

# Prise en charge des atteintes de digestives de la sclérodermie systémique

Luc Mouthon

Service de Médecine Interne, hôpital Cochin,  
Centre de Référence Maladies systémiques autoimmunes rares d'Ile de France  
Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris  
Université Paris Descartes, Inserm U1016, Institut Cochin, Paris



Skin sclerosis > 90%

Interstitial lung disease 40%

Pulmonary arterial hypertension 10%

Gastro-intestinal complications 90%

Musculoskeletal involvement 65%  
(myositis 5%)

Renal crisis 5%



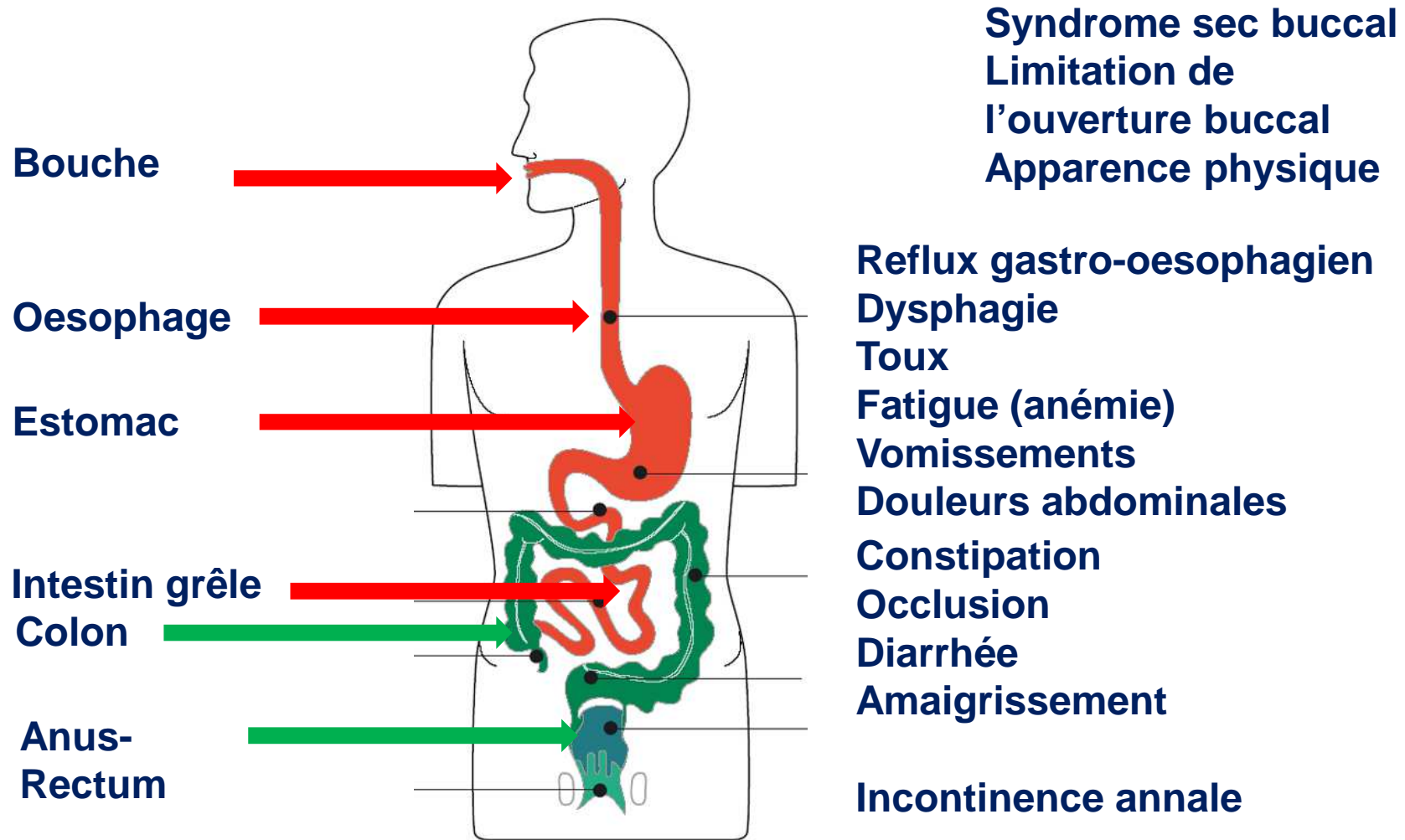
Raynaud's 90%

Calcinosis 23%

Digital ulcers 40%

# Sclérodermie systémique

## Atteinte digestive: symptômes



# Prévalence des principaux symptômes digestifs au cours de la ScS

<b>Symptômes</b>	<b>Prévalence (%)</b>
RGO	50-80
Dysphagie	50
Douleurs et/ou ballonnement abdominal	20-30
Diarrhée	20
Constipation	30
Incontinence fécale	7-88

# **Atteintes digestives: quelles explorations**

- Œsophage: FOGD, manométrie
- Estomac: FOGD, scintigraphie
- Grêle: recherche malabsorption, manométrie, TDM.... Transit du grêle
- Colon: TDM
- Anus-rectum: manométrie ano-rectale

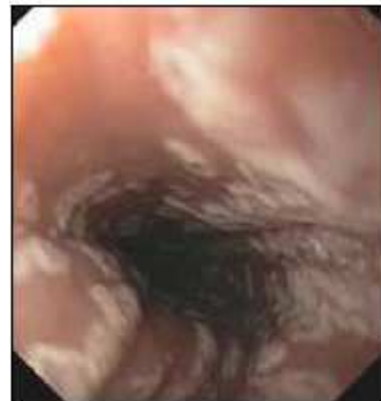
# Reflux gastro-œsophagien

- Symptôme digestif le plus fréquent au cours de la ScS
  - Manométrie œsophagienne inutile si patient symptomatique
- Complications (attention si dysphagie ++):
  - œsophagite (dans 60% des endoscopies digestives)
  - saignement chronique
  - sténose peptique: 2 à 48% des patients (~10%)
  - EBO: 13% en cas d'endoscopie systématique
  - adénocarcinome: ~0,5% et par an pour un patient avec EBO
- Pas de corrélation stricte entre l'intensité des symptômes de RGO et l'existence d'une œsophagite
- Surveillance recommandée:
  - rechercher un EBO en cas de RGO chronique
  - surveillance régulière des patients ayant un EBO

# Endoscopie digestive

## Complications du RGO

- Œsophagite
- Hémorragie
- Infections (candida)



# Traitement du RGO

Mesures hygiéno-diététiques et posturales

Antisécrétoires (IPP) à la dose de 20-80mg/j

Prokinétiques (métoclopramide)



# Mesures hygiéno-diététiques

## Règles posturales

- Repas fractionnés
- Réduction/arrêt tabac, alcool, thé, café et chocolat.
- Consultation auprès d'un(e) diététicien(ne)
- ETP
- Surélévation de la tête du lit, évitement du décubitus durant les 3 heures suivant les repas.

# RGO: Prokinétiques

## Métoclopramide et dompéridone

- avec prudence
- à posologie minimale
- risque d'allongement du QT pour la dompéridone
- au moins 30 minutes avant le repas.
- 2014, domperidone, ANSM a informé les professionnels de santé afin qu'ils prescrivent à la dose efficace la plus faible possible et pour une durée de traitement la plus courte possible (< une semaine).
- Certains patients en tirent cependant bénéfice sur le long cours.

# RGO: dilatations endoscopiques

- Dilatations endoscopiques si sténoses peptiques résistantes au traitement médical.
- La chirurgie anti-reflux n'a pas d'efficacité démontrée.

# Atteinte gastrique au cours de la ScS

- **Gastroparésie:**
  - Satiété précoce
  - Nausées, vomissements post-prandiaux tardifs
  - Douleurs épigastriques
  - Latente
  - Confirmée par scintigraphie gastrique/manométrie
- **Ectasies vasculaires** (« estomac pastèque »)

# Gastroparésie

Douleurs abdominales et vomissements retardés

- Prise en charge diététique toujours nécessaire
  - fragmentation des repas
  - alimentation mixée)
  - régimes à faible teneur en résidus et supplémentation en vitamines recommandés sur des bases empiriques.

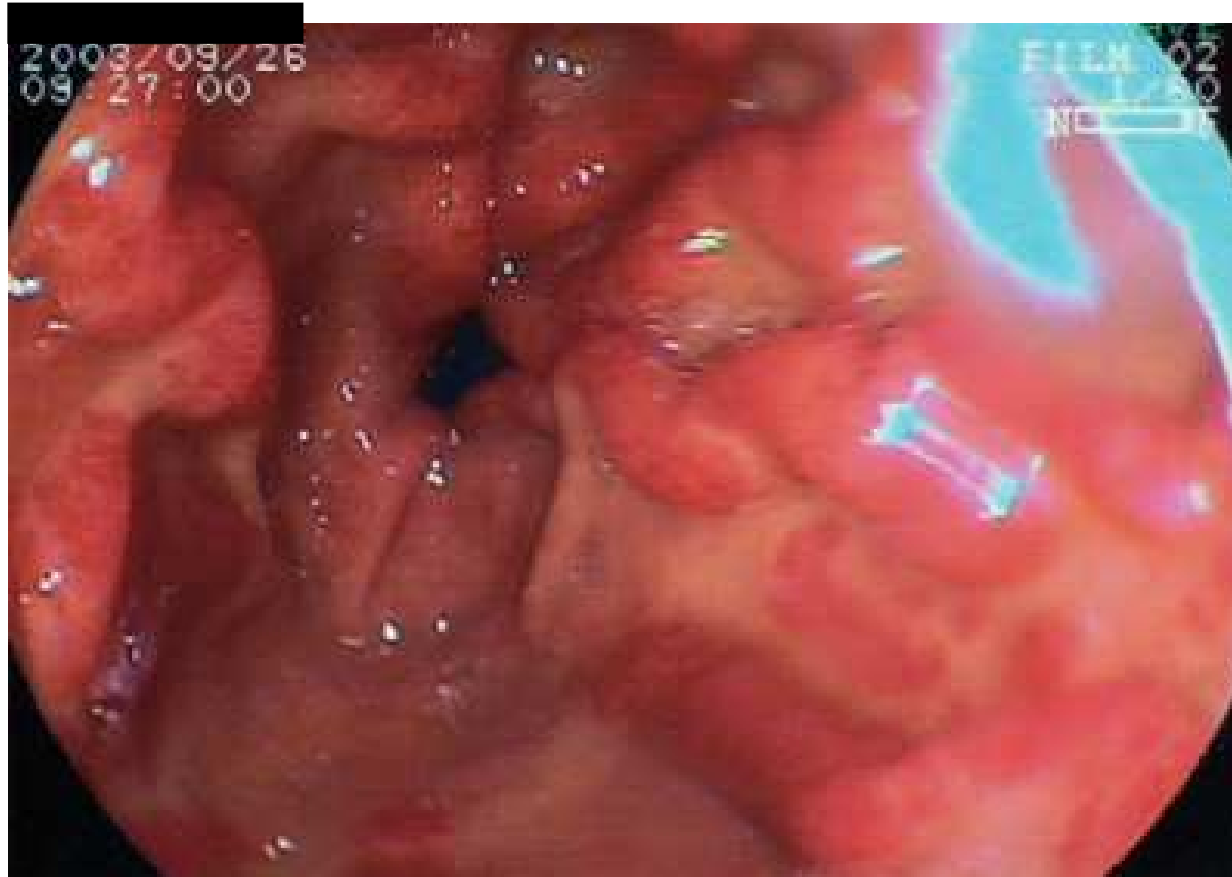
# Erythromycine et gastroparésie

- Agoniste des récepteurs gastriques de la motiline
- Augmentation des contractions antrales, accélération de la vidange gastrique
- Efficacité prouvée dans de petites séries de gastroparésies (diabète et ScS)
- Posologie : de 125 x 2/j à 250 x 2/j PO
- Si inefficace par voie orale, voie IV (1,5-3 mg/kg/6-8h)
- Tachyphylaxie possible après prise prolongée

# Gastroparésie

- Echec érythromycine:
  - acide clavulanique prokinétique pour l'estomac.
- Traitement prokinétique (métoclopramide ou métopimazine) buvable en l'absence de contre-indication neurologique et/ou électrocardiographique.
- Si dénutrition sévère: alimentation entérale (jéjunale) prolongée.

# Aspect endoscopique de l' « estomac pastèque »



## **Histologie:**

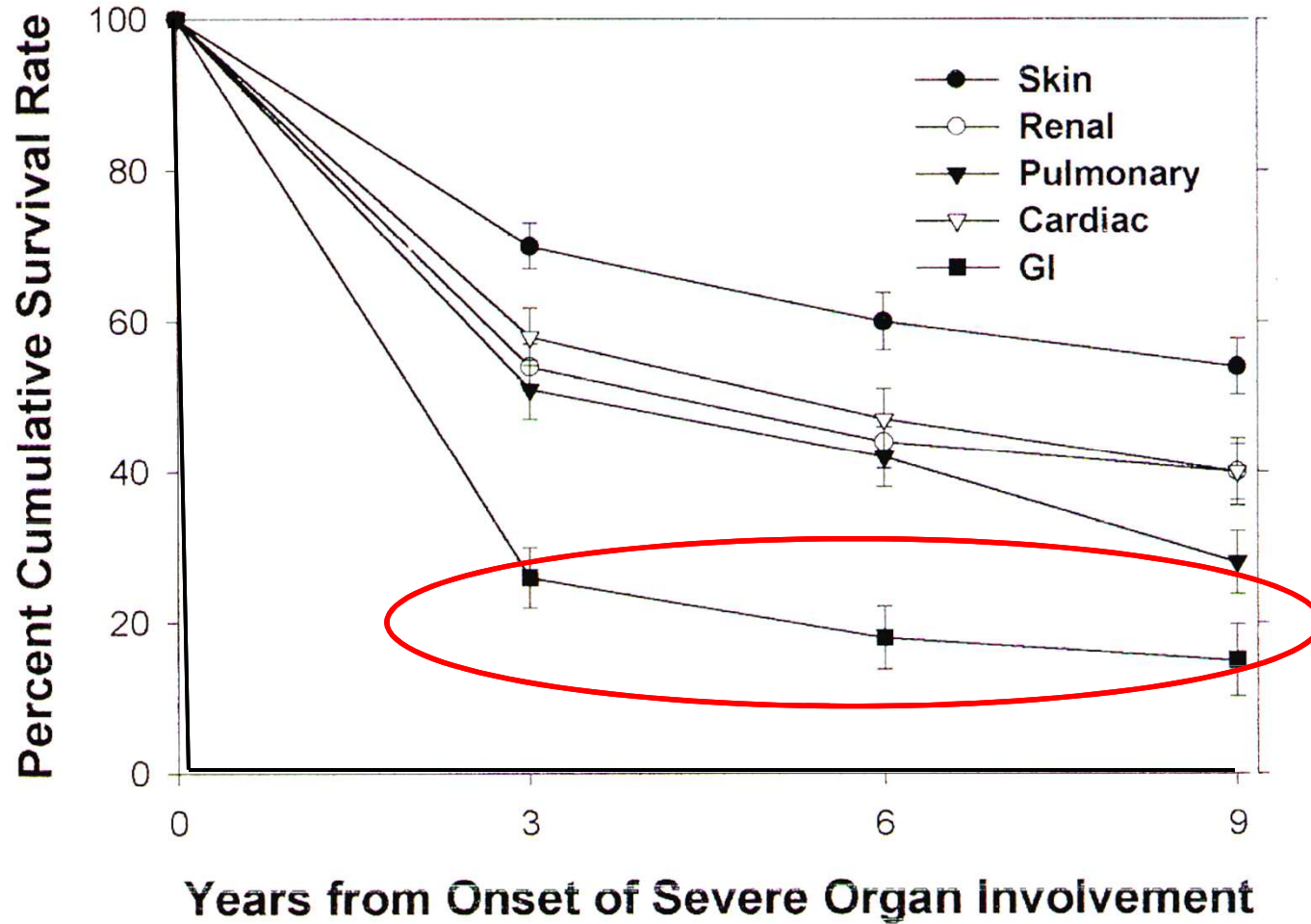
- dilatation des vaisseaux muqueux et sous muqueux
- thrombi intra capillaires
- hyperplasie fibromusculaire du chorion



# Traitement de l'estomac pastèque

- Traitement médical: fait appel aux inhibiteurs de la pompe à protons.
- Traitement endoscopique (coagulation par le plasma Argon, laser ND-YAG).
- En cas d'échec : l'antrectomie peut être indiquée.
- Surveillance endoscopique: effectuée tous les 3 ans.

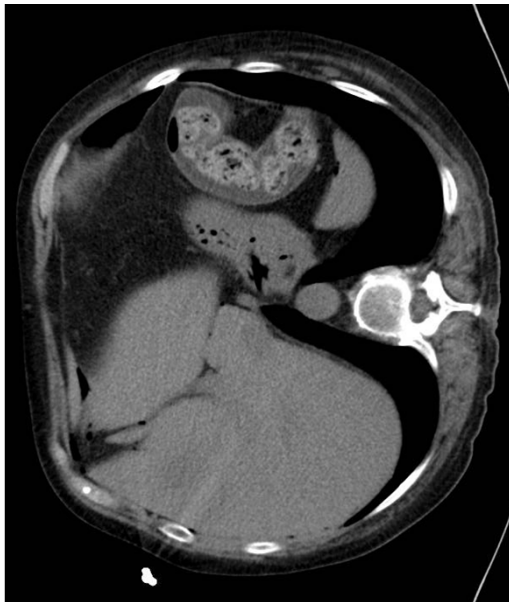
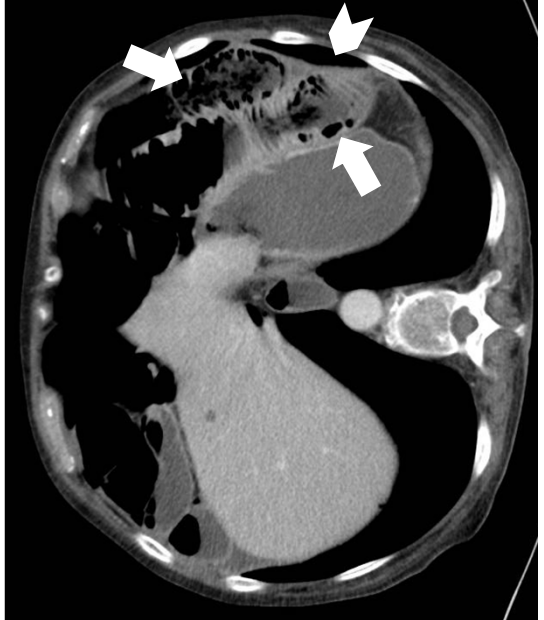
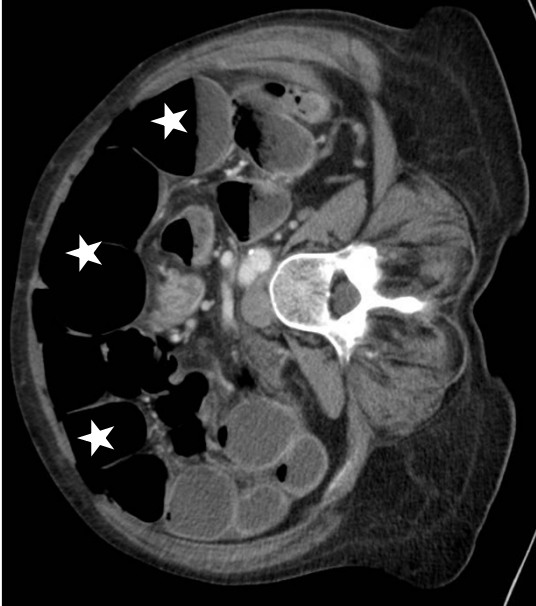
# Atteinte digestive au cours de la ScS



Steen, Arthritis Rheum, 2000

# Atteinte du grêle

- Pseudo-occlusion intestinale chronique (POIC):
  - douleurs abdominales
  - nausées et vomissements
  - constipation avec parfois un syndrome de Koenig
- Stase du bol alimentaire puis pullulation microbienne:
  - diarrhées
  - malabsorption avec carences vitaminiques
- Pullulation microbienne du grêle:
  - induite par l'hypopéristaltisme intestinal
  - et favorisée par les traitements anti-sécrétoires qui inhibent la sécrétion acide gastrique bactéricide
- Syndrome de malabsorption = 10 à 25% des patients



# Atteinte intestinale de la ScS : bilan diagnostique

<b>Eliminer une occlusion intestinale</b>	Scanner abdomino-pelvien Endoscopies digestives haute et basse Entéro-IRM
<b>Eliminer une infection</b>	Coproculture (y compris <i>Clostridium</i> ) Examen parasitologique des selles
<b>Eliminer d'autres causes de diarrhée et dénutrition</b>	Coprologie fonctionnelle avec stéatorrhée (insuffisance pancréatique exocrine) Clairance de l'alpha1 antitrypsine fécale (entéropathie exsudative) Test au rouge Carmin, TSH (diarrhée motrice)
<b>Eliminer des désordres électrolytiques</b>	Ca, P, K, Mg
<b>Evaluation nutritionnelle</b>	Poids, IMC Albumine, pré-albumine Fer, Zinc, Selenium Vitamines B1, B9, B12, A, D, E

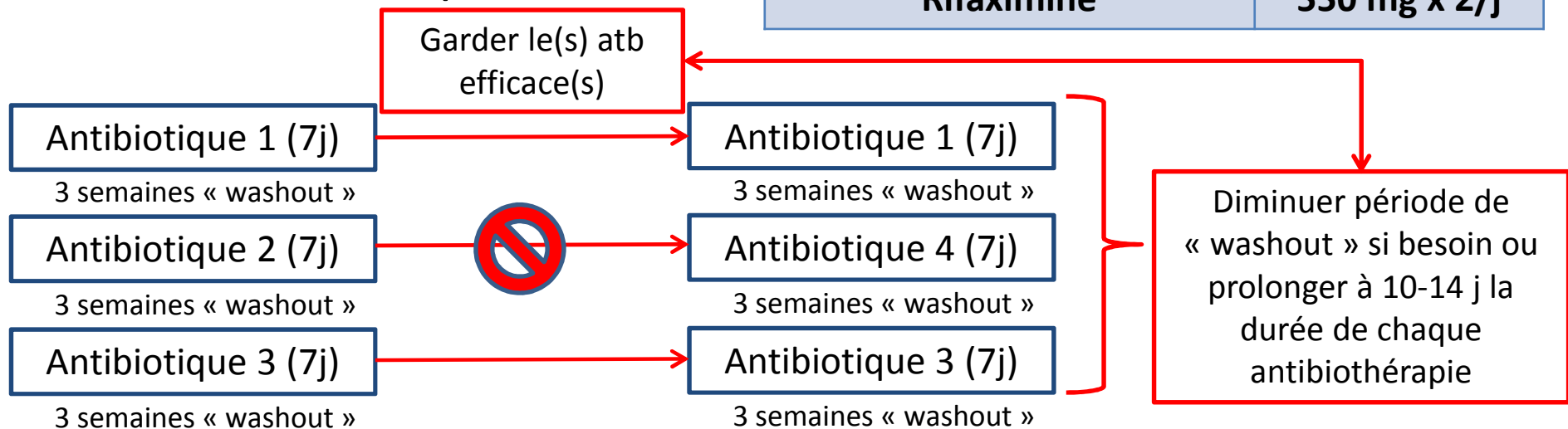
# Traitement de l'atteinte grêlique de la ScS (1)

- Traitement de l'hypomotilité intestinale:
  - Prokinétiques :
    - ! Plus l'intestin est dilaté, moins le médicament est efficace!
    - Metoclopramide 10 mg x 3/j
      - Souvent utilisé pour atteinte oesogastrique associée
    - Octreotide : action plus spécifique sur intestin grêle
      - Début à 50 µg/j sous-cutané
      - Augmenter à 50 µg x 2/j, maximum 100 µg x 2/j
      - Si perte d'efficacité, « wash-out » pendant 3 à 4 semaines
    - Pyridostigmine - Neostigmine
  - Mesures diététiques
    - Régime pauvre en fibres, pauvre en graisses, fractionnement des repas
  - En cas de pseudo-occlusion aiguë :
    - Aspiration naso-gastrique – hydratation intraveineuse – analgésie (sans opiacés)

# Traitement de l'atteinte grêlique de la ScS (2)

- Traitement de la pullulation microbienne:
  - Diagnostic clinique
  - Test respiratoire souvent inutile
  - Antibiothérapie alternée:

Amoxicilline	500 mg x 3/j
Norfloxacine	400 mg x 2/j
Doxycycline	100 mg/j
Metronidazole	250 mg x 3/j
Gentamycine	80 mg/j
Cotrimoxazole	800 mg x 2/j
Amoxicilline-clavulanate	500 mg x 2/j
Rifaximine	550 mg x 2/j



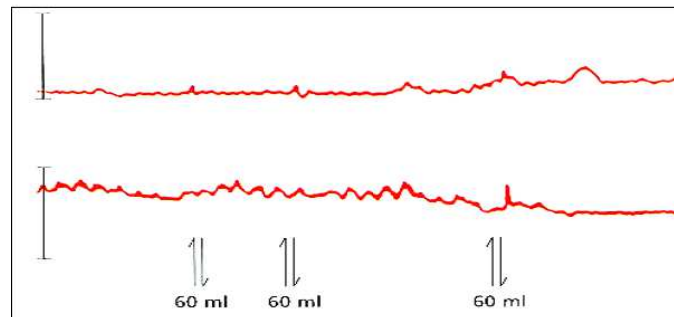
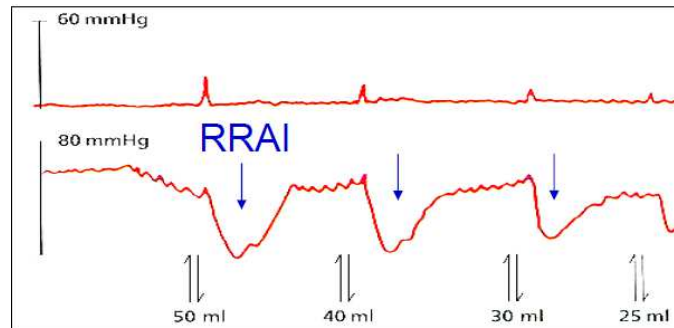
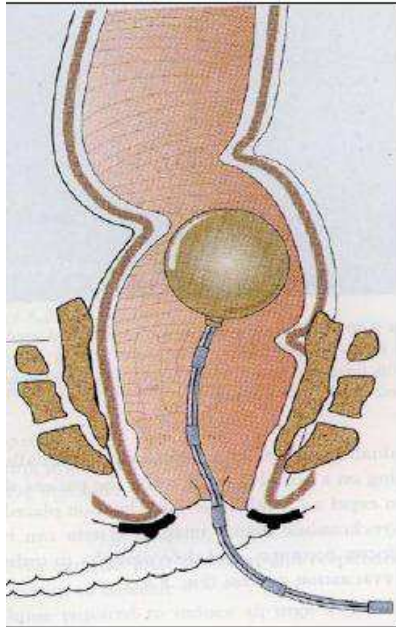
# Traitement de l'atteinte grêlique de la ScS (3)

- Traitement de la dénutrition :
  - Supplémentation des carences (vitamines, ions)
  - Compléments alimentaires oraux
  - **Nutrition parentérale** :
    - Catheter veineux central
    - Verrous antibiotiques
    - Centres spécialisés (si prolongée)



# Atteinte colo-rectale au cours de la ScS

- Constipation (30%)
- Occlusion
- Télangiectasies
- Incontinence fécale (7-88%) : fréquent, non évoqué
  - Manométrie ano-rectale : hypotonie et perte du réflexe
  - Rééducation difficile ; pas de chirurgie



# Atteinte digestive de la sclérodermie : Conclusion

- Atteinte fréquente :
  - 75 à 90% des patients sclérodermiques (indépendant de la forme cutanée)
- Atteinte potentiellement grave
  - Décès dans 6 à 12% des cas de ScS
  - A dépister systématiquement
- Atteinte potentiellement évolutive
- Atteinte de tous les étages du tube digestif
  - Prise en charge spécifique
  - Eviter à tout prix la chirurgie
  - Parfois difficulté diagnostique
- Impact sur la qualité de vie

