Prise en charge péri-opératoire des malades ayant une maladie de Crohn et sous traitement immunomodulateur

Asma Labidi, Mouna Medhioub, Nadia Ben Mustapha

Morbidité après résection intestinale: plus ↑ au cours de la maladie de Crohn vs autres pathologies

- Lâchage anastomotique ++
- Complications septiques (abdominales ou autres)
- Durée d'hospitalisation plus longue
- Retard de cicatrisation de la plaie

Statut nutritionnel + Effet des médicaments

Optimisation préopératoire

- Évaluation du statut nutritionnel et indication du support nutritionnel
- Gestion des IM (corticoides, AZA, anti-TNF)
- Prévention de la MTE (au moins jusqu'à la sortie)
- Tt et contrôle de tout sepsis intra-abdominal avant la chirurgie

Optimisation préopératoire

Si possible…

L'optimisation préopératoire ne doit pas retarder la chirurgie!!

Pas d'anastomose si objectifs non atteints

Cas clinique 1

- Patient âgé de 17 ans, suivi depuis 7 mois pour une MC: fistules périnéales complexes actives avec une atteinte iléale localisée
- Sous combothérapie: AZA 2,4 mg/kg/j et IFX 5mg/Kg/8 semaines (dernière perfusion passée il y a 27 jours)

Cas clinique 1

- Syndromes subocclusifs subintrants pendant une semaine puis occlusion intestinale aigue ➔ admission au service de chirurgie
- TDM en urgence: occlusion du grêle en rapport avec une sténose de la DAI avec une dilatation en amont mesurée à 3,2 cm, absence de collection
- Aspiration nasogastrique ➔ rétablissement du transit
- Transféré au 4° jours

Cas clinique 1

- Examen: IMC: 21 kg/m^2, examen abdominal: normal
- EMA: 2 orifices fistuleux drainés par sétons non productifs

- Bilan: CRP: 20 mg/l, GB: 5000/mm3, Hb: 11,4 g/dl, Plaq: 340000/mm^3

- Entéro-IRM: sténose non inflammatoire de la DAI étendue sur 7 cm avec dilatation en amont de 2,4 cm

Cas clinique 1

MC iléale sténosante qui s’est compliquée d’une OIA sous combothérapie (qui semble efficace pour le périnée)

Résection iléo-caecale puis reprise de la combothérapie en postopératoire

Comment évaluer l’état nutritionnel de notre patient?

Moyens d’évaluation du statut nutritionnel

- Enquête alimentaire
- Mesures anthropométriques
- Paramètres biologiques
- Scores et index de dénutrition

Evaluation de l'état nutritionnel

Enquête alimentaire

Enquête diététique (plusieurs types) **+ Calcul des besoins énergétiques de base et totaux**

- **Apport alimentaire 90-70% BET : Malnutrition modérée**
- **Apport alimentaire < 70% BET : Malnutrition sévère**

Mais: Intervention nécessaire d'un spécialiste diététicien

➔Intérêt en préopératoire très limité en cas de MC

Evaluation de l'état nutritionnel
Mesures anthropométriques

- **Périmètre brachial** et **Pli cutané** (tricipital ou sous scapulaire): marqueurs de dénutrition proteino-calorique sévère (largement utilisés en nutrition)

➔ Non utiles en pratique dans ce contexte

Evaluation de l'état nutritionnel

Mesures anthropométriques

Indice de Masse Corporelle

- **< 18,5: dénutrition sévère** ➔ morbidité post-opératoire augmentée (complications infectieuses, lâchage anastomotique, reinterventions, hospitalisation prolongée et mortalité plus élevée)
- Paramètre fréquemment rapporté dans les études

➔ **Indication à la stomie**

Evaluation de l'état nutritionnel

Mesures anthropométriques

Mais: IMC > 18,5 ≠ bon état nutritionnel (prévalence du surpoids/obésité en ↑)

BMI > 30kg/m2 ➔ morbidité significative (↑ temps opératoire, déplétion sanguine, segment réséqué plus long, iléus postop)

Evaluation de l'état nutritionnel

Mesures anthropométriques

- **Perte non volontaire du poids durant les 3 derniers mois**
  - ✓ **10 – 15% : dénutrition modérée**
  - ✓ **> 15 % : dénutrition sévère**
- Souvent rapportée dans les études ➔ Corrélée au risque de complications post-opératoires

➔ **Indication à une stomie (si perte ≥ 15% ou ≥ 10%)**

Evaluation de l'état nutritionnel

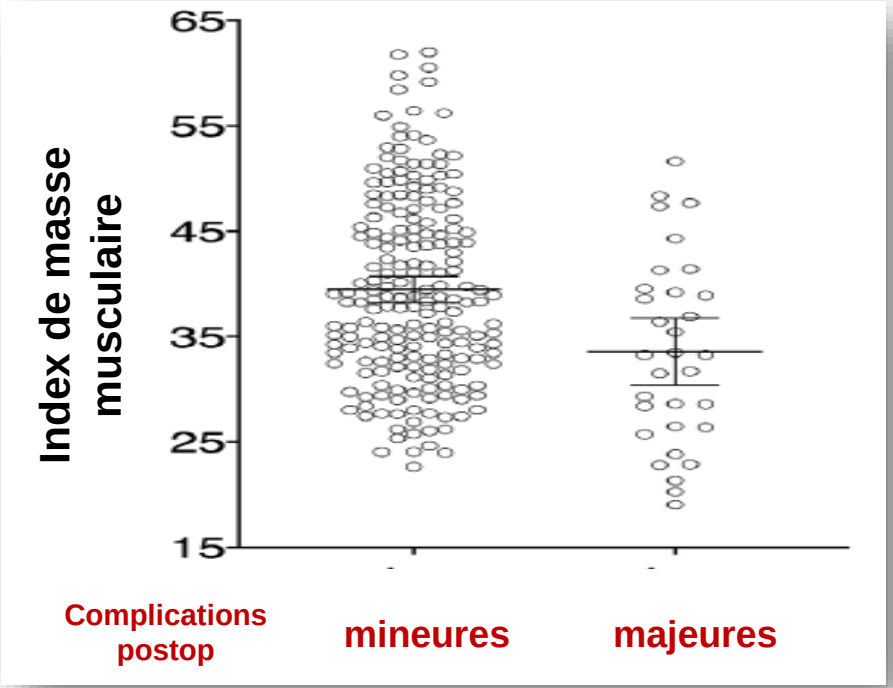
Evaluation de la sarcopenie

- Def: ↓ **masse musculaire et ↓ de la force musculaire**
- Moyens : force d'agrippement (dynamomètre), bio-impédancemetrie, imagerie en coupe (Volumetrie musculaire/ index)
- N'est pas corrélée au BMI (meilleur indicateur?)

➔Facteur prédictif indépendant des complications postopératoires des patients Crohn (données limitées)

Original Communication

Skeletal Muscle Mass Index Predicts Postoperative Complications in Intestinal Surgery for Crohn's Disease



- Rétrospective, n= 230
- Index de masse musculaire: TDM ou IRM préop
- Seul facteur de risque de complications majeures (abcès, lâchages, perforations, hémorragies, hospitalisations prolongées)

Evaluation de l'état nutritionnel

Paramètres biologiques

- **Albumine**: constamment rapportée dans les études: albuminémie < 30 ou < 35 gr/l ➔ complications post-op ↑

➔ Alb < 30 gr/l ➔ indication classique à la stomie

Mais

- demi-vie longue (3 semaines): marqueur peu réactif de l'évolution à court terme de l'état nutritionnel.
- affectée par le sepsis/ inflammation

Préalbumine (demi vie: 48h): meilleure alternative?

Evaluation de l'état nutritionnel

Paramètres biologiques

- **Anémie (ferriprive ++):** ↑ significative du taux de complications graves post-op (infarctus mésentérique, recours aux drogues vasoactives, ventilation artificielle), durée de l'hospitalisation, mortalité

- **Phosphorémie, transferrine, T3, cholestérolemie, calcémie, lymphopénie** ➔ marqueurs établis du statut nutritionnel mais non rapportés dans les études MICI

Evaluation de l'état nutritionnel

Scores / Index nutritionnels

- Multi-parametriques (paramètres anthropométriques ± biologiques ± morbidités associées …)
- Plusieurs scores/index validés
- Permettent une stratification du risque de dénutrition → meilleure indication du support nutritionnel et de son type
- Largement utilisés par les spécialistes de nutrition
- **Peu utilisés dans les études MICI → corrélation avec les complications post-op??**

Evaluation du statut nutritionnel en préopératoire des patients ayant une MC

- Aucun test ne permet seul de refléter l'état nutritionnel et de prédire la morbidité postop
- Pas de Gold standard

	Paramètres
ESPEN (nutrition périop) 2017	IMC, perte de poids, SGA ou NRS
ECCO/chirurgie 2018	Perte de poids > 10 %
British guidelines (MICI) 2019	IMC, perte de poids, Hb ± alb

Manuscript Doi: 10.1093/ecco-jcc/jjz160

Evaluation du statut nutritionnel en préopératoire des patients ayant une MC

- IMC
- Perte non volontaire du poids
- NRS-2002

patients who require comprehensive nutritional assessment. Nutritional assessment

Nutritional risk screening (NRS-2002)

Etape 1	Oui	Non
1. Index de Masse Corporelle (BMI) < 20.5 ***Taille:*** ..... ***Poids:*** ..... ***BMI:***	☐	☐
2. Le patient a-t-il perdu du poids pendant les 3 derniers mois ?	☐	☐
3. Le patient a-t-il réduit ses apports alimentaires les 3 derniers mois ?	☐	☐
4. Le patient a-t-il une maladie induisant un stress métabolique ?	☐	☐

0 oui *=> Bilan alimentaire (dépistage) sur 1 jour -* ***Minimum 1 oui*** *=> Etape 2, ci-dessous*

Nutritional risk screening (NRS-2002)

Etape 2 a: Atteinte de l'état nutritionnel		Etape 2 b: Effets de la maladie *
Etat nutritionnel normal ☐ BMI > 20.5 ☐ ∅ perte de poids ☐ Mange > 3/4 des plateaux (et 3 repas/j)	Score 0	**Besoins nutritionnels normaux** ☐ Pas d'infection, d'état fébrile, de trauma ou d'intervention chirurgicale < 5 jours ➡ Absence de facteur de stress métabolique
Etat nutritionnel faiblement déplété ☐ BMI entre 18,5 et 20.5 sans baisse de l'EG ☐ Perte de poids > 5% dans les 3 mois ☐ Mange 2/4-3/4 des plateaux (ou 2-3 repas/j)	Score 1	**Augmentation faible des besoins** ☐ Maladie chronique avec complication ☐ Patient faible mais non alité ➡ Stress métabolique léger (besoins protéiques ↗, couverts par l'alimentation et SNO)
Etat nutritionnel modérément déplété ☐ BMI 18,5-20,5 avec baisse de l'EG ☐ Perte de poids > 5% dans les 2 derniers mois ☐ Mange 1/4 à 2/4 des plateaux	Score 2	**Augmentation modérée des besoins** ☐ Maladie active (infection grave etc…) ☐ Patient alité ➡ Stress métabolique important (↗↗ besoins protéiques, souvent nutrition artificielle)
Etat nutritionnel sévèrement déplété ☐ BMI < 18,5 avec baisse EG ☐ Perte de poids > 5% dans le dernier mois ou > 15% dans les 3 derniers mois ☐ Mange moins de 1/4 des plateaux	Score 3	**Augmentation importante des besoins** ☐ Patients de soins intensifs ☐ Ventilation assistée ➡ Stress métabolique extrême

Score nutritionnel ☐ + Score «maladie» ☐ = ☐ + **1 si** ≥ 70 ans = **Score total ajusté à l'âge** ☐

< 3 = pas de risque, 3 à 5 = dénutrition modérée, > 5: dénutrition sévère

Notre patient

Données insuffisantes pour évaluation du statut nutritionnel

- IMC: 21kg/m^2
- Perte de 7 kg en 27 jours soit 10%
- Albuminémie 30 gr/l
- NRS = 4 ➔ support nutritionnel

Quel support nutritionnel indiqueriez-vous pour ce patient?

1. Un régime hyperprotidique et hypercalorique
2. Des compléments alimentaires
3. Une nutrition entérale
4. Une nutrition parentérale
5. Des perfusions d’albumine

Support Nutritionnel

Types

- ✓ Conseil diététique + suppléménts nutritionnels
- ✓ Alimentation artificielle: entérale ou parentérale
- ✓ Correction de déficits documentés en oligo/micronutriments

Quel support nutritionnel?

Régime et suppléments

- Régime hyperprotidique, hypercalorique, pauvre en fibres + **suppléments nutritionnels** (apport ≤ 600Kcal)

Oral Nutrition Supplements (ONS) are the first step when artificial nutrition is indicated in IBD, but generally are a minor supportive therapy used in addition to normal food.

Grade of recommendation 0 — Strong consensus (92% agreement)

➔ Prévention de la dénutrition en attendant la chirurgie chez un patient ayant un bon état nutritionnel?

Forbes. ESPEN 2017

Quel support nutritionnel
Nutrition entérale

- **NE <u>exclusive</u>**: largement étudiée comme traitement de la MC (effet anti-inflammatoire établi), durées prolongées (≥ 6 sem)
- Endpoints des études: taux de rémission, ↓CRP, taux de sevrage en corticoides, taux d'« évitement » de la chirurgie

Tendance à indiquer la NEE chez <u>tous les patients</u> en préopératoire

Does preoperative enteral or parenteral nutrition reduce postoperative complications in Crohn's disease patients: a meta-analysis

NEE: optimisation nutritionnelle préopératoire: données très limitées!!

Study or Subgroup	Pre-operative Nutrition Events	Total	Standard Care Events	Total	Weight	Odds Ratio M-H, Fixed, 95% CI	Odds Ratio M-H, Fixed, 95% CI

Durée 1 à 2 semaines au moins

Contrôle hebdomadaire: prise de poids ++, Alb

Test for overall effect: Z = 12.81 (P < 0.00001)

0.01 0.1 1 10 100

Favours Nutrition Support | Favours Standard Care

NEE vs pas de support nutritionnel

Gregory. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2018

Quel support nutritionnel?

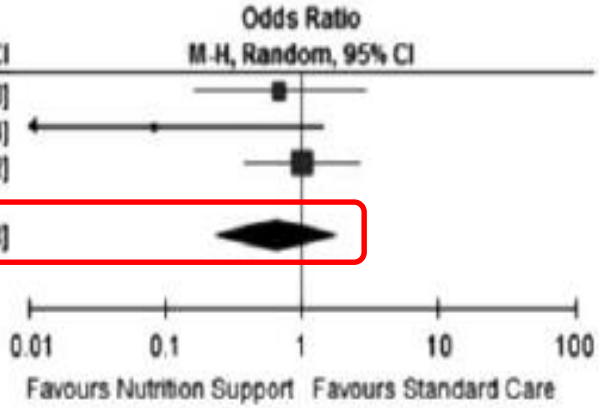
Alimentation parentérale

Nutrition parentérale vs pas de support nutritionnel

Study or Subgroup	Pre-operative Nutrition Events	Total	Standard Care Events	Total	Weight	Odds Ratio M-H, Random, 95% CI
Gouma et al 1988	5	36	4	21	34.5%	0.69 [0.16, 2.90]
Jacobson et al 2012	0	15	29	105	12.1%	0.08 [0.00, 1.44]
Lashner et al 1989	10	49	11	54	53.4%	1.00 [0.38, 2.62]
Total (95% CI)		100		180	100.0%	0.65 [0.23, 1.88]
Total events	15		44			

Heterogeneity: Tau² = 0.31; Chi² = 3.01, df = 2 (P = 0.22); I² = 33%

Test for overall effect: Z = 0.79 (P = 0.43)



Gregory. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2018

Quel support nutritionnel?
Nutrition parentérale

- Si alimentation orale ou nutrition entérale impossibles (contre-indications/intolérance) ou insuffisantes
- Cathétérisme central
- Durée: 5 à 7 jours avant la chirurgie

Quel support nutritionnel?

- Correction de l'hypoalbuminémie par des perfusions d'albumine ➔ **Pas de bénéfices***
- Si l'anémie: apport martial (fer IV?)
- Si déficits vitaminiques/oligoéléments documenté ➔ correction (neuropathies carentielles!!)

Song Soo Yang. JKSS 2012

Notre patient

- Mise en route d'une nutrition entérale exclusive
- A J3: reprise des Sd subocclusifs

➔Passage à une alimentation parentérale (N7)

durée envisagée: 5 jours

Cas clinique

Notre patient …..

- Sous combothérapie (AZA+IFX) depuis 7 mois.
- Il est à 35 jours de sa dernière perfusion d’IFX
- L’AZA n’a pas été arrêté

Cas clinique

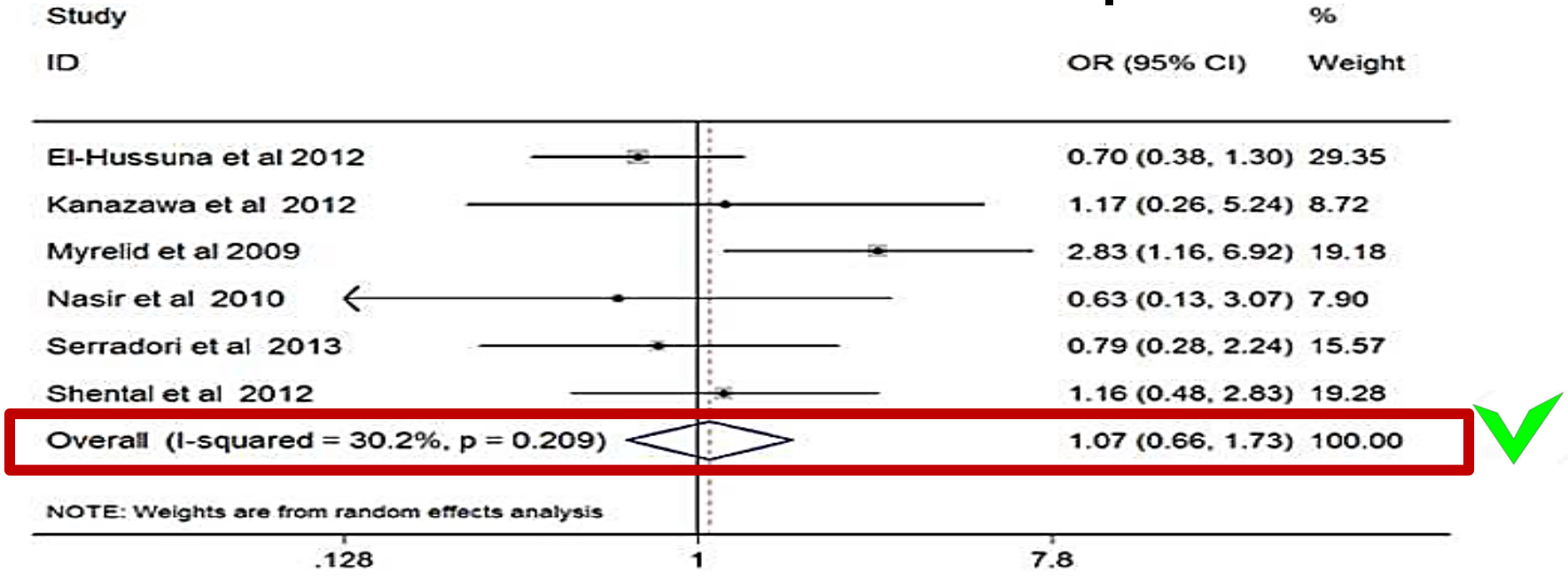
- **Devrait-on arrêter l’azathioprine en préopératoire?**

1/ Oui

2/ Non

L'azathioprine en péri-opératoire

6 études observationnelles / 2146 patients



INNOCUITE DES THIOPURINES EN PERIOPERATOIRE

Huang et al, J Crohn's Colitis 2015

L'azathioprine en péri-opératoire

2017

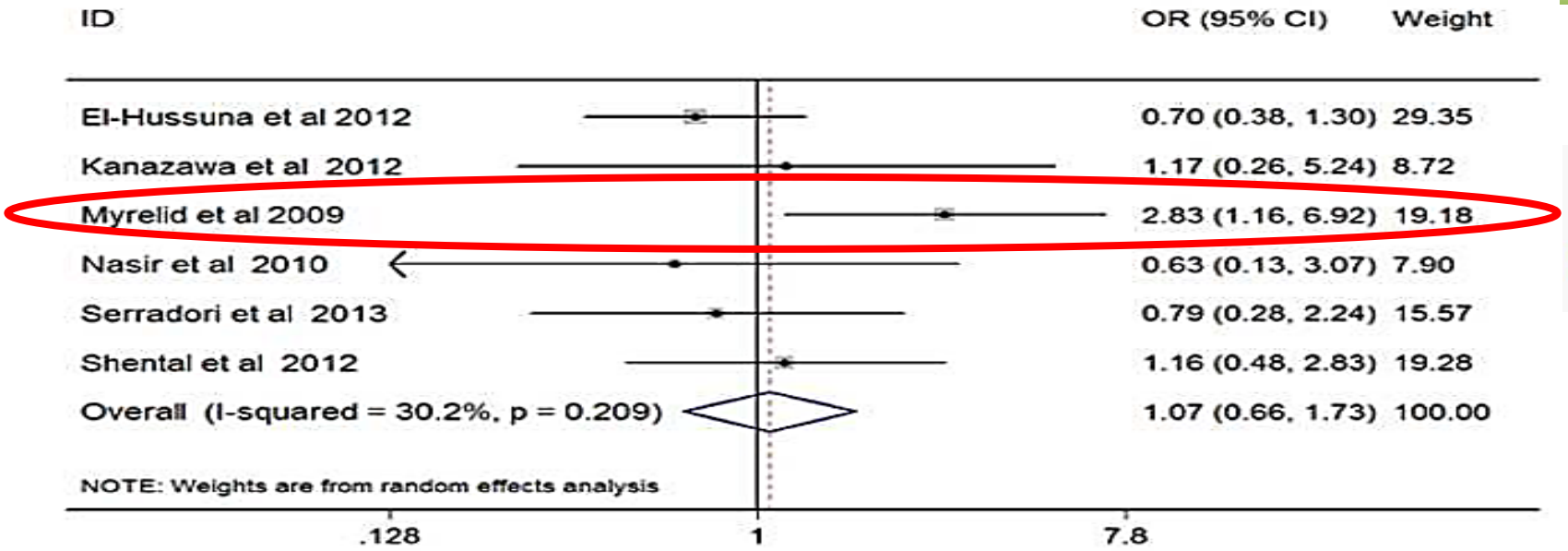
3.2.3. ECCO-ESCP Statement 2K

Thiopurines can safely be continued in the perioperative period and beyond [EL2]

2019

of tapering down steroids whenever possible prior to surgery. Conversely, thiopurines can be safely continued perioperatively[7,11,18,58-62]. A staged procedure with a temporary

L'azathioprine en péri-opératoire



Si contexte septique préopératoire: abcès / fistules

➔ *Arrêt de l'azathioprine 2 à 4 semaines avant le geste chirurgical en dehors de toute urgence*

Cas clinique

- Devrait-on arrêter l’azathioprine en préopératoire?

1/ Oui

2/ Non

Cas clinique

Par rapport à l’anti-TNF (IFX), le choix du moment de l’intervention dépendrait idéalement du:

1/ Délai par rapport à la dernière perfusion

2/ Taux résiduel d’anti-TNF

3/ Taux d’anticorps anti-TNF

4/ Seules les réponses A et B sont justes

5/ Aucun paramètre

Anti-TNF en pré-opératoire
et risque de complications post-opératoires

Le choix du moment du geste chirurgical dépend

de l’impact des anti-TNF sur le risque de

complications post-opératoires

au cours de la MC

Anti-TNF en pré-opératoire et risque de complications post-opératoires

Contents lists available at ScienceDirect
International Journal of Surgery
journal homepage: www.journal-surgery.net

Original research

Preoperative infliximab use and postoperative complications in Crohn's disease: A systematic review and meta-analysis

OR= 1,45 (1,04 - 2,02)

AP&T Alimentary Pharmacology and Therapeutics

Meta-analysis: peri-operative anti-TNFα treatment and post-operative complications in patients with inflammatory bowel disease

OR= 1.56 (1.09 - 2.24)

Available online at www.sciencedirect.com
ScienceDirect

REVIEW ARTICLE

Preoperative use of anti-TNF therapy and postoperative complications in inflammatory bowel diseases: A meta-analysis

OR= 1.45 (1.03 - 2.05)

REVIEW ARTICLE

Anti-tumor Necrosis Factor and Postoperative Complications in Crohn's Disease: Systematic Review and Meta-analysis

OR= 1.45 (1.03 - 2.05)

Kopylov et al, Inflamm Bowel Dis 2012
Narula et al, Aliment Pharmacol Ther 2013
Yang et al, Am J Gastroenterol 2014
Billioud at al, J Crohn's colitis 2013

Anti-TNF en pré-opératoire et risque de complications post-opératoires

ANNALS OF SURGERY

The Impact of Preoperative Serum anti-TNFα Therapy Levels on Early Postoperative Outcomes in Inflammatory Bowel Disease Surgery

- Un taux **d'anti-TNF > 3ug/mL** au moment de la chirurgie était associé à surrisque de complications infectieuses post-opératoires au cours de la MC.

Lau et al, Ann Surg 2015

Anti-TNF en pré-opératoire
et risque de complications post-opératoires

JCC
JOURNAL of CROHN'S and COLITIS

2018

2.2.2. ECCO-ESCP Statement 1B

Anti-TNF therapy is associated with higher postoperative septic complications after abdominal surgery for CD. The safest period for omission of anti-TNF therapy is unknown [EL2]

Anti-TNF en pré-opératoire et risque de complications post-opératoires

Plusieurs limites à ces études:

- Des études observationnelles rétrospectives+++
- Index d'hétérogénéité élevé : *type de MICI / molécule d'anti-TNF/ type de chirurgie/ délai de la chirurgie par rapport à la dernière perfusion*
- Définitions non standardisées des complications post-opératoires
- Plusieurs facteurs de confusion (sévérité de la maladie/ traitement immunosuppresseur associé)

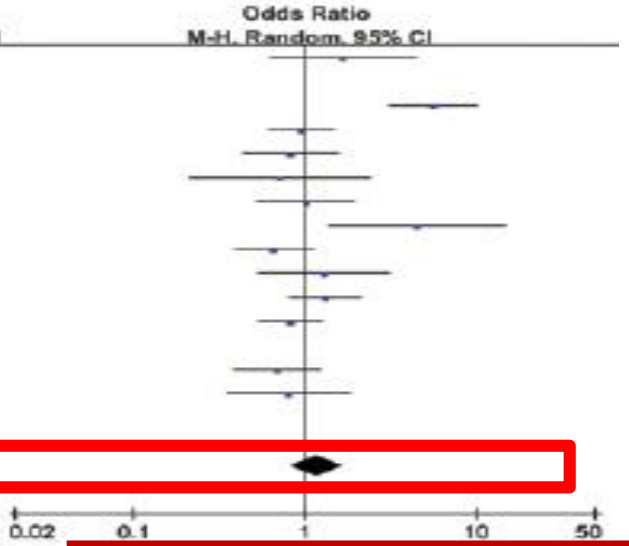
Anti-TNF en pré-opératoire et risque de complications post-opératoires

18 études observationnelles/ 5996 patients

Study or Subgroup	IFX Events	IFX Total	Control Events	Control Total	Weight	Odds Ratio M-H, Random, 95% CI
Appau KA et al 2008	12	33	11	43	6.0%	1.66 [0.62, 4.46]
Canedo J et al 2011	87	71	47	52		Not estimable
El-Hussuna A et al 2012	43	60	102	329	8.5%	5.63 [3.06, 10.34]
Indar AA et al 2009	42	119	91	251	9.5%	0.96 [0.61, 1.51]
Kasparek MS et al 2012	17	79	36	152	8.2%	0.82 [0.43, 1.58]
Kotze PG et al 2017	3	32	49	385	4.8%	0.71 [0.21, 2.42]
Lau C et al 2015	16	65	39	160	8.0%	1.01 [0.52, 1.98]
Lightner AL et al 2018	44	48	34	48	4.9%	4.53 [1.37, 15.01]
Marchal L et al 2004	49	107	59	105	8.9%	0.66 [0.38, 1.13]
Myrelid P et al 2014	20	40	17	39	6.6%	1.29 [0.53, 3.14]
Nasir BS et al 2010	47	111	67	187	9.4%	1.32 [0.81, 2.13]
Nørgård BM et al 2014	25	214	288	2079	9.7%	0.82 [0.53, 1.27]
Regueiro M et al 2011	161	150	158	175		Not estimable
Syrod A et al 2013	25	96	41	121	8.6%	0.69 [0.38, 1.24]
Yamada A et al 2017	16	73	13	50	6.9%	0.80 [0.34, 1.85]
Yamamoto T et al 2016	12	11	10	13		Not estimable
Total (95% CI)		**1309**		**4189**	**100.0%**	**1.17 [0.82, 1.66]**
Total events	619		1064			

Heterogeneity: Tau² = 0.28; Chi² = 44.23, df = 12 (P < 0.0001); I² = 73%

Test for overall effect: Z = 0.96 (P = 0.29)



OR= 1.17 (0.82 – 1.66)

Absence de surrisque de complications post-opératoires sous anti-TNF

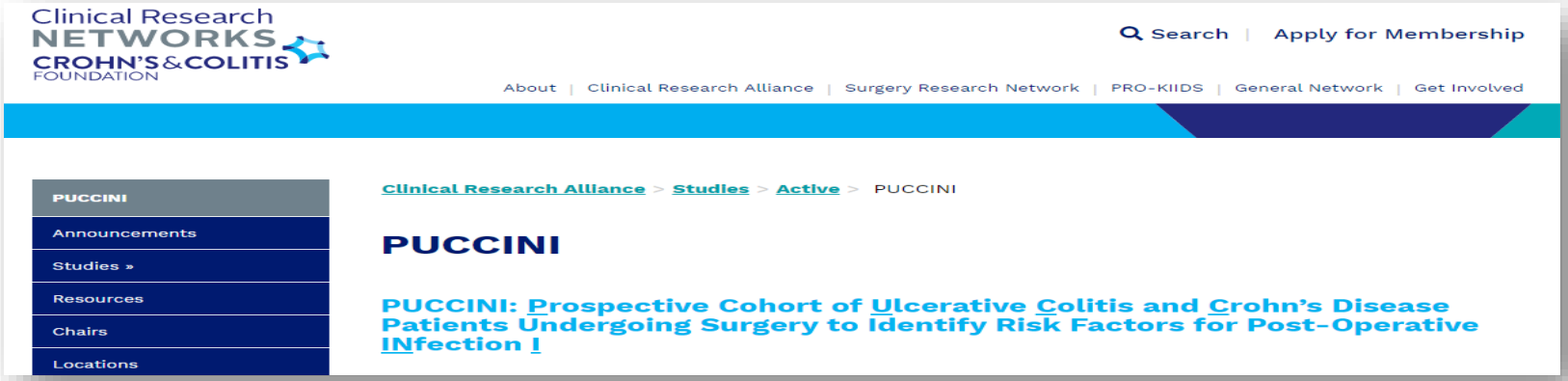
Yan Xu et al, Inflamma Boxel Dis 2019

Anti-TNF en pré-opératoire et risque de complications post-opératoires

- Essai contrôlé randomisé (USA) (2014 – 2017)
- N= 955 (MC et RCH)
- Evaluer l'association entre l'exposition pré-opératoire aux anti-TNF (12 semaines avant chirurgie) et le risque de complications post-opératoires infectieuses (infection tout venant et infection du site chirurgical / lâchage anastomotique)

Cohen et al, Gastroenterology(Supp1), 2019

Anti-TNF en pré-opératoire et risque de complications post-opératoires



Aucune association n' a été établie entre le risque de complications postopératoires infectieuses et:

1/ L'exposition pré-opératoire aux anti-TNF

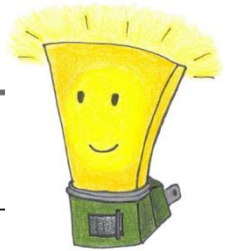
2/ Les taux sériques d'anti-TNF

Anti-TNF en pré-opératoire et risque de complications post-opératoires

2018

2.2.2. ECCO-ESCP Statement 1B

Anti-TNF therapy is associated with higher postoperative septic complications after abdominal surgery for CD. The safest period for omission of anti-TNF therapy is unknown [EL2]



2019

Statement 4.3 ECCO CD Treatment GL [2019]

Current evidence suggests that pre-operative treatment with anti-TNF therapy [EL3], vedolizumab [EL4], or ustekinumab [EL4] does not increase the risk of post-operative complications in patients with CD having abdominal surgery. Cessation of these medications prior to surgery is not mandatory

Comothérapie en pré-opératoire et risque de complications post-opératoires

Thiopurines seuls ➔ pas de surrisque

Anti-TNF seuls ➔ pas de surrisque mais vigilance!!

Combothérapie ➔ ??

Cas clinique

Par rapport à l'anti-TNF (IFX), le choix du moment de l'intervention dépendrait idéalement du:

1/ Délai par rapport à la dernière perfusion

2/ Taux résiduel d'anti-TNF

3/ Taux d'anticorps anti-TNF

4/ Seules les réponses A et B sont justes

5/ Aucun paramètre

Cas clinique

Notre patient est à 35 jours de sa dernière perfusion d'IFX.

L'azathioprine n'a pas été arrêté.

Il présente des syndromes subocclusifs à répétition.

➔ On décide de l'opérer.

On le propose pour une résection iléo-coecale avec une iléo-colostomie vu:

- L'état de dénutrition
- La combothérapie

Cas clinique

PRACTICE GUIDELINE

Clinical Practice Guideline for the Surgical Management of Crohn's Disease

2. Patients receiving therapy with anti-TNFs, high-dose glucocorticoids, and/or cyclosporine may warrant staged procedures because of concerns about postoperative complications; however, decisions should be individualized based on the patient's risk stratification, overall clinical status, and surgeon judgment.

Dis Colon Rectum 2015

Cas clinique

- Notre patient a eu sa résection iléo-coecale avec une iléo-colostomie.
- Suites opératoires simples
- La reprise de l’anti-TNF visant l’atteinte ano-périnéale est nécessaire

Cas clinique

Quel serait le délai minimal à respecter entre la chirurgie et la reprise de l’anti-TNF?

1/ 2 semaines

2/ 4 semaines

3/ 8 semaines

4/ 12 semaines

5/ Après le rétablissement de la continuité digestive

Anti-TNF en post-opératoire et risque de complications post-opératoires

Postoperative Infliximab Is Not Associated with An Increase in Adverse Events in Crohn's Disease

Essai contrôlé randomisé en double aveugle / MC

Résection intestinale

IFX 2 à 4 semaines après la chirurgie
(S0/S2/S6 puis / 8 semaines)

Placéo

Regueiro et al Dig Dis Sci 2011

Anti-TNF en post-opératoire et risque de complications post-opératoires

Postoperative Infliximab Is Not Associated with An Increase in Adverse Events in Crohn's Disease

Il n' y avait pas de différence significative entre les deux bras concernant les complications post-opératoires.

Regueiro et al Dig Dis Sci 2011

Anti-TNF en post-opératoire et risque de complications post-opératoires

La mise en route de l'anti-TNF dans les 2 à 4 semaines suivant une résection intestinale pour MC n'est pas associée à un surrisque de complications post-opératoires

Anti-TNF en post-opératoire
et risque de complications post-opératoires

L'interruption prolongée de l'anti-TNF serait associée à:

- *Une perte de l'efficacité thérapeutique*
- *L'apparition d'Ac anti-TNF neutralisants*

Cas clinique

Quel serait le délai minimal à respecter entre la chirurgie et la reprise de l’anti-TNF?

1/ 2 semaines

2/ 4 semaines

3/ 8 semaines

4/ 12 semaines

4/ Après le rétablissement de la continuité digestive

Cas clinique 2

- Patient âgé de 42 ans
- ATCD :RAS
- Tabagique : 15 PA
- **MC iléale localisée** en poussée modérée
- **Cure de corticoïdes: pleine dose x 6 semaines**
- Evolution : 1 à 2 selles/24h , prise de poids
- **Sous 25 mg /j de corticoïdes** , il consulte dans un tableau d'occlusion intestinale aigue

Cas clinique 2

- **Examen clinique :**

OMS =0 , apyrétique , IMC = 23 kg/m²

TA = 11/6 mmHg , pouls = 76 bat /min

Abdomen souple dépressible ,tympanique

- **Biologie :**

GB = 11000 E/mm³ ; Hb = 11g/dL Plq = 450000 E/mm³

CRP =20 mg/L

Glycémie = 6 mmol/L ,Créat =62 µmol/L

Cholestérol = 5 mmol/l , Albumine = 37 g/L

Cas clinique 2

- **Scanner abdominal :**

  Epaississement pariétal sténosant de la dernière anse iléale étendu sur 7 cm, dilatation des anses en amont, absence de collection

- Mise en place d'une sonde gastrique

  ➔ rétablissement du transit

Cas clinique 2

- 42 ans , tabagique
- Risque de dénutrition = 0
- Maladie de Crohn iléale sténosante localisée
- OIA sous 25 mg de corticoïdes

→résection iléo-caecale

Pour ce patient, quel serait le moment idéal pour proposer la résection chirurgicale ?

1 - N’importe quel moment

2 - Dose corticoïdes < 20 mg/j

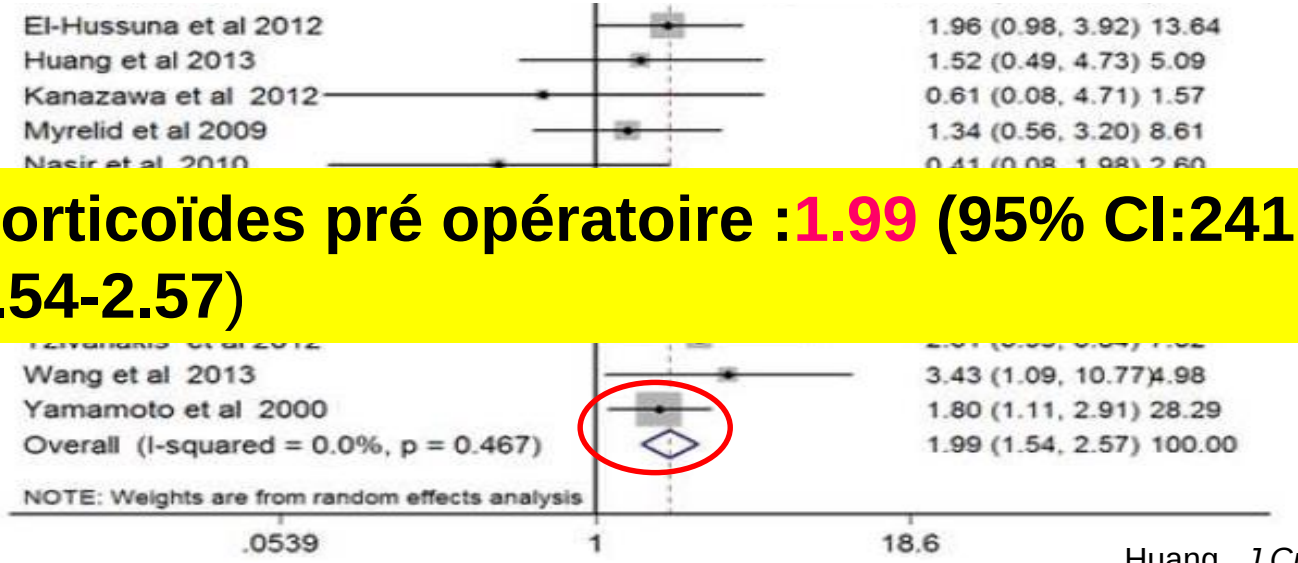
3 - Après l’arrêt des corticoïdes

Corticoïdes et complications post opératoires
Quel risque ?

Méta analyse : 13 études

MC: résection intestinale avec anastomose en un seul temps

Comp post op < 1 M (lâchage , abcès , fistule entero-cutanée)



Corticoïdes pré opératoire :1.99 (95% CI:241 1.54-2.57)

Huang . *J Crohns Colitis* .2017

Complications post opératoires et dose des corticoides

Complications post opératoires (< 1M) MICI sous Corticoïdes

Variable	Odds ratio	CI	*P* value
Age >median (39 years)	1.7066	0.6351–4.5863	0.289
Gender Male	1.2808	0.4812–3.4093	0.620
High-dose steroids * Yes	7.3048	1.4157–37.6921	0.017
Anti-TNF + high-dose steroids Yes	0.8438	0.0758–9.3973	0.890

* : > 20 mg / j (6 Se) / IV ≥40 mg/j (7j)

Rizzo. Int J Colorectal Dis .2011

Complications post opératoires et dose des corticoides

	OR complications infectieuses	OR complications infectieuses majeures *
Corticoïde	3,69 [IC 95% ,1.24–10.97]	5,54 [IC 95% ,1.12–27.26]
Corticoïde < 20 mg	2,56 [IC 95% , 0.68–9.61]	5,87 [IC 95%, 0.97–40.36]
Corticoïde 20-40 mg	3,12 [IC 95% , 0.93–10.49]	6,28 [IC 95% 0.9–38.2]
Corticoïde > 40 mg	9,16 [I>C 95% 1.51–55.42]	18,94 [IC 95% 1.7–207.3]

* infection de la plaie , sepsis , pneumonie , péritonite , abcès intra abdominal

Aberra et al . Gastroenterology .2003

Recommandations

ECCO 2019

Preoperative corticosteroid use is associated with **increased** risk of postoperative **complications** [EL3].

Preoperative reduction of corticosteroid doses may reduce postoperative complications but should be **monitored carefully** to avoid increasing disease burden [EL4]

Pour ce patient, quel serait le moment idéal pour proposer la résection chirurgicale ?

1 - N'importe quel moment

2 - Dose corticoïde < 20 mg/j

3 - Après l'arrêt des corticoïdes

Cas clinique 2

- Dégression des corticoïdes: 5 mg/ semaine

- **Sous 10 mg /j** , le patient a présenté de nouveau une occlusion qui n'a pas cédé sous aspiration naso-gastrique, on a alors décidé de l'opérer

La résection iléo-caecale est indiquée , pourrait- on réaliser une anastomose iléo-colique dans le même temps opératoire ?

1 - Oui

2 - Non

Recommandations

PAS D'ETUDES : comparaison anastomose en **1 seul VS 2 temps** chez les patients atteints de MC sous corticoïdes

↑ Risque de lâchage sous corticoïdes

ECCO CD 2019 :
A temporary stoma should be considered **if steroids cannot be withdrawn or significantly reduced** prior to surgery [EL5]

➔ stomie temporaire si
✓ dose élevée de corticoïdes
✓ **ET/OU autre FDR de lâchage** (sepsis , **tabac** , malnutrition)

La résection iléo-caecale est indiquée , pourrait- on réaliser une anastomose iléo-colique dans le même temps opératoire ?

1 - Oui

2 - Non (***tabagisme + 10 mg /j de corticoïdes)***

Corticoïdes en péri-opératoire : dose de stress ?

Corticoïdes au long cours :
inhibition de l'axe hypotalamo- hypophysaire

Chirurgie = stress pour l'organisme
Risque potentiel d' ISR II aire

Dose de stress de corticoïdes (péri-op) : forte dose d' HSHC

MAIS

Revue de la littérature de Khazen et al (2018) :

<u>AUCUN bénéfice</u> de la dose de stress

Corticoïdes en péri –opératoire: dose de stress ?

BSG 2019 :

There is **no value** increasing **steroid dosage to cover stress** in the perioperative period, as shown in a randomised trial in IBD surgery and case series.

- **ECCO 2019 :** pas de position claire

Corticoïdes en péri-opératoire

Statement 109.
We recommend that **IBD** patients who have been on oral **corticosteroids for more than 4 weeks** prior to surgery should receive an **equivalent intravenous dose of hydrocortisone** while nil by mouth in the peri - operative period

(GRADE: strong recommendation, moderate-quality evidence
Agreement: 100%)

5 mg Prednisolone = 20 mg hydrocortisone = 4 mg methylprednisolone

BSG.2019

Corticoïdes en post opératoire

Prednisolone pré – opératoire	Dose initiale après chirurgie	Protocole de dégression
5-20 mg/J	Même dose avant chirurgie	5mg /3j
> 20 mg/j , < 3 Se	≠	5mg/3j
> 20 mg/j , > 3 Se	≠	10 mg/ semaine jusqu'à 20 mg Puis 5mg/semaine Puis 5 mg /j pendant 2 Se Puis 2,5 mg/j pendant 2 Se

* Protocole proposé si résection de tous les segments atteints

BSG.2019

Take home messages

- Evaluation nutritionnelle en préopératoire:

  ➔**BMI, % de perte de poids, NRS (ou autre score validé) au moins**

- Si dénutrition ➔ Nutrition entérale exclusive (pas assez de preuves convaincantes!), sinon nutrition parentérale

Take home messages

- **Corticoides**: à arrêter avant la chirurgie, sinon pas d'anastomose si dose > 20 mg/j ou association au tabagisme/ dénutrition/sepsis
- **Azathioprine**: peut être continué
- **Anti-TNF** : peuvent être continués (*mais vigilance!)*
- **Combothérapie**: pas de données