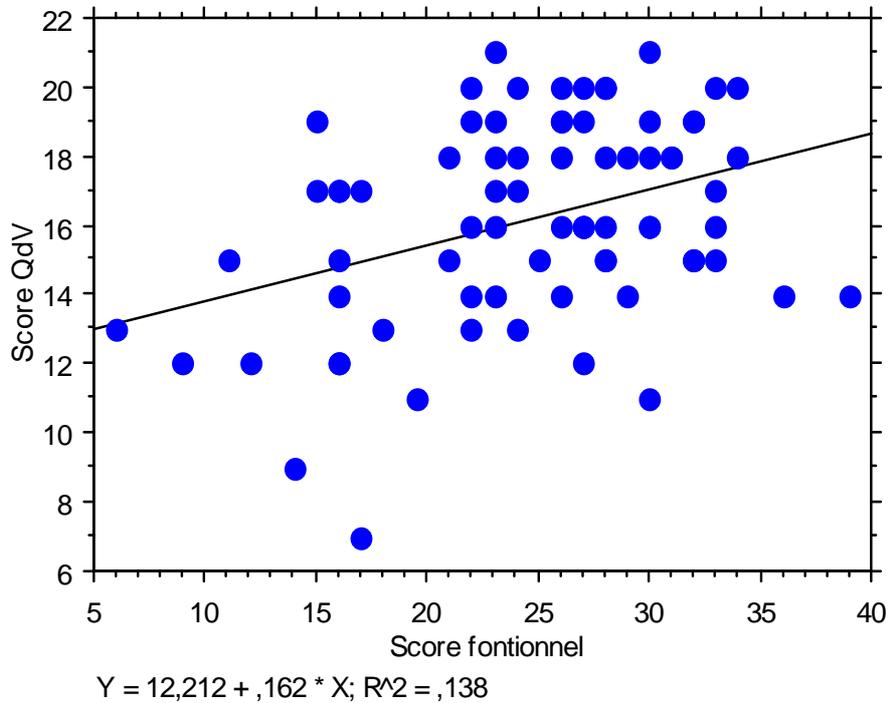


2. Facteurs influençant la qualité de vie QdV

Le score QdV ne variait pas en fonction du sexe, de la pathologie initiale (RCH/PAF ou RCH/colite indéterminée), de l'existence d'une complication (sténose ou pochite), du suivi post-opératoire, de la prise de médicaments ralentisseurs du transit, du suivi d'un régime, du port d'une garniture, de la durée de la maladie avant chirurgie, de la capacité à discriminer, de la présence de lésions périnéales.

Il existait une corrélation de faible puissance entre le score QdV et le score fonctionnel global ($r=0.37$, $p=0.01$) (figure 3).

Figure 3 : Graphe de corrélation entre le score QdV et le score fonctionnel global



Le score QdV était corrélé, avec une faible puissance, à la fréquence des selles par 24 heures ($r=0.39$, $p<0.01$) ainsi qu'avec le nombre de selles nocturnes par semaine ($r=0.33$, $p<0.01$).

En ce qui concerne l'activité professionnelle, la fréquence des selles était significativement plus élevée chez les patients se plaignant d'une évolution négative dans ce domaine (tableau 11).

De plus, les patients ne présentant pas d'impériosités étaient moins nombreux à se plaindre d'un effet néfaste de la chirurgie sur leur vie sexuelle (16% vs 44.5%, $p=0.02$).

Tableau 11 : Fréquence des selles et changement professionnel

	Evolution activité professionnelle		p
	Négative	Idem ou positive	
<i>Selles/ 24 heures</i>	8.9	5.7	0.001
<i>Selles nocturnes/ semaine</i>	14	5	0.02

3. Questionnaire du FIQOL

Population

Le questionnaire du FIQOL concernait **40 patients** d'âge moyen 46.9 ± 12.6 ans ; 47.5% étaient des femmes.

L'âge moyen à l'intervention était de 37.8 ± 11.9 ans; le suivi post-opératoire moyen était de 98 ± 61 mois.

Le taux de patients opérés pour RCH ou colite indéterminée était de 68.4%, le taux de patients opérés pour PAF était de 31.6%.

L'anastomose était mécanique chez 52.6% des patients, manuelle avec mucosectomie chez 47.4% des patients.

Une incontinence avec épisodes de pertes de selles touchait 37.5% des patients alors que 97.5% se plaignaient de tâcher leurs vêtements, le spotting était uniquement diurne pour 13% des patients, uniquement nocturne pour 23% d'entre eux, diurne et nocturne dans 64% des cas.

3.2 Mode de vie

Le taux de réponses exploitables était de 97.5%.

Le score moyen de qualité de vie liée à l'impact des pertes de selles dans la dimension **Mode de vie** était de 3.22 ± 0.77 .

66.7% des patients (n=26) avaient une bonne qualité de vie.

28.2% des patients (n=11) avaient une qualité de vie moyenne.

5.1% des patients (n=2) avaient une qualité de vie médiocre.

Comportement

Le taux de réponses exploitables était de 97.5%.

Le score moyen de qualité de vie dans la dimension **Comportement** était de 3.03 ± 0.77 .

53.8% des patients (n=21) avaient une bonne qualité de vie.

38.5% des patients (n=15) avaient une qualité de vie moyenne.

7.7% des patients (n=3) avaient une qualité de vie médiocre.

3.4 Gêne vis-à-vis des autres

Le taux de réponses exploitables était de 92.5%.

Le score moyen de qualité de vie dans la dimension **Gêne vis-à-vis des autres** était de 3.07 ± 0.80 .

48.7% des patients (n=18) avaient une bonne qualité de vie.

40.5% des patients (n=15) avaient une qualité de vie moyenne.

10.8% des patients (n=4) avaient une qualité de vie médiocre.

3.5 Dépression et image de soi

Le taux de réponses exploitables était de 92.5%.

Le score moyen de qualité de vie liée à la dimension **Dépression et image de soi** était de

3.47 ± 0.73 .

75.7% des patients avaient une bonne qualité de vie.

21.6% des patients avaient une qualité de vie moyenne.

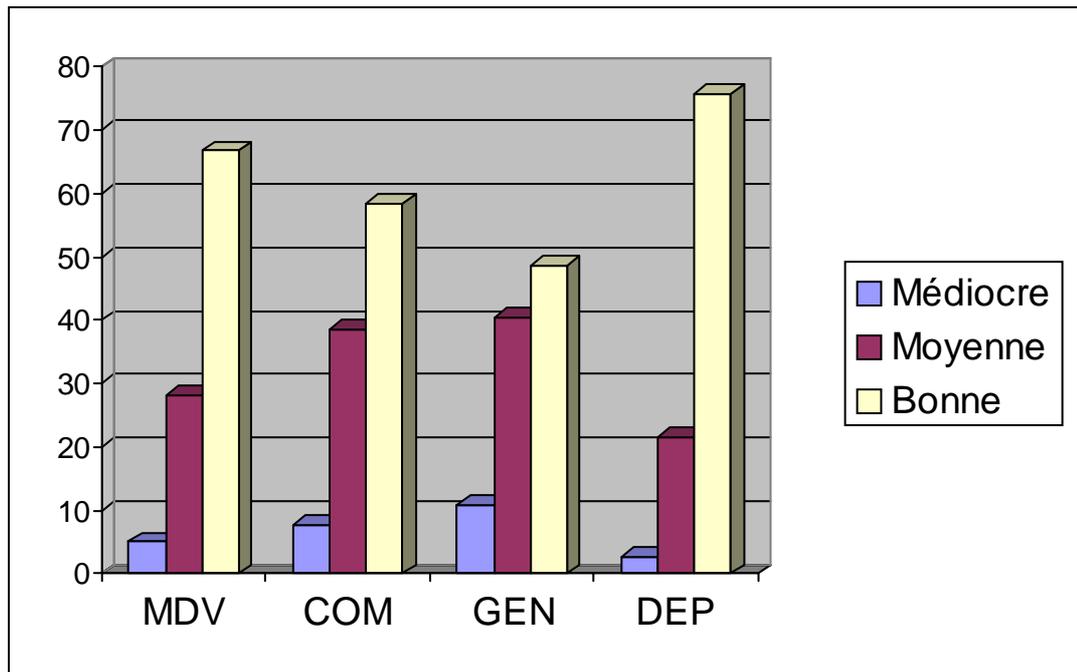
2.7% des patients avaient une qualité de vie médiocre.

3.6 Récapitulatif

35% des patients appartenait à la catégorie « bonne qualité de vie » dans toutes les dimensions du questionnaire FIQOL.

La fréquence des différentes catégories de qualité de vie dans chaque dimension figure dans l'histogramme 4.

Histogramme 4 : Fréquence des différentes catégories de qualité de vie dans chaque dimension du questionnaire FIQOL.



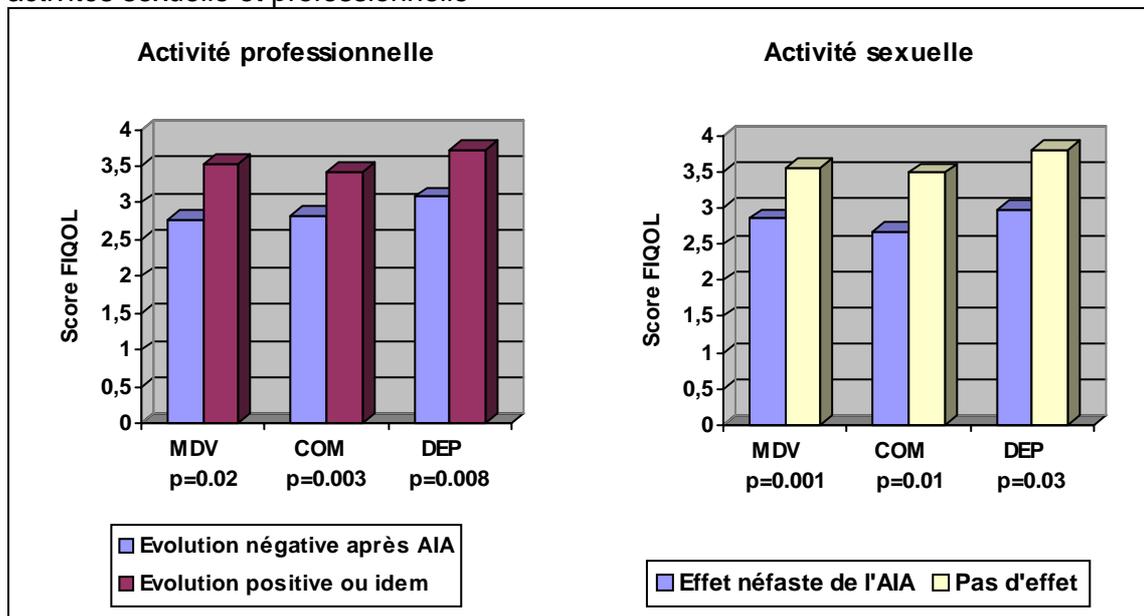
4. Facteurs influençant le score FIQOL

La qualité de vie liée à l'impact des pertes de selles des patients opérés d'une AIA ne variait pas en fonction de l'âge, du sexe, de la pathologie initiale (RCH/PAF et RCH/colite indéterminée), du recul post-opératoire, des différents aspects de la continence (horaire et fréquence des fuites, capacité à différer le besoin, à discriminer selles et gaz, nécessité de porter une garniture), quelle que soit la dimension étudiée.

Les scores des différentes dimensions du FIQOL n'étaient pas corrélés au score fonctionnel global ou à un de ses paramètres, ni au score QdV.

Par contre, les patients se plaignant d'un effet néfaste de l'intervention sur leurs activités sexuelle et professionnelle avaient un score de qualité de vie significativement inférieur dans les dimensions Mode de vie, Comportement, Dépression et image de soi (histogramme 5).

Histogramme 5 : Score de qualité de vie FIQOL en fonction de l'impact de l'AIA sur les activités sexuelle et professionnelle



5 DISCUSSION



A. INFLUENCE DE LA MORBIDITE SUR LE RESULTAT FONCTIONNEL

Même s'il s'agit d'une intervention dont la mortalité est actuellement proche de zéro dans les centres spécialisés, le patient porteur d'une AIA reste exposé à plusieurs complications post-opératoires (principalement septiques) et à plus long terme (pochite surtout) qui peuvent grever le résultat fonctionnel et conduire jusqu'à la perte du réservoir (31).

1. Complications post-opératoires

Les principales études publiées concernant les résultats de l'AIA ne prennent en compte que les complications spécifiques à cette chirurgie dans l'analyse des facteurs influençant le résultat fonctionnel.

1.1 Sepsis pelvien et fistule anastomotique

Dans notre série, le taux de fistule avec sepsis post-opératoire était de 5.1% ; tous les patients avaient nécessité une reprise chirurgicale précoce. La moitié d'entre eux suivaient une corticothérapie depuis une durée moyenne de 22 mois.

Nous n'avons pas retrouvé de corrélation significative entre le résultat fonctionnel et l'antécédent de sepsis pelvien.

D'après Penna, les taux respectifs de fistules et de sepsis pelvien sont de 3,2 et 4,6%. Fazio et al. (32) décrivent un taux de sepsis post-opératoire de 4.8% dans une série de 1005 AIA pour RCH et PAF, il est de 5% dans la série de la Mayo Clinic (33) concernant 1310 patients opérés pour RCH, et varie de 5 à 24% dans les autres études (32).

Le suivi d'une corticothérapie au long cours lors de la chirurgie, une malnutrition et un faible taux d'hémoglobine semblent être des facteurs favorisant la survenue de complications septiques (34).

Le traitement en est surtout préventif par réalisation de l'iléostomie temporaire de protection qui ne réduit pas le taux de fistules post-opératoires mais en diminue la gravité.

Le sepsis pelvien et la fistule anastomotique sont deux complications ayant de lourdes conséquences sur le résultat fonctionnel à distance en augmentant le risque d'incontinence et le nombre de selles par 24 heures. Le mécanisme en est probablement

le développement d'une sclérose autour du réservoir ou d'une sténose anastomotique (31).

Pemberton et al. (35) rapportent une détérioration du résultat fonctionnel chez les patients ayant conservé leur réservoir après sepsis pelvien post-AIA : l'incontinence diurne est significativement majorée, ainsi que le port de garniture ou la prise de médicaments ralentisseurs du transit.

1.2 Occlusion intestinale

Seuls 2 de nos patients (2.6%) avaient présenté une occlusion intestinale post-opératoire, nécessitant une reprise chirurgicale dans un cas.

L'occlusion de l'intestin grêle, due aux adhérences existant après toute intervention abdominale, est une complication fréquente après AIA, probablement liée à l'étendue de la dissection (31).

Elle survient en période post-opératoire chez 7.5 à 15% des patients (32,36,37), nécessitant une réintervention précoce dans un tiers des cas (36).

Il n'a pas été démontré d'influence de cette complication sur le résultat fonctionnel.

Sa fréquence pourrait être diminuée par l'instillation d'un gel limitant les adhérences en per-opératoire ou l'utilisation de la voie d'abord coelioscopique (38).

2. Complications à distance

2.1 Pochite

Dans notre série, 19.2% des patients avaient présenté au moins un épisode de pochite. Il n'y avait pas de différence significative entre le risque de survenue de cette complication chez les patients opérés d'une maladie inflammatoire (21.6%), et ceux opérés d'une PAF (13%).

Le résultat fonctionnel des patients ayant présenté un ou plusieurs épisodes aigus n'était pas altéré de façon significative. Chez une patiente la pochite était chronique et réfractaire au traitement médical, son résultat fonctionnel était moyen (score fonctionnel=17).

La pochite est caractérisée par une inflammation non spécifique du réservoir ; c'est une complication fréquente à distance de la chirurgie. L'incidence de cette complication est difficile à établir en raison de la variabilité des critères diagnostiques utilisés dans les différentes études et surtout de la grande inégalité du suivi.

Le taux de survenue des pochites varie selon les études de 18 à 48% (32,33,38,39,40).

Dans la série de la Mayo Clinic (38), le risque de pochite était de 28% à 5 ans ; il atteignait 47% à 15 ans.

La physiopathologie de cette complication est mal connue. Elle est plus fréquente après AIA pour RCH que pour PAF : 31% vs 6% (41). Chez les patients atteints de RCH, elle survient plus fréquemment en cas de cholangite sclérosante primitive (42).

Dans une étude comparative cas-témoins, Achkar et al. (43) retrouvent comme facteurs pré-opératoires de risque de survenue d'une pochite chez des patients opérés pour RCH : une pathologie étendue à l'ensemble du colon et l'existence de manifestations extra-digestives.

Les manifestations cliniques de la pochite sont :

Augmentation de la fréquence des selles qui deviennent liquides

Impériosités, épreintes, ténésme

Rectorragies

Douleurs abdominales

Accidents d'incontinence

Fébricule

Manifestations extra-digestives (arthralgies, aphtose, érythème noueux)

Avant tout traitement, le diagnostic doit être confirmé par une endoscopie du réservoir avec biopsies.

La pochite aiguë est habituellement traitée de manière efficace par une antibiothérapie par

métronidazole ou ciprofloxacine. Du fait de leur courte durée, les épisodes de pochite aiguë ne semblent pas altérer le résultat fonctionnel (38).

La difficulté réside dans le traitement des pochites chroniques réfractaires qui nécessitent soit une antibiothérapie prolongée, soit un traitement d'entretien avec un antibiotique à dose minimale efficace.

En cas d'échec de l'antibiothérapie, d'autres traitements existent, tels les corticoïdes topiques sous forme de lavement ou de mousse, les immunosuppresseurs ou les lavements de Bismuth.

Les patients souffrant de pochite chronique avec des poussées répétitives et réfractaires ont un résultat fonctionnel significativement altéré (44), l'excision du réservoir peut être nécessaire en dernier recours.

2.2 Sténose anastomotique

Dans notre série, 18% des patients souffraient d'une sténose anastomotique. Chez trois patients (3.8%), cette complication avait nécessité plus de deux séances de dilatation.

Le résultat fonctionnel n'était pas altéré de façon significative par l'antécédent de sténose. Ce résultat est difficile à interpréter car le calibre de la zone d'anastomose n'était pas connu au moment où le patient répondait au questionnaire.

La sténose anastomotique s'observe, selon les études, chez 9 à 21% des patients (32,37,38,40). Elle apparaît en général dans les premiers mois post-opératoires, étant à l'origine d'une détérioration du résultat fonctionnel avec une augmentation du nombre de selles ou une incontinence (32).

La sténose est souvent liée à un problème septique post-opératoire dû à une fistule anastomotique ayant cicatrisé en laissant place à une sclérose. Michelassi et al.

évoquent le rôle de l'iléostomie temporaire qui provoquerait une tension sur l'anastomose et empêcherait son calibrage par le passage des selles (37).

Une simple dilatation au doigt en consultation peut suffire si la sténose est modérée.

Sinon, des dilatations à la bougie sous anesthésie générale sont parfois nécessaires.

Dans la série de Fazio et al. (32), sur 1005 patients opérés d'une RCH, 14% souffraient d'une sténose anastomotique. Une dilatation simple au doigt suffisait chez 81% d'entre eux, 17% nécessitaient une dilatation à la bougie sous anesthésie générale et 2% avaient dû être réopérés.

La sténose anastomotique constitue un problème chronique chez 8% des patients (38).

2.3 Occlusion du grêle sur bride

Un syndrome occlusif est survenu à distance de la chirurgie chez 13% de nos patients, dans un délai moyen par rapport à l'AIA (ou la fermeture de l'iléostomie) de 36.5 mois (extrêmes 2-112). Parmi eux, 40% ont dû subir une laparotomie avec viscérolyse.

Le risque de survenue d'une occlusion augmente avec le temps. Il était dans la série de la Mayo clinic de 14% à 5 ans et de 25% à 15 ans à propos de 1310 cas (33,38) ; le taux de survenue à long terme varie entre 20 et 25% dans les autres études (32,40).

Dans une analyse multivariée concernant 1178 patients, McLeod et al. (45) retrouvent comme facteurs favorisant la survenue d'une occlusion à distance : la réalisation d'une iléostomie de dérivation et la réfection du réservoir.

2.4 Echec avec perte du réservoir

A long terme, le risque d'échec de l'intervention avec excision du réservoir et iléostomie définitive varie de 8 et 13% à 10 ans selon les études (33,39,46,47).

Les raisons principales de la perte du réservoir seraient un sepsis pelvien chronique (avec ou sans fistule), un mauvais résultat fonctionnel avec incontinence sévère ou une pochite réfractaire, souvent liées à une maladie de Crohn méconnue.

Dans la série de la Cleveland Clinic, 50% des ablations de réservoir étaient le fait d'une maladie de Crohn méconnue en préopératoire.

Dans notre série, 9% des patients initialement opérés d'une AIA étaient porteurs d'une iléostomie définitive après excision du réservoir. Le but de notre étude étant d'évaluer l'impact des contraintes spécifiquement liées à l'AIA avec réservoir sur la qualité de vie des patients, nous n'avons pas pris en compte ces malades.

B. RESULTAT FONCTIONNEL

Les résultats de cette intervention largement pratiquée dans les centres spécialisés sont aujourd'hui bien connus puisque l'on dispose d'un recul de plus d'une vingtaine d'années avec des séries conséquentes.

Les résultats fonctionnels sont considérés comme satisfaisants par les auteurs et sont assez similaires lorsque l'on compare les séries entre elles.

Il existe cependant une grande variabilité d'un patient à l'autre, difficilement prévisible en pré-opératoire.

Même si un certain nombre de facteurs indépendants de la technique semblent influencer sur la fonction intestinale, l'expérience de l'opérateur a été évoquée comme un facteur lié à la qualité du résultat fonctionnel (21).

1. Paramètres étudiés

Les paramètres que nous avons utilisés pour évaluer le résultat fonctionnel étaient identiques à ceux utilisés dans la totalité des autres études (32,33,37,38,39,40).

La nécessité d'intuber le réservoir afin d'en effectuer une vidange complète, qui concernait 5% de nos patients, n'est pas évaluée par la plupart des auteurs qui utilisent tous une configuration de réservoir en J.

Nous avons fait figurer dans le tableau 12 les résultats fonctionnels des principales séries étudiées.

Tableau 12 : Comparaison du résultat fonctionnel de différentes séries

	nombre patients	pathologie	suivi moyen	fréquence selles / 24 heures	continence normale	port garniture	ralentisseurs transit
<i>Marcello 1993</i>	460	RCH PAF	5 ans	5.8 ± 2.2	87%	16%	12%
<i>Cleveland 1995</i>	645	RCH PAF	3 ans	6 *	D : 81% N : 71%	-	62%
<i>St Antoine 2001</i>	63	RCH	10 ans	5.4 ± 3.3	D : 86% N : 70%	11%	41%
<i>Michelassi 2003</i>	391	RCH	10 ans	5.4 ± 2 1.1 / nuit	66%	15%	14%
<i>Mayo clinic 2004</i>	409	RCH	15 ans	6.2 /jour 2.0 /nuit	D : 55% N : 24%	24%	44%

(* : médiane, D : diurne, N : nocturne)

Dans notre étude 78 patients étaient opérés d'une AIA pour RCH, PAF et colite indéterminée avec un suivi moyen de 7.5 ans (extrêmes 1-16), la fréquence des selles était de 6.4 ± 2.6/24 heures comprenant une selle nocturne par 24 heures.

La continence diurne et nocturne étaient normales chez respectivement 60.5% et 54% des patients, 19% portaient une garniture et 31% prenaient des ralentisseurs du transit de façon permanente.

La majorité des études (32,37) notent une nette amélioration du résultat fonctionnel au cours des 12 premiers mois puis une stabilisation durant la première décade suivant l'AIA.

Lorsqu'une incontinence fécale est présente, elle s'aggrave au cours du temps mais cette aggravation est nettement plus marquée les 18 premiers mois après l'intervention, cette période correspondant probablement au traumatisme post-chirurgical du sphincter anal et à l'adaptation de la fonction intestinale au néo-réservoir (37).

Quatre de nos patients avaient un suivi inférieur à 12 mois, leur résultat fonctionnel n'était significativement pas inférieur à celui des patients ayant un suivi plus long, que le domaine exploré soit la fréquence des selles ou la continence.

La fréquence des selles nocturnes est d'environ une selle par nuit dans les études où elle est évaluée (37,38). C'est un paramètre important à prendre en compte puisqu'il peut avoir de lourdes répercussions sur la vie quotidienne des malades, notamment au niveau professionnel, en perturbant le sommeil et la récupération des patients. Certains avancent l'horaire de leur dîner afin d'éviter d'être réveillés par un besoin d'exonération. Dans la série de St Antoine (39), 43% des patients n'ont aucune selles nocturnes 10 ans après la chirurgie, cette proportion est de 22% concernant nos patients ayant 10 ans ou plus de suivi post-opératoire.

Le temps maximal pendant lequel le patient est capable de différer l'exonération est également important à évaluer : s'il est trop court, il oblige certains à vivre en permanence à proximité de commodités et à restreindre leurs déplacements. Nous avons noté que 69% des patients pouvaient différer le besoin plus d'une heure, bénéficiant ainsi d'un degré de liberté satisfaisant.

Le port d'une garniture, à condition qu'il ne soit pas prescrit de façon systématique par le chirurgien, a été décrit comme étant un bon indicateur des troubles du contrôle volontaire puisqu'il n'est pas soumis à la comptabilisation par le malade et à l'oubli (48). Nous ne pouvons confirmer cette hypothèse puisque dans notre étude, seuls 30% des patients se plaignant de spotting portaient une protection.

L'existence de lésions périnéales et l'utilisation de pommades sont peu étudiées par les auteurs, seuls Michelassi et al. notent une diminution significative de l'irritation et du prurit anal avec le temps (37). Nous n'avons pas retrouvé de diminution significative de la symptomatologie péri-anales avec le recul post-opératoire.

Nous avons transféré l'item « nécessité de suivre un régime » du score QdV au score fonctionnel.

Même s'il a des répercussions sur la qualité de vie, comme l'ont démontré Lehur et al. (49) et Kirwan et al. (50), ce paramètre est actuellement intégré dans l'évaluation du résultat fonctionnel (32,39,40).

Les liens de causalité entre la fréquence des selles et le suivi d'un régime ou la prise de ralentisseurs du transit restent à établir. Il est difficile d'évaluer la part liée à l'habitude et celle répondant à une réelle nécessité.

On peut remarquer que les patients prenant des médicaments ou se privant de certains aliments ont un plus grand nombre de selles diurnes et nocturnes (p non significatif).

On peut donc supposer que régime et ralentisseurs répondent effectivement au besoin de diminuer la fréquence des selles.

La question de l'efficacité de ces procédés reste cependant posée puisque cette fréquence reste élevée alors qu'elle devrait logiquement diminuer et égaler la fréquence moyenne. Des explorations complémentaires permettraient de rechercher d'autres pathologies pouvant expliquer l'inefficacité des mesures visant à diminuer le nombre de selles, notamment concernant les PAF: polypes duodénaux, tumeurs desmoïdes.

Peut-être les patients ont-ils besoin davantage de conseils dans ce domaine afin d'optimiser l'efficacité du régime ou de la prise de ralentisseurs du transit, notamment concernant le type d'aliments à éviter, la classe et la posologie du médicament à prendre.

2. Facteurs influençant le résultat fonctionnel

2.1 Age à l'intervention

Du fait de la complexité de l'intervention et du manque d'études prospectives sur les résultats à long terme, l'AIA a longtemps été réservée à des patients jeunes considérés comme étant capables de supporter l'impact de cette chirurgie sur la fonction intestinale et sphinctérienne.

Il a été démontré que le processus du vieillissement, par l'intermédiaire de l'atrophie, de la sclérose des muscles et de troubles neurologiques avait un effet délétère sur l'intégrité du plancher pelvien et du sphincter anal (51,52), aboutissant à une diminution des pressions anales et de la compliance rectale.

On sait cependant peu de choses concernant l'effet du processus du vieillissement sur le résultat fonctionnel après AIA.

Le traumatisme dû à la chirurgie sur le sphincter interne toucherait plus sévèrement les patients âgés du fait d'une récupération plus lente de l'élasticité musculaire (52).

Leurs résultats fonctionnels seraient moins bons avec notamment plus d'épisodes de pertes de selles que chez les patients jeunes. Les troubles de la continence chez les patients de plus de 50 ans seraient majorés par le processus du vieillissement et l'allongement du suivi post-opératoire (38,50).

Nous n'avons pas noté de différence significative concernant nos patients âgés de plus de 50 ans (n=9) en termes de résultat fonctionnel (continence, spotting et fréquence des selles) par rapport aux patients plus jeunes.

D'après l'étude prospective de la Mayo clinic concernant 2000 patients avec un suivi moyen de 8 ans, les patients les plus âgés au moment de l'intervention, soit 65 malades d'âge supérieur à 55 ans, avaient un taux de complications post-opératoires comparable à celui des patients jeunes et un résultat fonctionnel légèrement inférieur, notamment en termes de continence (53).

L'AIA semble donc pouvoir être proposée à cette catégorie de patients désireux d'éviter un iléostomie définitive, sous réserve qu'ils aient un bon contrôle volontaire de la défécation en pré-opératoire.

2.2 Pathologie initiale

Dans notre série, les patients opérés pour PAF avaient un résultat fonctionnel significativement supérieur à ceux opérés pour RCH, notamment concernant la nécessité de suivre un régime alimentaire. Il n'y avait pas de différence significative concernant le taux d'excision du réservoir entre ces deux pathologies.

Par ailleurs, les résultats fonctionnels et les taux d'échec des patients opérés pour RCH et pour colite indéterminée étaient comparables.

Le résultat fonctionnel dans la PAF est selon les séries identique ou meilleur que dans la RCH (34).

Une étude comparant les résultats fonctionnels dans les deux affections dans des groupes de patients appareillés en fonction du chirurgien, du type de réservoir, de la technique d'anastomose, du suivi post-opératoire, de l'âge et du sexe ne retrouvaient pas de différences significatives concernant la fréquence des selles, la capacité à différer l'exonération, le taux de continence normale, que le malade soit opéré pour RCH ou pour PAF (54).

En ce qui concerne les colites indéterminées, le résultat fonctionnel est comparable avec celui des RCH mais certaines complications comme les abcès pelviens et les fistules anales sont plus fréquentes (55).

Après AIA, le risque que le diagnostic de colite indéterminée soit secondairement converti en maladie de Crohn (MC) varie de 5 à 31% selon les études (55).

Le taux d'excision du réservoir chez les patients porteurs d'une colite indéterminée est de 4 à 28% (55). La série de Cleveland ayant le plus faible taux de conversion de colites indéterminées en MC après AIA présente parallèlement le plus faible taux d'échec du réservoir.

Lorsque le diagnostic de colite indéterminée est posé avec précaution, le risque de conversion en MC à long terme est faible (56). Les patients porteurs d'une colite indéterminée n'ayant aucun signe clinique de MC en pré-opératoire (sténoses de l'intestin grêle, fistule anale) semblent avoir un résultat fonctionnel et un taux d'échec après AIA comparables à ceux des RCH (34).

D'autre part, alors que l'AIA n'est habituellement pas indiquée pour la MC, Panis et al. (57) ont démontré que pour certains patients sélectionnés sans atteinte ano-périnéale ni grêlique, l'AIA pouvait être proposée comme alternative à l'iléostomie définitive lorsque la résection du rectum était indispensable.

Le taux de complications post-opératoires et le résultat fonctionnel de ces patients étaient comparables à ceux des patients opérés pour RCH durant la même période.

2.3 Type d'anastomose

Dans notre série, le résultat fonctionnel et la qualité de vie étaient comparables, que les patients aient bénéficié d'une anastomose manuelle avec mucosectomie ou bien d'une anastomose mécanique. Aucun des différents paramètres du résultat fonctionnel n'était significativement modifié par le type d'anastomose.

Dans une meta-analyse comparant 4183 patients opérés d'une AIA en fonction du type d'anastomoses (2699 manuelles, 1484 mécaniques) Tekkis et al. (59) retrouvent une incidence significativement plus élevée d'incontinence et notamment de fuites nocturnes après anastomose manuelle alors que les taux de complications sont comparables.

Le choix du type d'anastomose met donc en balance le risque de détérioration de la fonction intestinale en cas d'anastomose manuelle avec celui de développer une dysplasie ou une inflammation à long terme en cas d'anastomose mécanique

D'après les auteurs, la mucosectomie reste recommandée en cas de (59)

cancer rectal ou colique,
dysplasie dans les 2/3 inférieurs du rectum,
présence de facteurs de risque (cholangite sclérosante primitive, forme héréditaire de cancer, inflammation sévère de la zone de transition et du bas rectum).

2.4 Iléostomie de dérivation

Nous n'avions pas réalisé d'iléostomie de dérivation chez 20% des patients, tous avaient bénéficié d'une anastomose mécanique. Le taux de morbidité post-opératoire chez ces patients était de 6.7% (n=1) et un patient avait présenté une sténose anastomotique à distance.

Ni le résultat fonctionnel à long terme, ni la qualité de vie de nos patients n'étaient influencés par la réalisation d'une iléostomie temporaire de dérivation.

Par contre, tous les patients ayant présenté une fistule anastomotique nécessitant une reprise chirurgicale étaient porteurs d'une iléostomie.

Dans la littérature, il n'est pas rapporté de répercussion due à l'absence d'iléostomie sur le taux de complication septique ou la mortalité chez des patients sélectionnés (58,60). Ni le résultat fonctionnel, ni la qualité de vie ne semblent modifiés (61). Les critères habituellement retenus permettant de se passer d'une iléostomie sont (62) :

l'absence de corticothérapie prolongée,
une anastomose de type mécanique, réalisée sans tension,
un bon état général et nutritionnel,
l'absence d'anémie et de co-morbidités,
l'absence de problème technique durant l'intervention.

Le bénéfice attendu par l'absence d'iléostomie est d'éviter

une seconde intervention,
les complications liées à la fermeture (occlusion, fistule, abcès de paroi) (62),
l'atrophie du sphincter anal par absence de sollicitation immédiate,
le risque de déshydratation due à un débit iléal trop important (63).

2.5 Sauvetage du réservoir

Une chirurgie de sauvetage du réservoir peut être effectuée par voie transanale ou combinée abdomino-périnéale pour les patients présentant un échec du réservoir dû à des complications septiques chroniques pelviennes ou ano-périnéales.

Après réfection, le taux de réussite avec un réservoir fonctionnel à long terme varie entre 50 et 100% selon les études (64). Par contre les patients se plaignent d'une détérioration du contrôle volontaire de la défécation et d'une augmentation de la fréquence des selles.

Cette altération du résultat fonctionnel doit bien faire peser les indications de réfection du réservoir en sélectionnant attentivement les patients et la technique opératoire.

Aucun de nos patients n'avait bénéficié d'une reconstruction du réservoir après échec de l'AIA. Nous avons estimé que le bénéfice attendu était trop faible par rapport aux risques de morbidité liée à une nouvelle anastomose ou de lésions nerveuses, vasculaires et urétérales liées à une réintervention dans un pelvis fibrosé et cicatriciel

2.6 Voie laparoscopique

Nous n'avons utilisé la voie coelioscopique pour aucun de nos patients. Cette voie d'abord apparaissait initialement comme offrant peu ou pas de bénéfices par rapport à la chirurgie standard, avec une augmentation de la morbidité post-opératoire (65).

Des études plus récentes ont démontré que l'approche coelioscopique pouvait avoir un bénéfice non seulement dans la période post-opératoire immédiate (reprise précoce du transit, diminution de la morbidité) (62) mais aussi à long terme.

La diminution de formation d'adhérences pourrait entraîner une baisse du risque d'occlusion à distance, ainsi qu'une diminution de la répercussion de la chirurgie sur la fertilité féminine (38).

C. AIA ET ACTIVITE GENITALE

1. *Retentissement de l'AIA sur la fertilité*

Au moment de l'intervention, 30 des 40 femmes incluses avaient moins de 40 ans. Parmi elles, 17 avaient tenté de débiter une grossesse après l'intervention. Neuf d'entre elles (53%) avaient réussi à mener une grossesse à terme.

Parmi les trois femmes ayant eu des enfants avant l'AIA et désirant débiter une grossesse après, deux ont pu mener une grossesse à terme.

Nous n'avons pas de données précises concernant la durée d'essai avant de débiter une grossesse, ni concernant le recours à une assistance médicale à la procréation.

Autrefois discuté (66), l'effet délétère de l'AIA sur la fertilité des femmes est aujourd'hui reconnu dans la littérature aussi bien dans la RCH que dans la PAF. Le taux d'infertilité (nombre de femmes ne parvenant pas à être enceintes au bout de 12 mois

sans contraception / nombre total de femmes essayant de débuter une grossesse) augmente significativement après AIA et varie de 38 à 56% selon les études (67,68,69).

La cause évoquée est la formation d'adhérences, phénomène fréquent après chirurgie pelvienne.

Ces adhérences pourraient modifier les rapports anatomiques normaux entre les trompes de Fallope et les ovaires, empêchant la capture de l'ovule excrété. De plus, Asztely a démontré que certaines femmes présentaient une occlusion des trompes uni- ou bilatérale à l'hystérosalpingographie après coloproctectomie totale (70).

Une autre explication évoquée expliquant la diminution du taux de fertilité serait la diminution des rapports sexuels due aux dyspareunies, à une sécheresse vaginale ou à la peur de la survenue d'un épisode d'incontinence fécale pendant le coït (71).

La prévention per-opératoire de la formation des adhérences pourrait être une solution séduisante par l'instillation dans la cavité péritonéale de gels anti-adhésifs ou l'utilisation de la voie d'abord coelioscopique.

L'effet néfaste de l'AIA touche également l'activité génitale des hommes. Dans notre étude, 7.9% des hommes se plaignaient de troubles permanents de l'érection et 3.8% présentaient des éjaculations rétrogrades associées à des troubles occasionnels de l'érection.

Deux patients se plaignaient de troubles de l'érection sans en imputer la faute à la chirurgie et quatre de nos patients se plaignant de troubles de l'érection avaient plus 60 ans lors de l'enquête ; il est donc difficile de connaître la part exacte de l'intervention dans l'altération de cette fonction.

En explorant la fonction sexuelle de 122 hommes porteurs d'une RCH avant et après AIA, Gorgun et al. (72) ont démontré en utilisant le questionnaire validé IIEF (International Index of Erectile Function) que la fonction érectile moyenne progressait après la chirurgie dans 4 des 5 dimensions du questionnaire.

Lors de la coloproctectomie totale, la dissection au ras du rectum est censée préserver les nerfs pelviens para-sympathiques et la fonction érectile. Lindsey et al. (76) ont démontré que les troubles de l'érection chez l'homme après proctectomie totale étaient dus à une atteinte neurologique partielle et que 79% de ces patients avaient une bonne réponse au sildénafil (Viagra®).

Nous avons remarqué qu'aucun de nos patients se plaignant de troubles de l'érection ne suivaient de traitement médical. Peut-être est-il nécessaire, lors du suivi post-opératoire, que le chirurgien aborde systématiquement un problème que le malade a parfois des difficultés à évoquer.

2. Retentissement du mode d'accouchement sur le résultat fonctionnel

Nous ne connaissons pas le mode d'accouchement de nos patientes, seule une femme avait précisé avoir accouché une fois par voie basse et une fois par césarienne après l'intervention.

La possibilité d'une détérioration du résultat fonctionnel après accouchement par voie basse chez les femmes porteuses d'une AIA est sujette à discussion dans la littérature. Pemberton et al., dans une étude prospective de 135 femmes enceintes après AIA (73), ne rapportent aucune différence concernant le résultat fonctionnel chez les femmes ayant accouché au moins une fois par voie basse par rapport à celles n'ayant bénéficié que de césariennes. Ils conseillent donc de choisir le mode d'accouchement uniquement sur des critères obstétricaux, tout en reconnaissant leur ignorance concernant sa répercussion sur le résultat fonctionnel à long terme.

Remzi et al. dans leur publication concernant 82 patientes (74), recommandent eux la césarienne aux femmes opérées d'une AIA. Ils rapportent une plus grande incidence de lésions sphinctériennes après accouchement par voie basse, qui ne semblent pas influencer sur le résultat fonctionnel, mais dont on ne connaît pas les répercussions à long terme.

Les complications de la césarienne sont celles de toute chirurgie abdominale incluant la formation d'adhérences et la prolongation de la durée d'hospitalisation alors que l'accouchement par voie basse peut entraîner des lésions du nerf pudendal et du sphincter anal, augmentant le risque d'incontinence fécale.

Il n'y a pas de consensus concernant le mode d'accouchement le plus adapté après AIA. Même si les résultats fonctionnels à moyen terme ne semblent pas être altérés par la voie basse, les résultats à long terme restent inconnus et doivent inciter à une grande prudence.

D. EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE

1. Utilisation des scores

Nous avons évalué la qualité de vie liée à la santé à l'aide de deux scores spécifiques.

Le premier score n'était pas validé mais avait déjà été utilisé pour explorer la qualité de vie des patients opérés d'une AIA dans le service (49). Il a été mis au point à partir des travaux de Bergner qui en 1976 proposa le S.I.P (Sickness Impact Profile), questionnaire permettant d'apprécier l'impact des soins de long séjour sur la qualité de vie des patients atteints de pathologie chronique. Le S.I.P explorait la vie sociale (loisir, travail, relations humaines), l'efficacité intellectuelle et les réactions émotives des patients.

Ce questionnaire avait été secondairement adapté à l'AIA par Anseline et Pemberton dont nous nous sommes directement inspirés pour le score de qualité de vie que nous proposons.

Le score QdV mesure l'impact de l'AIA sur de nombreuses activités de la vie quotidienne : le sport, le travail, la sexualité, ainsi que l'existence d'une symptomatologie abdominale.

Ces catégories ne recouvrent pas tous les aspects de la qualité de vie mais l'utilisation régulière et analogue de ce score pourrait indiquer une tendance à l'amélioration ou à la détérioration si une différence significative apparaissait.

Afin de nous conformer aux données de la littérature nous avons dû le modifier et en exclure l'item *suivi d'un régime alimentaire* qui rentre actuellement dans l'évaluation du résultat fonctionnel.

La critique principale de ce questionnaire est l'absence d'items concernant la vie de relation (voyages, vie amicale et associative) et la façon dont le patient perçoit son état de santé.

Il n'existe pas d'instrument de mesure validé en français qui explore ces différents domaines spécifiquement après AIA. C'est pourquoi nous avons choisi d'utiliser le FIQOL qui évalue l'impact des pertes de selles sur la qualité de vie. Ce questionnaire explore plusieurs dimensions : le mode de vie (voyages, déplacements, vie sociale et amicale), le comportement (les limitations liées à la nécessité de vivre à proximité de commodités), la gêne vis-à-vis des autres, la dépression et l'image de soi.

Le FIQOL nous a semblé être approprié pour évaluer la qualité de vie des patients opérés d'une AIA avec réservoir puisqu'il mesure le retentissement sur la vie quotidienne d'un symptôme spécifique à cette chirurgie : les pertes de selles. Ce symptôme est inexistant après iléostomie terminale, et dans une moindre mesure après AIR, contrairement à d'autres manifestations : douleurs abdominales, irritations périnéales (pouvant être considérées comme équivalentes aux irritations péri-stomiales). Seul l'impact de la fréquence des selles et des impériosités sur la santé perçue et la vie de relation n'ont pas été spécifiquement évalués.

Nous avons initialement distribué le questionnaire du FIQOL à tous les patients. Ceux qui ne présentaient pas de troubles de la continence ne remplissaient pas correctement tous les items ou bien cochaient systématiquement le score maximal. L'interprétation de ces réponses étant fortement biaisée, nous avons décidé de ne prendre en compte que les réponses des sujets se plaignant de perturbations du contrôle volontaire de la défécation.

Nous n'avons pas utilisé de questionnaire générique sur la qualité de vie, comme le SF-36, car nous avons estimé que trop de paramètres étrangers à l'intervention pouvaient interférer : environnement, vie socio-professionnelle et affective, affection intercurrente. Il devient alors difficile de savoir si les résultats sur la qualité de vie dépendent réellement des symptômes liés à la chirurgie. C'est pourquoi dans toutes nos questions nous avons spécifié : « depuis l'intervention » ou « à cause de l'intervention ».

Nous avons retrouvé 22 études évaluant la qualité de vie après AIA. Seules 8 d'entre elles utilisaient un score validé qui était soit générique : SF-36 (Medical Outcome Study Short-Form 36), soit spécifique : SIBDQ (Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire), RFIPC (Rating Form of Inflammatory Bowel Disease Patient Concerns) et FIQOL.

Les autres études utilisaient des scores mis au point par les auteurs.

2. Qualité de vie après A.I.A

Les scores utilisés dans la littérature sont très variés et ne sont pas tous validés. Ces variations portent sur le mode de recueil des informations (questionnaires auto-administrés ou administrés par un enquêteur), sur le type de questionnaire (générique ou spécifique) et sur la population étudiée (indication opératoire, âge, culture, mode de vie). Il est donc difficile de comparer la qualité de vie des patients porteurs d'une AIA dans les différentes études.

Nous avons retenu deux études nord-américaines ayant les plus grands effectifs et explorant l'impact de l'intervention sur les activités sociale, sportive, sexuelle et professionnelle des patients : la première réalisée à la Mayo clinic, rapportée par Hahnloser et al. (38), utilisant un questionnaire non validé chez 409 patients et la seconde réalisée à la Cleveland clinic, rapportée par Delaney et al. (75), utilisant un questionnaire non validé chez 1895 patients.

Dans notre étude, 30% des patients notaient une diminution ou un arrêt de leur activité sportive après chirurgie alors que celle-ci était augmentée chez 28% d'entre eux. Cette répercussion négative concernait 28% des patients d'après Hahnloser et al. (38). Les répercussions négatives sur l'activité sexuelle concernaient 22% de nos patients. Cette proportion n'était que de 14% dans la série de la Cleveland clinic et atteignait 21% dans la série de la Mayo clinic.

Concernant l'activité professionnelle, 22% de nos patients se plaignaient d'une évolution négative dans ce domaine, 9% étant même incapables de reprendre un emploi à plein temps (six patients étaient en invalidité, un patient travaillait à mi-temps). La cause la plus souvent invoquée était une asthénie et une baisse de la résistance physique que beaucoup rapportaient à la nécessité de se lever la nuit pour aller à la selle. Seuls 5% des patients avaient eu plus d'un arrêt de travail ces douze derniers mois, en rapport avec l'intervention pour deux d'entre eux. Delaney et al. (75), rapportent une répercussion négative de l'AIA sur l'activité professionnelle chez 12% des patients ; cette proportion atteint 17% d'après Hahnloser et al. (38).

Nous avons noté que le score QdV ne dépendait pas de l'âge, du sexe, de la durée du suivi, de la pathologie initiale, du type d'anastomose, de l'existence d'une complication ou de la durée de la maladie avant l'intervention. Dans la série de la Cleveland clinic (75), les résultats étaient moins bons chez les sujets âgés de plus de 55 ans au moment de la chirurgie, alors que leur degré de satisfaction vis-à-vis de l'intervention était équivalent à celui des patients plus jeunes. Dans la série de la Mayo clinic (38), les résultats ne variaient pas en fonction de la durée du suivi post-opératoire. Hahnloser et al. (38) notent que le résultat fonctionnel se détériore avec le vieillissement des malades alors qu'il paraît n'y avoir que très peu de modifications concernant la qualité de vie. Les patients semblent s'adapter et apprendre à vivre au quotidien sans restrictions.

Concernant les scores FIQOL, 75.7% des patients avaient une bonne qualité de vie dans la dimension Dépression et image de soi, 66.7% dans la dimension Mode de vie, 53.8% dans la dimension Comportement et 48.7% dans la dimension Gêne vis-à-vis des autres. Les problèmes de continence ne semblent donc pas altérer de façon majeure la qualité de vie des patients opérés d'une AIA quels que soient l'âge, le sexe, la pathologie initiale ou l'aspect de la continence étudié (horaire et fréquence des fuites, impériosités). Les moins bons scores concernaient les dimensions Gêne vis-à-vis des autres et Comportement. La mauvaise acceptation de l'incontinence fécale dans notre société

peut être à l'origine d'un sentiment de honte chez le malade. De plus, la proximité de toilettes est une préoccupation permanente chez certains patients porteurs d'une AIA qui les limite énormément dans leurs déplacements quotidiens.

3. Corrélation entre résultat fonctionnel et qualité de vie

Nous rapportons dans notre étude une corrélation entre le score fonctionnel global et le score QdV, essentiellement dans les domaines de la vie professionnelle et sexuelle. Nos patients se plaignant d'un effet négatif de l'intervention sur leur activité professionnelle ont une fréquence de selles significativement plus élevée. Les patients se plaignant d'un effet néfaste de l'AIA sur leur activité sexuelle sont significativement plus nombreux à souffrir d'impériosités.

Les facteurs influençant la fréquence des selles et la capacité à différer sur lesquels le chirurgien a le pouvoir d'agir sont : le volume du réservoir et sa compli

Concernant le volume, l'opérateur doit veiller à confectionner un réservoir dont la longueur des jambages soit suffisante (au moins 18 cm) (21).

Concernant la compli

Le traitement des pochites chroniques réfractaires reste problématique. La découverte d'un tel traitement reste un enjeu intéressant dans la prise en charge et l'amélioration de la qualité de vie des patients après AIA.

Quant au score FIQOL, il n'était pas corrélé au score Résultat fonctionnel global ni à ses différents paramètres. La qualité de vie liée aux pertes de selles après AIA ne dépend pas non plus de la gravité de la continence : horaire et fréquence des fuites, nécessité de porter une garniture. On remarque cependant que les patients se plaignant d'un impact négatif de l'AIA sur leurs activités professionnelle et sexuelle avaient parallèlement la plus mauvaise qualité de vie liée aux pertes de selles dans les dimensions Mode de vie, Comportement, Dépression et image de soi.

La corrélation entre le résultat fonctionnel et la qualité de vie est discutée dans la littérature : Carmon et al. (77) ont démontré son existence chez 77 patients opérés pour RCH en utilisant le questionnaire générique SF-36. Ko et al (78), toujours avec le SF-36 ont démontré qu'il n'y avait pas de différence de qualité de vie entre deux groupes de patients opérés pour PAF d'une AIR ou d'une AIA alors que le résultat fonctionnel était significativement meilleur dans le groupe AIR).

Il semble qu'au-delà du résultat fonctionnel, la qualité de vie soit liée à des facteurs plus subjectifs comme la motivation du patient, l'image qu'il a de sa santé (38) et sa capacité d'adaptation qui dépendent de sa personnalité (18) et de son handicap pré-opératoire (19).

Le pouvoir d'action du chirurgien dans ces domaines est plus difficile à évaluer. C'est probablement dans la consultation pré-opératoire, dans l'explication de l'intervention au patient et au cours du suivi qu'il peut jouer un rôle.

CONCLUSION

Même si l'intervention s'accompagne d'un taux de morbidité important (20 à 30%), le résultat fonctionnel et la qualité de vie après AIA avec réservoir restent bons dans la majorité des cas.

Le résultat fonctionnel a progressé avec l'amélioration de la technique opératoire mais reste entaché par la fréquence des selles et les problèmes de continence.

La qualité de vie ne dépend pas que du résultat fonctionnel, la personnalité du patient et sa capacité d'adaptation jouent un rôle important. Ces caractéristiques doivent être évaluées avant l'intervention pour déterminer quel degré de contrainte le malade est capable de supporter et l'aider à mieux appréhender ses difficultés quotidiennes. Pour cela, une bonne coopération entre chirurgien, gastro-entérologue et médecin traitant est primordiale.

Le chirurgien conserve un pouvoir d'action sur le résultat fonctionnel par conséquent sur certains aspects de la qualité de vie par l'intermédiaire de la technique opératoire : réalisation d'un réservoir de capacité suffisante. Son expérience reste un facteur déterminant, en limitant la survenue de complications post-opératoires (37).

Dans les domaines de la santé perçue et de la vie de relation, l'AIA a montré sa supériorité sur l'iléostomie définitive, mais une réelle évaluation de l'AIR reste à effectuer. L'AIR est indiquée sous certaines conditions chez les patients refusant les inconvénients de l'AIA, notamment les jeunes femmes en âge de procréer.

La préservation de la qualité de vie et de l'activité génitale ne doivent cependant pas faire oublier le but de l'intervention et une surveillance endoscopique reste nécessaire après AIR pour dépister d'éventuelles dysplasies.

Dans l'avenir, le développement de scores concernant le résultat fonctionnel et la qualité de vie, la validation en français des questionnaires utilisés dans les grandes séries américaines (Mayo clinic, Cleveland clinic), permettraient d'améliorer la prise en charge des malades opérés. Un suivi post-opératoire régulier est nécessaire afin d'aider les patients à résoudre les problèmes rencontrés dans leur vie quotidienne relatifs à l'intervention.

REFERENCES

--

B Beaufils. La qualité de vie – analyse bibliographique. Association des Paralysés de France 1997.

Agence canadienne d'évaluation environnementale. Elaboration d'un cadre conceptuel et méthodologique de l'évaluation des impacts des projets linéaires sur la qualité de vie. 2004.

P Auquier. Qualité de vie liée à la santé. Actualité et dossier en santé publique 1996 ; 17: 8.

D Arnould, N Letzelter. La qualité de vie, en prendre toute la mesure. Syndicat National des Ophthalmologistes de France.

JF Colombel, Y Yazdanpanah, F Laurent, P Houcke, N Delas, P Marquis. Qualité de vie dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Gastroenterol Clin Biol 1996 ; 20: 1071-1077.

Hépatite C – Transmission nosocomiale, état de santé et devenir des personnes atteintes. Expertise collective INSERM 2003.

RS McLeod, DN Churchill, AM Lock, S Vanderburgh, Z Cohen. Quality of life of patients with ulcerative colitis preoperatively and postoperatively. Gastroenterology 1991 ; 101: 1307-1313.

PM Sagar, W Lewis, PJ Holdworth, D Johnston, C Mitchell, J MacFie. Quality of life after restorative proctocolectomy with pelvic ileal pouch reservoir compares favorably with that of patients with medically treated colitis. Dis Colon Rectum 1993 ; 36: 584-592.

JR Oakley, DG Jagelman, VW Fazio. Complications and quality of life after ileorectal anastomosis for ulcerative colitis. Am J Surg 1985 ; 149: 23-29.

JH Pemberton, SF Phillips, RR Ready, AR Zinmeister, OH Beahrs. Quality of life after Brooke ileostomy and ileal pouch-anal anastomosis : comparison of performance status. Ann Surg 1989 ; 209: 620-626.

RR Dozois, I Sielezneff. Le traitement chirurgical de la rectocolite ulcéro-hémorragique. Ann Chir 1995 ; 49: 628-636.

RG Druss, JF O'Connor, JF Prudden, LO Stern. Psychologic response to colectomy. Arch Gen Psychiatry 1968 ; 18: 53-9.

SR Binderow, SD Wexner. Current surgical therapy for mucosal ulcerative colitis. Dis Colon Rectum 1994 ; 37: 610-24.

M Weinryb, JP Gustavsson. A prospective study of the quality of life after pelvic pouch operation. J Am Coll Surg 1995 ; 180: 589-595.

A Boureille, J Cosnes. La rectocolite hémorragique. Gastro-entérologie. Ellipses 2005.

KO Olsen, S Juul, S Bülow, HJ Järvinen, A Bakka, J Björk. Female fecundity before and after operation for familial adenomatous polyposis. *Br J Surg* 2003 ; 90: 227-231.

S Fujita, M Kusunoki, Y Shoji, T Owada, J Utsunomiya. Quality of life after total proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1992 ; 35: 1030-1039.

DA Drossman, DL Patrick, CM Mitchell, EA Zagami, MI Appelbaum. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease. Functional status and patient worries and concerns. *Dig Dis Sci* 1989 ; 34: 1379-86.

RW Awad, TM El-Gohary, JS Skilton, JB Elder. Life quality and psychological morbidity with an ileostomy. *Br J Surg* 1993 ; 80: 252-3.

J Utsunomiya, T Iwama, M Imajo, S Matsuo, S Sawai, K Yaegashi, R Hirayama. Total colectomy, mucosal proctectomy, and ileoanal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1980 ; 23: 459-66.

C Penna. Anastomose iléo-anale : l'amélioration du résultat fonctionnel doit-elle faire oublier le but de l'opération? *Act Med Int – Gastroentérologie* 1996 ; 1: 3-6.

AG Parks, RJ Nicholls. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *Br Med J* 1978 ; 2: 85-8.

KA Kelly. Anal sphincter-saving operations for chronic ulcerative colitis. *Am J Surg* 1992 ; 163: 5-11.

P Berard. Stapling technique for ileoanal anastomosis with ileal reservoir after proctocolectomy. *Dig Surg* 1984 ; 1: 176-179.

W Tuckson, I Lavery, VW Fazio, J Oakley, J Church, J Milsom. Manometric and functional comparison of ileal pouch anal anastomosis with and without anal manipulation. *Am J Surg* 1991 ; 161: 90-6.

L Liljeqvist et al. Alterations in ileo-anal pouch technique 1980 to 1987 : complications and functional outcome. *Dis Colon Rectum* 1988 ; 31: 929-938.

T Oresland et al. Pouch size : the important functional determinant after restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 1990.

PM Sagar, PJ Holdworth, D Johnston. Correlation between laboratory findings and clinical outcome after restorative proctocolectomy : serial studies in 20 patients with end-to-end pouch-anal anastomosis. *Br J Surg* 1991 ; 78: 67-70.

FH Remzi, VW Fazio, CP Delaney, M Preen, A Ormsby, J Bast, MG O'Riordain, SA Strong, JM Church, RE Petras, T Gramlich, IC Lavery. Dysplasia of the anal transitional zone after ileal pouch-anal anastomosis : results of prospective evaluation after a minimum of ten years. *Dis Colon Rectum* 2003 ; 46: 6-13.

E Rullier, F Zerbib, A Marrel, M Amouretti, PA Lehur. Validation of the french fecal incontinence quality of life scale. *Gastroenterol Clin Biol* 2004 ; 28: 562-568.

Y Panis, JM Regimbeau. Prise en charge des complications après anastomose iléo-anale pour RCH. *MICI* 2000 ; 43.

VW Fazio, Y Ziv, JM Church, JR Oakley, IC Lavery, JW Milsom, TK Schroeder. Ileal pouch-anal anastomosis complications and function in 1005 patients. *Ann Surg* 1995 ; 222: 120-127.

AP Meagher, R Farouk, RR Dozois, KA Kelly, JH Pemberton. J ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis : complications and long term outcome in 1310 patients. *Br J Surg* 1998 ; 85: 800-803.

NA Scott, RR Dozois, RW Beart. Postoperative intra-abdominal and pelvis sepsis complicating ileal pouch-anal anastomosis. *Int J Colorect Dis* 1988 ; 3: 149-152.

R Farouk, RR Dozois, JH Pemberton, D Larson. Incidence and subsequent impact of pelvic abscess after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1998 ; 41: 1239-43.

KA Kelly. Anal sphincter-saving operations for chronic ulcerative colitis. *Am J Surg* 1992 ; 163: 5-11.

F Michelassi, J Lee, M Rubin, A Fichera, K Kasza, T Karrison, RD Hurst. Long-term functional results after ileal pouch-anal restorative proctocolectomy for ulcerative colitis. *Ann Surg* 2003 ; 238: 433-445.

D Hahnloser, JH Pemberton, BG Wolff, DR Larson, BS Crownhart, RR Dozois. The effect of ageing on function and quality of life in ileal pouch patients. *Ann Surg* 2004 ; 240: 615-623.

H Perrin, L Choughari, R Parc, E Tiret. Anastomose ileo-anale avec réservoir en J pour rectocolite hémorragique : résultat fonctionnel à 10 ans. *Gastroenterol Clin Biol* 2001 ; 25, HS1: 0399-8320.

PW Marcello, PL Roberts, DJ Schoetz Jr, JA Coller, JJ Murray, MC Veidenheimer. Long-term results of the ileoanal pouch procedure. *Arch Surg* 1993 ; 128: 500-503.

JL Lohmuller, JH Pemberton, RR Dozois, D Ilstrup, J van Heerden. Pouchitis and extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease after ileal pouch-anal anastomosis. *Ann Surg* 1990 ; 211: 622-627.

C Penna, RR Dozois, W Tremaine. Pouchitis after ileal pouch-anal anastomosis occurs with increased frequency in patients with associated primary sclerosing cholangitis. *Gut* 1996 ; 38: 234-9.

JP Achkar, M Al-Haddad, B Lashner, FH Remzi, A Brzezinski, B Shen, F Khandwala, V Fazio. Differentiating risk factors for acute and chronic pouchitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005 ; 3: 60-66.

AS Abdelrazeq, JN Lund, SH Leveson. Implications of pouchitis on the functional results following stapled restorative proctocolectomy. *Dis Colon Rectum* 2005 ; 48: 1700-1707.

AR MacLean, Z Cohen, HM MacRae, BI O'Connor, D Mukraj, ED Kennedy, R Parkes, RS McLeod. Risk of small bowel obstruction after the ileal pouch-anal anastomosis. *Ann Surg* 2002 ; 235: 200-206.

JM Wheeler, A Banerjee, N Ahuja, DP Jewell, NJ Mortensen. Long-term function after restorative proctocolectomy. *Dis Colon Rectum* 2005 ; 48: 946-51.

R Farouk, JH Pemberton, BG Wolff, RR Dozois, S Browning, D Larson. Functional outcomes after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Ann Surg* 2000 ; 231: 919-926.

MRB Keighley et al. Physiological parameters influencing function in restorative proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomosis. *Br J Surg* 1988 ; 75: 997-1002.

PA Lehur, V Guiberteau, JP Galmiche, L Le Bodic, J Le Borgne. Qualité de vie et anastomose iléo-anale avec réservoir, résultats d'une série prospective de 35 rectocolites hémorragiques opérées. *Chirurgie* 1994 ; 120: 139-146.

JC Coffey, DC Winter, P Neary, A Murphy, HP Redmond, WO Kirwan. Quality of life after ileal pouch-anal anastomosis : an evaluation of diet and other factors using the Cleveland Global Quality of Life instrument. *Dis Colon Rectum* 2002 ; 45: 30-38.

JJ Bannister, L Abouzekry, NW Read. Effect of aging on anorectal function. *Gut* 1987 ; 29:353-357.

Y Takao, RRR Gilliland, JJ Noguerras, EG Weiss, SD Wexner. Is age relevant to functional outcome after restorative proctocolectomy for ulcerative colitis? *Ann Surg* 1998 ; 227: 187-194.

JR Chapman, DW Larson, BG Wolff, EJ Dozois, RR Cima, JH Pemberton, BS Crownhart, DR Larson. Ileal pouch-anal anastomosis : does age at the time of surgery affect outcome? *Arch Surg* 2005 ; 140: 534-540.

JJ Tjandra, VW Fazio, JM Church, JR Oakley, JW Milsom, IC Lavery. Similar functional results after restorative proctocolectomy in patients with familial adenomatous polyposis and mucosal ulcerative colitis. *Am J Surg* 1993 ; 165: 322-5.

CP Delaney, FH Remzi, T Gramlich, B Dadvand, VW Fazio. Equivalent function, quality of life and pouch survival rates after ileal pouch-anal anastomosis for indeterminate and ulcerative colitis. *Ann Surg* 2002 ; 236: 43-48.

AD Wells, I McMillan, AB Price. Natural history of indeterminate colitis. *Br J Surg* 1991 ; 78: 179-81.

Y Panis, B Poupard, J Nemeth, A Lavergne, P Hautefeuille, P Valleur. Ileal pouch/anal anastomosis for Crohn's disease. *Lancet* 1996 ; 347: 854-57.

S Galandiuk, BG Wolff, RR Dozois, RW Beart. Ileal pouch-anal anastomosis without ileostomy. *Dis Colon Rectum* 1991 ; 34: 870-73.

RE Lovegrove, VA Constantinides, AG Heriot, T Athanasiou, A Darzi, FH Remzi, RJ Nicholls, VW Fazio, PP Tekkis. A Comparison of hand-sewn versus stapled ileal pouch anal anastomosis following proctocolectomy : a meta-analysis of 4183 patients. *Ann Surg* 2006 ; 244: 18-26.

JJ Tjandra, VW Fazio, JW Milsom, IC Lavery, JR Oakley, JM Fabre. Omission of temporary diversion in restorative proctocolectomy - is it safe? *Dis Colon Rectum* 1993 ; 36: 1007-1014.

FH Remzi, VW Fazio, E Gorgun, BS Ooi, J Hammel, M Preen, JM Church, K Madbouly, IC Lavery. The outcome after restorative proctocolectomy with or without defunctioning ileostomy. *Dis Colon Rectum* 2006 ; 49: 470-7.

DW Larson, JH Pemberton. Current concepts and controversies in surgery for IBD. *Gastroenterology* 2004 ; 126: 1611-1619.

HJ Sugerman, EL Sugerman, JG Meador, HH Newsome, JM Kellum, EJ DeMaria. Ileal pouch anal anastomosis without ileal diversion. *Ann Surg* 2000 ; 232: 530-541.

N Dehni, G Remacle, RR Dozois, F Banchini, E Turet, R Parc. Salvage reoperation for complications after ileal pouch-anal anastomosis. *Br J Surg* 2005 ; 92: 748-753.

P Reissman, BA Salky, J Pfeifer, M Edye, DG Jagelman, SD Wexner. Laparoscopic surgery in the management of inflammatory bowel disease. *Am J Surg* 1996 ; 171: 47-50.

MS Dunker, WA Bemelman, JFM Slors, P van Duijvendijk, DJ Gouma. Functional outcome, quality of life, body image, and cosmesis in patients after laparoscopic-assisted and conventional restorative proctocolectomy : a comparative study. *Dis Colon Rectum* 2001 ; 44: 1800-1807.

P Johnson, C Richard, A Ravid, L Spencer, E Pinto, M Hanna, Z Cohen, R McLeod. Female infertility after ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 2004 ; 47: 1119-1126.

K Olsen, S Juul, S Bülow, HJ Järvinen, A Bakka, J Björk, T Oresland, S Laurberg. Female fecundity before and after operation for familial adenomatous polyposis. *Br J Surg* 2003 ; 90: 227-231.

E Gorgun, FH Remzi, JM Goldberg, J Thornton, J Bast, TL Hull, B Loparo, VW Fazio. Fertility is reduced after restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis: a study of 300 patients. *Surgery* 2004 ; 136: 795-803.

M Asztely, S Palmblad, M Wikland, L Hulten. Radiological study of changes in the pelvis in women following proctocolectomy. *Int J Colorectal Disease* 1991 ; 6: 103-7.

Olsen et al. Ulcerative colitis : female fecundity before diagnosis, during disease, and after surgery compared with a population sample. *Gastroenterol* 2002 ; 122: 15-19.

E Gorgun, FH Remzi, DK Montague, JT Connor, K O'Brien, B Loparo, VW Fazio. Male sexual function improves after ilial pouch anal anastomosis. *Colorectal dis* 2005 ; 7: 545-50.

D Hahnloser, JH Pemberton, BG Wolff, D Larson, J Harrington, R Farouk, RR Dozois. Pregnancy and delivery before and after ileal pouch-anal anastomosis for inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum* 2004 ; 47: 1127-1135.

FH Remzi, E Gorgun, J Bast, T Schroeder, J Hammel, E Philipson, TL Hull, JM Church, VW Fazio. Vaginal delivery after ileal pouch-anal anastomosis : a word of caution. *Dis Colon Rectum* 2005 ; 48: 1691-1699.

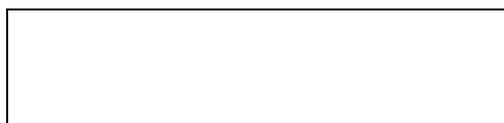
CP Delaney, VW Fazio, FH Remzi, J Hammel, JM Church, TL Hull, J Senagore, SA Strong, IC Lavery. Prospective, age-related analysis of surgical results functional outcome, and quality of life after ileal pouch-anal anastomosis. *Ann Surg* 2003 ; 238: 221-228.

I Lindsey, B George, M Kettlewell, N Mortensen. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sildenafil (Viagra) for erectile dysfunction after rectal excision for cancer and inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum* 2002 ; 45: 727-32.

E Carmon, A Keidar, A Ravid, G Goldman, M Rabau. The correlation between quality of life and functional outcome in ulcerative colitis patients after proctocolectomy ileal pouch anal anastomosis. *Colorectal Dis* 2003 ; 5: 228-32.

CY Ko, LC Rusin, DJ Schoetz, L Moreau, JA Coller, JJ Murray, PL Roberts, TD Arnell. Does better functional results equate with better quality of life? Implications for surgical treatment in familial adenomatous polyposis. *Dis Colon Rectum* 2000 ; 43: 829-35.

ANNEXES



Lettre d'information au Patient

Madame, Monsieur

Je travaille avec le professeur Lehur et le Docteur Regenet. Dans le cadre de ma thèse de médecine, nous souhaiterions évaluer votre satisfaction ainsi que l'impact sur votre vie quotidienne de l'intervention sur votre colon et rectum (coloproctectomie totale).

Pour cela, deux questionnaires ont été créés et nous souhaiterions que vous y répondiez. L'un est principalement axé sur les conséquences de l'intervention dans votre vie quotidienne, l'autre essaie d'évaluer votre qualité de vie.

Même si nous vous demandons de noter votre nom sur le questionnaire, je vous garantis que les réponses resteront anonymes et ne sortiront pas du cadre de ma thèse.

Si vous avez un problème ou une question, n'hésitez pas à me contacter au 02.40.08.30.17.

En vous remerciant du temps que vous nous accordez, je vous prie d'agréer, madame, monsieur, mes sincères salutations.

Questionnaire Résultat Fonctionnel et QdV

1. **Nombre de selles par 24 heures ?**

Allez-vous à la selle à heures fixes ? Oui - Non

L'intubation du réservoir est -elle nécessaire ? Oui - Non

Si oui, combien de fois par jour ?

2. **Nombre de selles nocturnes par semaine ?**

3. **Quelle est la qualité des selles** (entourez une proposition pour chaque ligne)

Liquide ? Thomas PIFFETEAU
toujours – souvent – parfois – jamais

Pâteuse ? toujours – souvent – parfois – jamais

Fonction de l'alimentation ? toujours – souvent – parfois – jamais

4. **Comment est ressenti le besoin d'aller à la selle :**

Ballonnements ? toujours – souvent – parfois – jamais
Coliques ? **toujours – souvent – parfois – jamais**

Sensation de réservoir plein ? Interne de chirurgie digestive
toujours – souvent – parfois – jamais

Autres ? (préciser)

5. **Problèmes de continence :**

Pouvez-vous contrôler l'émission des gaz ? toujours – souvent – parfois – jamais

Pouvez-vous contrôler l'émission des selles ? toujours – souvent – parfois – jamais

Portez-vous une garniture ? toujours – souvent – parfois – jamais

Avez-vous des épisodes d'incontinence des selles ? oui – non

Si oui, combien d'épisodes d'incontinence par semaine ?

Pouvez-vous sentir la différence entre selles et gaz ? toujours–souvent–parfois–jamais

Pouvez-vous évacuer de façon séparée selles et gaz ? toujours–souvent–parfois–jamais

Pouvez-vous différer le besoin d'aller à la selle ? toujours–souvent–parfois–jamais

Si oui, pendant combien de temps ?

6. Fuites de selles :

Tâchez-vous vos sous-vêtements ? souvent – parfois – jamais

Le jour, combien de fois par semaine ?

La nuit, combien de fois par semaine ?

7. Au niveau du périnée, au pourtour de l'anus, avez-vous :

des brûlures ? toujours – souvent – parfois – jamais

des sensations de grattement ? toujours – souvent – parfois – jamais

des suintements ? toujours – souvent – parfois – jamais

des ulcérations ? toujours – souvent – parfois – jamais

des irritations ? toujours – souvent – parfois – jamais

Utilisez-vous une pommade ? Oui – Non

Si oui, laquelle ?

8. Problèmes abdominaux

Avez-vous des douleurs abdominales ? souvent – parfois – jamais

Avez-vous des sensations de ballonnement ? souvent – parfois – jamais

9. Problèmes urologiques :

Depuis l'intervention, urinez-vous normalement ? Oui – Non

Avez-vous des brûlures urinaires ? souvent – parfois – jamais

Avez-vous une sensation de blocage des urines ? souvent – parfois - jamais

Autre(s) ?

10. Traitement médical :

Suivez-vous un régime alimentaire sur prescription médicale ? Oui – Non

Evitez-vous certains aliments ? Oui – Non

Si oui, quels aliments ?

Prenez-vous :

des régulateurs du transit (Imodium, Tiorfan) ? toujours – souvent – parfois – jamais

des anti-spasmodiques (Spasfon, Debridat) ? toujours – souvent – parfois – jamais

Votre poids a-t-il varié depuis l'intervention ? Oui – Non

S'il a augmenté, de combien ?

S'il a diminué, de combien ?

11. Activité sportive :

Avez-vous une activité sportive ? Oui – Non

Depuis l'intervention est-elle Augmentée – Idem – Diminuée

Quels sports pratiquez-vous ?

Quel(s) sport(s) avez-vous arrêté(s) ?

12. Activité sexuelle et génitale :

- HOMMES :

L'intervention a-t-elle eu un effet néfaste sur votre activité sexuelle ? Oui – Non

Souffrez-vous de troubles de l'érection ? toujours – souvent – parfois – jamais

Etes-vous traité contre ces troubles de l'érection ? Oui-Non

Si oui, de quel traitement bénéficiez-vous ?

Souffrez-vous d'une absence d'éjaculation ? Oui – Non

- FEMMES

L'intervention a-t-elle eu un effet néfaste sur votre activité sexuelle ? Oui – Non

Avez-vous de douleurs pendant vos rapports ? toujours– souvent – parfois - jamais

Avez-vous eu des enfants avant l'intervention ? Oui - Non

Avez-vous eu des enfants depuis l'intervention ? Oui - Non

Si non, désirez-vous en avoir ? **Oui – Non**

- avez-vous des difficultés à débuter une grossesse ? Oui – Non

- depuis combien de mois essayez-vous de débuter une grossesse ?

13. Activité professionnelle :

Depuis l'intervention : Pas de changement – changement – invalidité

Si changement, pourquoi ?

Si invalidité, pourquoi ?

Quelle est votre profession actuelle ?

Quelle était la durée de l'arrêt de travail initial ?

Combien d'arrêts de travail avez-vous eu au cours des 12 derniers mois ?

Pour quelles raisons ?

Questionnaire FIQOL

Question 1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre état de santé est :

5 Excellent 4 Très bon 3 Bon 2 Médiocre 1 Mauvais

Question 2. A cause de vos pertes de selles, indiquez avec quelle fréquence chacun des points est un problème pour vous.

Q 2. A cause de mes pertes de selles :	Très souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
a. Je n'ose pas sortir	1	2	3	4
b. J'évite de rendre visite à des amis	1	2	3	4
c. J'évite de passer la nuit ailleurs que chez moi	1	2	3	4
d. Il m'est difficile de sortir pour faire des choses comme me promener, aller au cinéma ou à l'église	1	2	3	4
e. Je mange moins avant de sortir	1	2	3	4
f. Quand je ne suis pas chez moi, j'essaye autant que possible de rester près des toilettes	1	2	3	4
g. Il est important que j'organise mon emploi du temps (mes activités quotidiennes) en fonction de mon transit intestinal	1	2	3	4
h. J'évite de voyager	1	2	3	4
i. J'ai peur de ne pas pouvoir atteindre les toilettes à temps	1	2	3	4
j. J'ai l'impression de n'avoir aucun contrôle sur mes intestins	1	2	3	4
k. Je n'arrive pas à me retenir suffisamment longtemps pour atteindre les toilettes	1	2	3	4
l. J'ai des pertes de selles sans même m'en rendre compte	1	2	3	4
m. J'essaye d'éviter les accidents (pertes de selles) en restant tout près des toilettes	1	2	3	4

Question 3. A cause de vos pertes de selles, indiquez dans quelles mesures vous êtes D'ACCORD ou PAS D'ACCORD avec chacun des points suivants.

Q 3. A cause de mes pertes de selles	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord du tout

a. Je me sens gêné(e)	1	2	3	4
b. Il y a beaucoup de choses que je ne peux pas faire	1	2	3	4
c. J'ai peur d'avoir des accidents (pertes de selles)	1	2	3	4
d. Je me sens déprimé(e)	1	2	3	4
e. J'ai peur que les autres trouvent que je sens mauvais	1	2	3	4
f. J'ai l'impression de ne pas être en bonne santé	1	2	3	4
g. J'apprécie moins la vie	1	2	3	4
h. Je n'ai pas de relations sexuelles aussi souvent que je le voudrais	1	2	3	4
i. Je me sens différent des autres	1	2	3	4
j. J'ai toujours en tête l'idée que je risque d'avoir des accidents	1	2	3	4
k. J'ai peur d'avoir des relations sexuelles	1	2	3	4
l. J'évite de voyager en bus, en avion ou en train	1	2	3	4
m. J'évite d'aller manger à l'extérieur	1	2	3	4
n. Quand je me rends dans un endroit que je ne connais pas, je commence à repérer où se trouvent les toilettes	1	2	3	4

Question 4. Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) si triste, découragé(e), désespéré(e) ou avez-vous eu tellement de problèmes que vous vous êtes demandé si tout cela valait la peine d'être vécu ?

- 1 Extrêmement - Au point d'avoir presque complètement baissé les bras,
2 Beaucoup, 3 Plutôt, 4 Un peu – Suffisamment pour que cela me gêne,
5 Très peu, 6 Pas du tout.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Trois principaux types de réservoirs iléaux.

p.11

Figure 2 : Deux types d'AIA, manuelle avec mucosectomie, mécanique trans-suturatoire à la pince circulaire.

p.22

Figure 3 : Graphe de corrélation entre le score QdV et le score fonctionnel.

p.53

Tableau 1 : Score fonctionnel.

p.27

Tableau 2 : Score qualité de vie.

p.29

Tableau 3 : Complications post-opératoires.

p.36

Tableau 4 : Fréquence des selles en fonction de la prise de ralentisseurs du transit et évictions alimentaires.

p.39

Tableau 5 : Evictions alimentaires les plus souvent citées.

p.40

Tableau 6 : Fréquence des différents modes d'expression de la sensation de besoin.

p.43

Tableau 7 : Fréquence des différents symptômes périnéaux.

p.44

Tableau 8 : Résultat fonctionnel en fonction de la pathologie initiale.

p.47

Tableau 9 : Sports pratiqués et sports arrêtés cités par les patients.

p.49

Tableau 10 : Symptômes cités par les patients comme cause de l'évolution négative de leur activité professionnelle.

p.51

Tableau 11 : Fréquence des selles et changement professionnel.

p.54

Tableau 12 : Comparaison du résultat fonctionnel de différentes séries

p.66

Histogramme 1 : Répartition des patients en fonction de l'âge à l'intervention

p.35

Histogramme 2 : Capacité de discrimination selles-gaz et d'évacuation séparée

p.42

Histogramme 3 : Répartition des patients en fonction du score fonctionnel global

p.45

Histogramme 4 : Répartition des patients en fonction du score QdV.

p.52

Histogramme 5 : Fréquence des différentes catégories de qualité de vie dans chaque dimension du questionnaire FIQOL.

p.57

Histogramme 6 : Score FIQOL en fonction de l'impact de l'AIA sur les activités sexuelle et professionnelle.

p.66

NOM : PIFFETEAU PRENOM : Thomas

Titre de Thèse :

« Résultat fonctionnel et qualité de vie des patients porteurs d'une anastomose iléo-anale ».

RESUME

La coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale (AIA) est devenue l'intervention de référence pour le traitement de la rectocolite hémorragique (RCH) et de la polypose adénomateuse familiale (PAF). Nous avons étudié les répercussions de l'intervention sur la qualité de vie de 110 patients opérés consécutivement d'une AIA avec réservoir en J, pour RCH et PAF. Le score de Qualité de Vie global était bon chez 72.4% des patients ; 30% notaient un retentissement négatif de l'AIA sur leurs activités sportives ; 22% sur leur activité sexuelle et 22% sur leur activité professionnelle. Le score FIQOL concernait 40 patients qui souffraient d'incontinence fécale, il n'était pas corrélé à la gravité de l'incontinence. La qualité de vie dépend du résultat fonctionnel mais aussi de la personnalité du patient et de sa capacité d'adaptation. Le chirurgien peut influencer sur la qualité de vie en confectionnant un réservoir iléal de volume suffisant.

Mots-Clés : Anastomose iléo-anale, Rectocolite hémorragique, Polypose adénomateuse familiale, Résultat fonctionnel, Qualité de vie, Volume du réservoir

Key words : Ileal pouch-anal anastomosis, Ulcerative colitis, Familial adenomatous polyposis, Functional results, Quality of life, Reservoir capacity.