

Colites inflammatoires

Introduction : définitions

Colite : inflammation de la muqueuse colique

Entérocolite : inflammation de la muqueuse intestinale

- L'atteinte colique : segmentaire, multi-segmentaire ; pancolique.

- Elles évoluent sur un mode : aigu ou chronique.

- peuvent toucher la muqueuse ou s'étendre dans les différentes couches de la paroi colique, voire son environnement.

- étiologie : - **infectieuses** : bactéries; virus; parasites; mycose

- **iatrogène** : médicamenteuse (laxatifs , antibiotiques) , radique

- **ischémiques**

- **inflammatoires** : cryptogéniques , primitive

maladies inflammatoires chroniques d'intestin

Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) :

maladies idiopathiques caractérisées par **une inflammation chronique de l'intestin.**

d'étiologie imprécise, évoluant par **poussées et rémissions**

02 grandes affections : **la maladie de Crohn (MC)**

rectocolite hémorragique (RCH).

caractéristiques **cliniques et pathologiques** distinctes mais il existe certain chevauchement.

La pathogénèse : partiellement connue à ce jour.

Des facteurs **génétiques** et **environnementaux** tels qu'une modification de la flore bactérienne intraluminaire et une perméabilité intestinale accrue jouent un rôle dans la dérégulation de l'immunité intestinale, avec pour effet des lésions gastro-intestinales.

B. Historique

- décrites dès le deuxième siècle après J.-C. par les médecins grecs.

- En 870: le roi Alfred d'Angleterre (849 -901) : MICI ?.

- Louis XIII (1601-1643) : maladie de Crohn ?

- **La maladie de Crohn** :

- décrite en **1932** dans « Journal of the American Medical Association » par les Docteurs **B. Crohn**, L. Ginsberg et G.D. Oppenheimer comme iléite terminale (atteignant l'iléon).

recto-colite ulcéro-hémorragique:

le premier cas décrit fut reporté en **1859** par Sir **S. Wilks** dans « London Medical Times and Gazette» suite à l'autopsie d'une jeune femme, *Isabella*, dont le décès avait été attribué à un empoisonnement (Wilks, 1859).

En 1875, Wilks et Moxon furent les premiers à la présenter comme pathologie non infectieuse (Wilks S, 1875).

Prévalence :

MICI : en France 160/100 000 habitants MICI

60% de MC et 40 % de RCH

Age de début: pic d'incidence chez le **sujet jeune**

MC : 20-30 ans

RCH : 30-40 ans ; 2eme pic 50-60 ans

10 % de forme pédiatrique

Répartition géographique :

- touchent principalement les caucasiens
- gradient décroissant nord-sud
- population juive +++

Incidence: globalement stable depuis 20 ans.

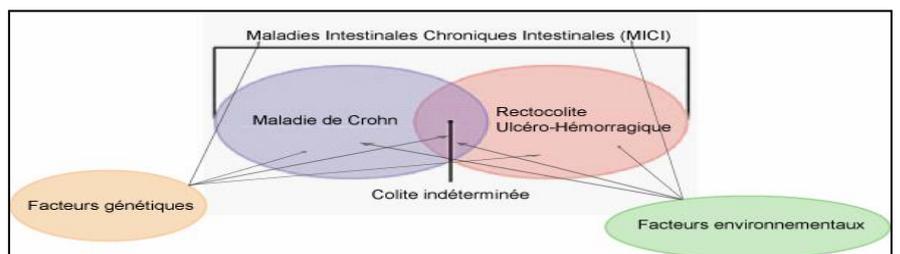
Sex ratio: - MC prédominance féminine (Sex ratio (f/h)= 1,22)

- RCH prédominance masculine (Sex ratio (f/h)= 0,74)

LA PHYSIOPATHOLOGIE :

- mal connue

- facteurs génétiques , des anomalies de la réponse immune, des facteurs environnementaux.



1. Les facteurs génétiques :

- jumeaux homozygotes : risque 50% de développer une MC
 10% de développer une RCH
- Rechercher des mutations / l'analyse de l'ADN sanguin.
 - mutations du gène **CARD 15** : n'a pas d'intérêt dans le dépistage. La faible sensibilité.
 - intérêt pour prédire de la gravité de la MC et/ou de sa sensibilité au traitement (reste à démontrer).

2. La réponse immunitaire :

Face à la difficulté diagnostic: En pratique, on utilise les anti-corps dirigés contre une levure alimentaire :

- AC anti -*Saccharomyces cerevisiae* appelés **ASCA**
- AC anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles de type péri nucléaire : **pANCA**.
- RCH : présence d'ANCA est associée à une maladie plus grave, résistante au traitement médical

spécificité et la sensibilité de ces marqueurs sont actuellement insuffisantes

Intérêt : préciser le cadre nosologique des colites indéterminées

3. Facteurs environnementaux

Le facteur le mieux identifié est le TABAC :

- Le tabac favorise le développement de la maladie de Crohn et aggrave son évolution.
- fumeurs : RR EST 2 fois plus élevé.
- évolution de la maladie plus sévère chez les fumeurs (même moins de 10 /j).
 - Fumeur : poussées +++
 corticothérapie +/- d'immunosuppresseurs.

Le TABAC : effet protecteur au cours de la RCH

4. Autres facteurs

Les facteurs alimentaires n'ont pas été clairement identifiés :

une consommation importante de saccharose (confiseries, pâtisseries, boissons sucrées) et/ou une diminution de la consommation de fibres alimentaires pouvaient favoriser l'apparition d'une maladie de Crohn.

Les contraceptifs oraux :

risque de **1,3** dans la survenue de maladie de Crohn. Mais cela reste à confirmer.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :

les AINS pouvaient révéler et déclencher des poussées de maladie de Crohn

Ils sont le plus souvent déconseillés chez un patient porteur d'une maladie de Crohn

L'appendicectomie : effet protecteur de la RCH en réduisant le risque de 70%

(si l'opération a lieu avant 20 ans et pour une appendicite).

ANATOMIE PATHOLOGIE :

<i>CROHN</i>	<i>RCH</i>
<p><u>Topographie des lésions :</u> Anus, rectum, colon, grêle, duodénum, estomac Atteinte discontinue</p> <p><u>Macroscopie :</u> intervalle de muqueuse saine asymétrie (bord mésentérique de l'intestin +++). Hétérogénéité lésionnelle. Type : érythème en plaque ou en bande, ulcération apthoïde superficielle ou profonde, fistules, sténoses, sclérolipomatose.</p> <p><u>Microscopie :</u> infiltrat lympho-plasmocytaire, granulome tuberculoïdes, conservation de la muco-secretion</p>	<p><u>Topographie des lésions :</u> Rectum toujours atteint, colon Atteinte continue</p> <p><u>Macroscopie :</u> pas d'intervalle de muqueuse saine, homogénéité des lésions. Type : aspect granité, fragile (sang en nappe), pus, glaires, ulcérations.</p> <p><u>Microscopie :</u> infiltration de polynucléaires (cryptiques), congestion (puits capillaires), diminution de la muco-secretion.</p>

Caractéristiques lésionnelles

	 RCH	 MC
Caractéristiques lésionnelles		
Topographie	• Rectum ± colon	• Tout le tractus digestif
Macroscopie	• Continues • Sans intervalle muqueuse saine • Symétriques	• Discontinues • Asymétriques
Microscopie	• Atteinte limitée à la muqueuse et à la sous-muqueuse	• Atteinte transmurale

DIAGNOSTIQUE CLINIQUE :

- Circonstances de découvertes :
- Signes digestifs de la maladie
- Signes extra-digestifs
- Complications
- Découverte fortuite

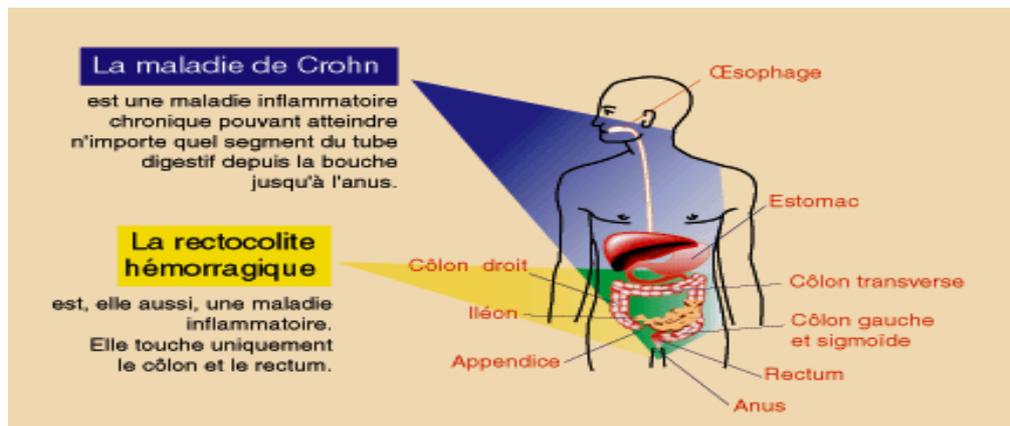
ATCD personnels

1. Poussées antérieures, profil évolutif
2. Manifestations proctologiques, extra-digestives
3. Prise médicamenteuse, séjour en pays tropical.

ATCD familiaux de MICI

manifestations ostéo-articulaires, cutanées

Mode de début, circonstances déclenchantes



CLINIQUE

Signes généraux :

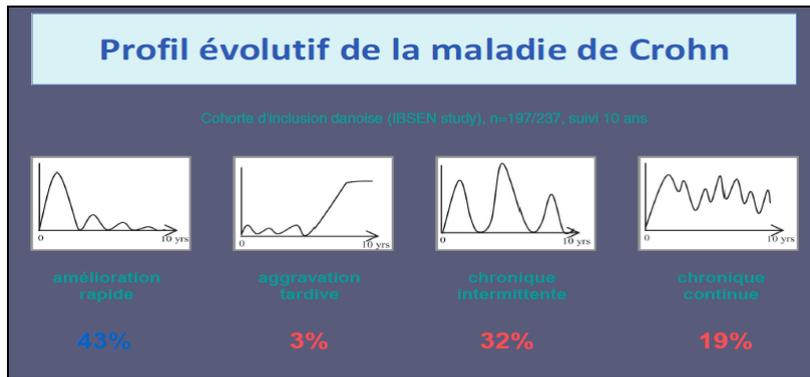
– Asthénie, amaigrissement : secondaire souvent à l'anorexie + diarrhée

- fébricule : surtout en cas de complication (abcès)
- Signes abdominaux :

– Douleurs abdominales : souvent FID : douleurs pseudo-appendiculaire , ou un syndrome de Koenig

– Diarrhée : souvent chronique , parfois glairo-sanglante

Réctorragie : rare ,surtout en cas de Crohn colique



- **Lésions ano- périnéales :**
- fissure : latérale ; multiples ; bipolaire
- Ulcérations anales
- Fistules : ano-vaginales ou ano-rectales
- sténose anales

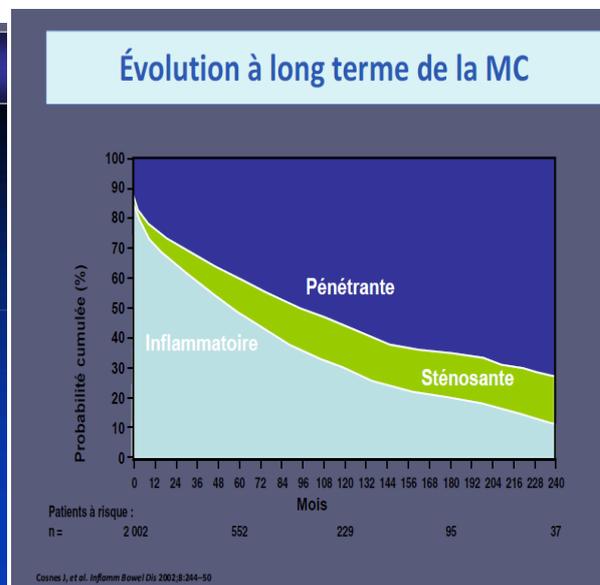
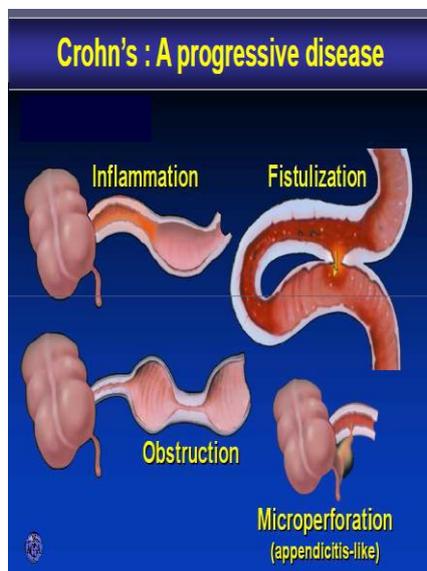
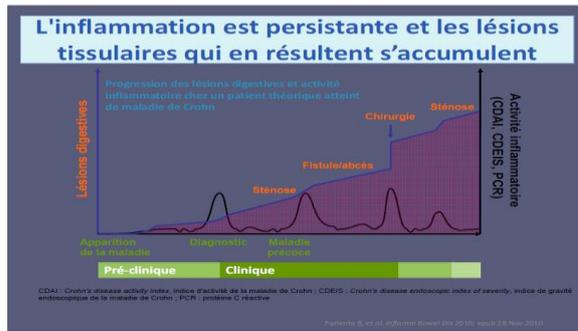


Table 2. Classifications de Vienne et de Montréal pour la MC.

	Vienne	Montréal
Âge de diagnostic	A1 : < 40 ans A2 : > 40 ans	A1 : < 16 ans A2 : 17 < âge < 40 ans A3 : > 40 ans:
Localisation	L1 : iléal L2 : colon L3 : iléo-colique L4 : en amont du tiers distal de l'iléon	L1 : iléal L2 : colon L3 : iléo-colique L4 : en amont du tiers distal de l'iléon
Intensité	B1 : non fistulisante, non sténosante B2 : sténosante B3 : fistulisante	B1 : non fistulisante, non sténosante B2 : sténosante B3 : fistulisante P : atteinte périanale



Score en cas de poussée

Table 3. Paramètres définissant le score CDAI dans la MC
Nombre de selles liquides
Douleur abdominale
Bien-être
Présence de symptômes liés à la pathologie (arthrite/arthralgie, uvéite, stomatite, fissure/fistule, fièvre)
Traitement de la diarrhée
Masse abdominale
Taux d'hématocrite
Perte de poids

CDAI = indice de best

Annexe 2. CDAI ou Indice de Best

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	Somme	Coefficient multiplicateur	Total
Nombre de selles liquides ou molles									2	
Douleurs abdominales : <ul style="list-style-type: none"> • absente = 0 • légères = 1 • moyennes = 2 • intenses = 3 									2	
Bien-être général : <ul style="list-style-type: none"> • bon = 0 • moyen = 2 • médiocre = 3 • mauvais = 4 • très mauvais = 5 									2	
Autres manifestations :										
arthrites ou arthralgies									20	
iritis ou uvéite									20	
érythème noueux, pyoderma, aphtes buccaux									20	
fissures, fistules, abcès anal ou périrectal									20	
autre fistule intestinale									20	
fièvre (> 38° dans la semaine)									20	
Traitement antidiarrhéique (l'opéramine ou opiacés) <ul style="list-style-type: none"> • non = 0 • oui = 1 									30	
Masse abdominale : <ul style="list-style-type: none"> • absente = 0 • douteuse = 1 • certaine = 5 									10	
Hématocrite* : <ul style="list-style-type: none"> • homme : 47 - Hématocrite • femme : 42 - Hématocrite 									6	
Poids* : 100 x (1-Poids actuel/Poids théorique)										
* Le signe doit être conservé donc ajout ou soustraction.										
									TOTAL	

Un CDAI inférieur à 150 correspond à une maladie de Crohn inactive ; compris entre 150 et 450 à une maladie de Crohn active ; supérieur à 450 à une maladie de Crohn sévère.

RCUH :

1. Signes généraux : mêmes

2. Signes digestives :

- Syndrome rectal : Faux besoin

- Réctorragie

- Evacuation de glaires.

En cas de poussée :

Critères de truelove et witts

Critère	Définition
Nombre d'évacuations sanglantes par jour	> 5
Température corporelle vespérale	≥ 37° 5 C les 4 derniers jours ou ≥ 37° 8 C au moins 2 des 4 derniers jours
Fréquence cardiaque	≥ 90/min.
Hémoglobiniémie	< 75 % de la normale (≤ 10,5 g/dL)
Vitesse de sédimentation à la première heure	> 30 mm

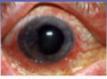
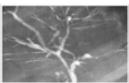
3.Complications : Colectasie, perforation colique, hémorragie , cancer colique

SYMPTÔMES	RCH	MC
Troubles du transit	<ul style="list-style-type: none">• Diarrhées fréquentes• Syndrome dysentérique• Syndrome rectal	<ul style="list-style-type: none">• Diarrhée
Rectorragies	<ul style="list-style-type: none">• Très fréquentes• Parfois associées à l'émission de pus, glaire ou mucus	<ul style="list-style-type: none">• Rares
Lésions anales	<ul style="list-style-type: none">• conséquence des diarrhées	<ul style="list-style-type: none">• Fissure, fistule, abcès
Douleurs	<ul style="list-style-type: none">• Fréquentes :<ul style="list-style-type: none">▪ Ténésme rectal▪ Épreinte▪ Faux besoins▪ Coliques	<ul style="list-style-type: none">• Douleurs abdominales fréquentes : localisées au niveau de l'hypochondre droit et en péri ombilical
Complications	<ul style="list-style-type: none">• Colite grave avec risque de perforation	<ul style="list-style-type: none">• abcès, fistule, sténose
État général	<ul style="list-style-type: none">• Asthénie, anorexie, amaigrissement et fièvre• Retard staturo-pondéral chez l'enfant	

RCUH / MALADIE DE CROHN

	MC	RCH
Localisations des lésions	Discontinues	Continues
Sténoses fibreuses	Oui	Non
Fistules	10%	jamais spontanées
Lésions anales	25%	absentes
inflammation	Transmurale	Muqueuse et s/s muq
Muco sécrétion	peu altérée	Diminuée
Granulome épithélioïde	Présent dans 30%	Absent

Plus de 25% des MICI développent des signes extra intestinaux

MANIFESTATIONS	Signes extra intestinaux
Rhumatologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Arthrites périphériques • Rhumatismes axiaux
Cutanées 	<ul style="list-style-type: none"> • Érythème noueux • Pyoderma gangrenosum • Aphetose buccale
Ophthalmologiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Iritis • Épisclérite • Uvéites
Hépatiques et biliaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Stéatose • Lithiase biliaire • Cholangite sclérosante primitive (CSP)

+ aphetose lésion cutanée

Diagnostic différentiel

Maladie de Crohn	RCUH
<ul style="list-style-type: none"> - TBC iléo-colique - Lymphome iléo-colique - Infections : <u>yersiniose...</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Infections (bactéries, parasites, virus) - Toxiques (médicaments...) - Colite Radique - Colite Ischémique - Tumeurs - Troubles fonctionnels digestifs

Endoscopie

Imagerie

Echographie AP ; entéro-scanner ; entéro-IRM

- L'atteinte murale: épaissement pariétal modéré (10- 20mm) circonférentiel, symétrique et souvent régulier.

- L'extension extra murale : infiltration ;inflammatoire de la graisse péri digestive objectivée par l'augmentation de la densité du tissu graisseux. Les

images en dents de peignes.. Les adénopathies mésentériques peuvent être observées, leur taille est inférieure à 1cm, au delà de cette taille, une complication à

type de lymphome ou cancer doit être suspectée.

- La recherche des complications :

Abcès (15 à 20 %), secondaires à une fistule entérale ou colique.

Fistules (20 à 40 %), de siège variable

L'ASP:

– Pneumopéritoine si perforation

– Pneumatose pariétale

- Colectasie

Echographie AP:

- Épaississement pariétal

- Infiltration péricolique

TDM AP ou IRM AP

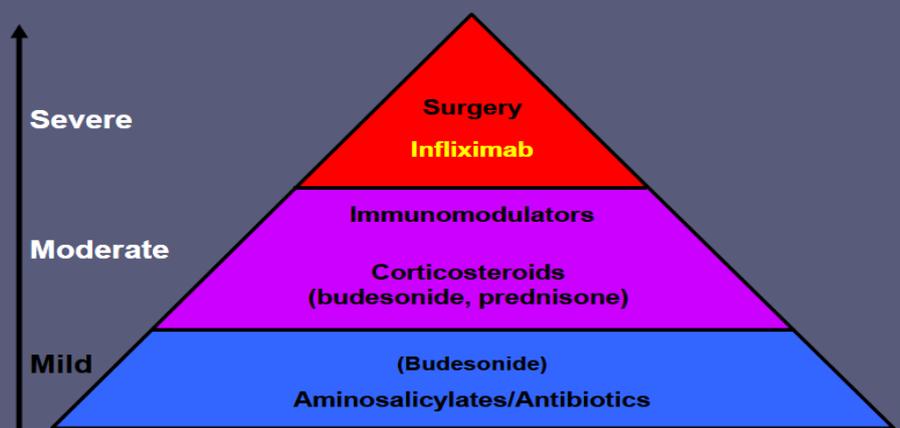
- Épaississement pariétal

- Rechercher des complications

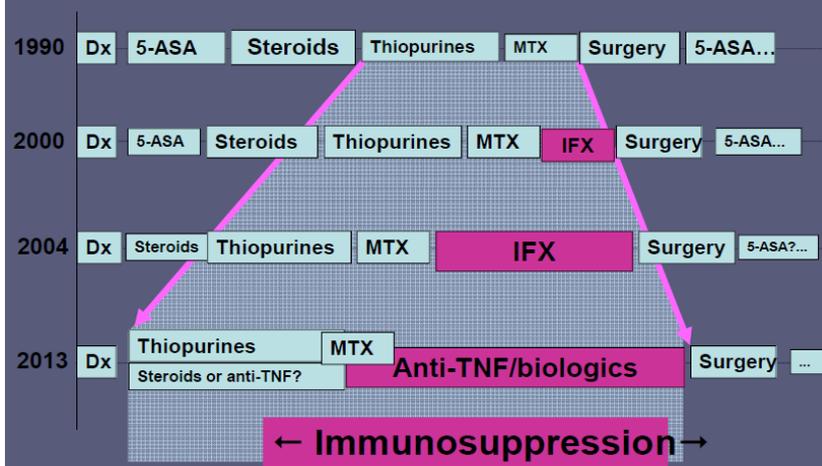
Classes thérapeutiques dans les MICI

traitements		RCH	MC
Anti-inflammatoires	SZP,5-ASA	++	+/-
	Systemic steroids	+++	+++
	Topic oral steroids (budesonide)	-	++
Immunosuppresseurs	Azathioprine, 6-Mercaptopurine	+++	+++
	Methotrexate	+/-	++
	Cyclosporine	++	+/-
Biotherapies	Infliximab	+++	+++
	Adalimumab	+++	+++

The pyramid of IBD therapy



Shifting the paradigm...



PLACE DE LA CHIRURGIE

Crohn

Échecs, inefficacité ou contre indications du traitement médical en cas :

- Sténose iléale « sèche »

symptomatique (+++)

-Forme perforante

- Abscès, fistule interne (vessie, sigmoïde)
- Lésions ano- périnéales

- Moins fréquemment: péritonite

- Plus rarement:

Colite aiguë grave, cancer colorectal

la chirurgie expose à des

conséquences:

- Nutritionnelles: Grêle court après résection étendue du grêle
- Psychologiques: Stomie

- Fonctionnelles: Selles diarrhéiques très fréquentes



RCUH

3 indications différentes:

- La colite grave

- La colite résistante au Trt médical

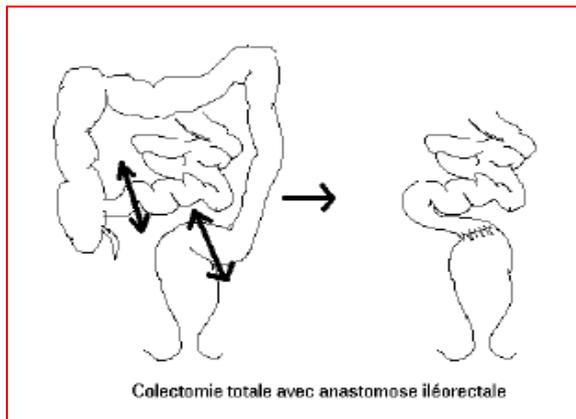
- La dysplasie ou le cancer colique

Colectomie sub totale + L'anastomose Iléorectale :

- Meilleur résultat fonctionnel

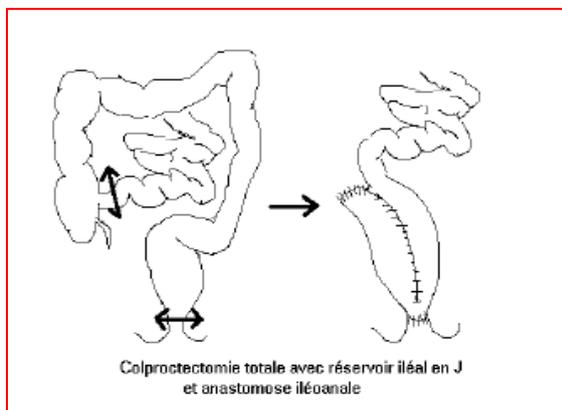
- Pas de risque génital (homme)

- Pas d'infertilité (femme)



Colectomie totale + L'anastomose Iléo-anales :

- Est un traitement définitif de la maladie
- Supprime tout risque évolutif (cancer)
- Le résultat fonctionnel est acceptable
- Risque d'infertilité (jeune femme)



CONCLUSION

- MICI: maladies chroniques
- Amélioration du diagnostic et du suivi grâce aux outils endoscopiques
 - But du traitement: rémission complète (clinique et muqueuse endoscopique)
 - But à long terme: prévenir la survenue du cancer colique
 - Immunomodulateurs: balance bénéfice-risque
- Nécessité d'un suivi : clinique, biologique, endoscopique et radiologique régulier tout au long de la vie: accompagner les transitions (enfants-adultes)