

LE MEGACOLON TOXIQUE DANS LA MALADIE DE CROHN

R. AFIFI, A. AOURARH, M. SEFRAOUI, F. MANSOURI, A. ESSAID, M.F. SEBTI.

RÉSUMÉ

Le mégacôlon toxique est une complication rare et grave de la maladie de crohn. À partir de la présentation d'un cas clinique particulier, les caractéristiques de cette pathologie sont étudiées.

Une revue de la littérature nous a permis de souligner la rareté de cette complication (4 - 6 %). Le mégacolon toxique se présente souvent dans les stades précoces de la maladie ou même lors de la première poussée. Il associe un syndrome toxi-infectieux sévère à une colectasie. Un traitement médical initial de courte durée et un traitement chirurgical sont nécessaires.

INTRODUCTION

Le mégacôlon toxique est une complication grave de certaines maladies coliques. Décrit initialement et classiquement dans la rectocolite ulcéro-hémorragique, il peut se voir aussi dans la maladie de Crohn. Nous rapportons un cas de maladie de crohn compliqué de mégacôlon toxique mortel.

OBSERVATION

Il s'agit de Mr H.D., âgé de 47 ans, père de 2 enfants, cuisinier, habitant Rabat. Il fut hospitalisé dans notre service pour bilan d'un syndrome dysentérique. Dans ses antécédents, on note deux épisodes de syndrome dysentérique en 1992 et en 1994 ayant régressé spontanément.

Le début de la maladie remonte à un mois avant son hospitalisation par l'apparition de diarrhées glairosanglantes à raison de 12 selles par jour, avec épreintes et ténésmes, ceci a évolué dans un contexte d'altération de l'état général avec amaigrissement chiffré à 10 Kg en 20 jours. Il présentait en outre des vomissements alimentaires. L'examen clinique à l'admission, trouva un patient en mauvais état général, fébrile à 38°C, alors que l'examen de l'abdomen est

sans particularité, le toucher rectal fût douloureux et le doigtier revint souillé de sang. Son bilan biologique fut perturbé. La formule numération sanguine révéla en plus d'une anémie hypochrome microcytaire (Hb : 10 g/dl), une hyperleucocytose à 18900 elts/mm³, à prédominance de polynucléaires neutrophiles. Le reste du bilan montra une hyponatrémie à 129 meq/l, et une hypoalbuminémie à 18,7 g/l. La coproculture a été négative, alors que l'examen parasitologique des selles découvrit des formes végétatives d'Entamoeba Histolytica. La rectosigmoïdoscopie montra, de 20 à 60 cm de la marge anale, de multiples ulcérations creusantes reposant sur une muqueuse fragile et congestive avec des ponts muqueux. L'étude anatomopathologique mit en évidence un aspect de colite chronique ulcérée granulomateuse compatible avec la maladie de Crohn. Le score de Best fut de 396 correspondant à une maladie de Crohn active. La gastroscopie révéla une hernie hiatale compliquée d'oesophagite ulcérate. Le patient fut mis sous alimentation parentérale stricte, avec triple antibiothérapie : Flagyl (500 mg, 2 fois par jour), Kéflin (1 g/3 fois par jour), et Gentalline (160 mg par jour). Une corticothérapie fut instaurée : Hydrocortisone 200 mg en IV, 2 fois par jour. Vingt jours plus tard, le patient accusa des douleurs abdominales intenses avec distension de l'abdomen et un état de choc. Un abdomen sans préparation réalisé en urgence mit en évidence une colectasie (Fig. 1 et 2). Le même traitement médical fut maintenu avec correction des troubles hydroélectrolytiques, ainsi qu'une surveillance clinique et radiologique rigoureuse. Devant l'échec du traitement médical après soixante douze heures, une colectomie totale fut pratiquée (Fig. 3). L'étude anatomopathologique de la pièce renforce le diagnostic (Fig. 4 - 5). Malheureusement le patient décéda en post opératoire immédiat dans un tableau de défaillance multiviscérale.

COMMENTAIRES

Décrit initialement par MARSHAK en 1950 (1), le mégacolon toxique constitue une complication rare de la mala-

die de Crohn (2). A côté de la rectocolite ulcéro-hémorragique, il peut se voir aussi dans les colites infectieuses : *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter species*, *Yersinia* et *clostridium difficile* (3, 4), et aussi au décours d'une chimiothérapie.

Sa fréquence est estimée entre 4 et 6 % (6, 7), il survient parfois au cours de la première poussée (20 %), mais le plus souvent dans les stades précoces de la maladie (7, 8). Les facteurs prédisposants (2) au mégacolon toxique sont représentés par l'administration d'opiacés, d'anticholinergiques, d'antidiarrhéiques et aussi la pratique de lavement baryté ou de colonoscopie. Une destruction des plexus myentériques des lésions extensives atteignant les fibres musculaires de paroi colique et l'hypokaliémie peuvent résumer les mécanismes pathogéniques (1, 8). La mortalité globale est située entre 21 et 27 % (1, 9). L'existence de perforation colique est l'élément principal qui influence le

pronostic. Ce chiffre passe de 8,7 % en l'absence de perforation à 51,2 % en cas de perforation (1). La prise en charge thérapeutique est basée sur un traitement médical de courte durée incluant la correction de troubles hydro-électrolytiques, une antibiothérapie et une corticothérapie. Il peut s'avérer suffisant pour contrôler la crise dans certains cas. En l'absence de réponse adéquate au traitement médical, une sanction chirurgicale s'impose.

CONCLUSION

Le mégacolon toxique dans le maladie de crohn, constitue un tournant grave de cette maladie. Si le diagnostic positif est facile devant l'association d'une colectasie à un état de choc toxi-infectieux, la prise en charge thérapeutique est plus difficile. Un traitement médical initial de courte durée et un traitement chirurgical précoce sont nécessaires.

Fig. 1 : ASP : Colectasie



Fig. 2 : ASP : Énorme dilatation colique



Fig. 3 : Pièce opératoire

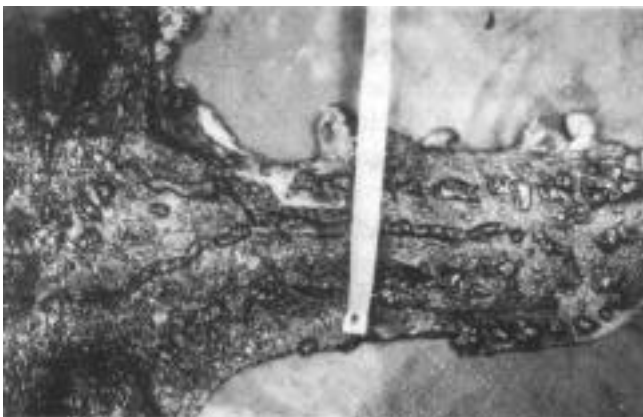
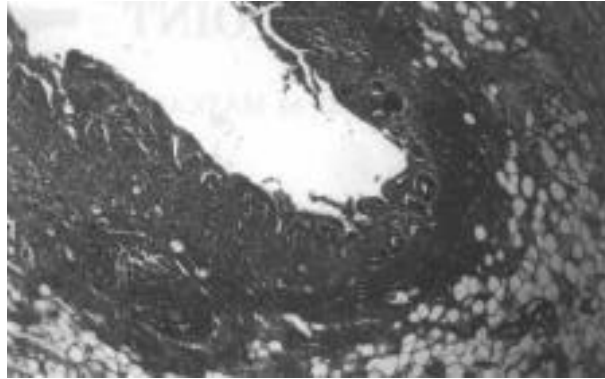


Fig. 4 : Ana-path : Ulcérations étendues avec large fissuration s'étendant jusqu'à la séreuse



Fig. 5 : Infiltrat inflammatoire à prédominance lymphocytaire**BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - E. FARKOUH, R. WASSEF, M. ALLARD, H. ATLAS.
Le mégacolon toxique dans les maladies inflammatoires du colon.
L'union médicale du Canada, 1983, Tome 112.
- 2 - O. BOUSQUET, M. MALAFOSSE, T. SAIGOT, A. SAZARIN, J. LOYGUE.
Colectasie au cours de la maladie de crohn. Revue de littérature à propos d'un cas.
La nouvelle presse médicale, 1974, 3 : 38 - 40.
- 3 - L. BEANGERIE, Y. NGO, F. GOUJARD and Coll.
Etiology and management of toxic mégacolon in patients with human immunodeficiency virus infection.
Gastroenterology 1994, 107 : 858 - 863.
- 4 - J. TRUDEL, M. DESCHÉNES, S. MAYRAND, AN. BARKUN.
Toxic megacolon complicating pseudomembranous entero-colis.
Dis. colon rectum, 1995, vol. 38, N°10 : 1033 - 1038.
- 5 - L. ATHERTON, ES. LEIB, MD. KAYE.
Toxic megacolon associated with methotrexate therapy.
Gastroenterology, 1994, 86 : 1583 - 1588.
- 6 - W. MCHENER, M. CAULFIELD, R. FARMER.
Management of inflammatory bowel disease : 30 years of observation.
Cleveland clinic journal of medecine, 1992, vol. 57, N°8 : 685 - 690.
- 7 - C. MEYER, LF. HOLLENDER.
«Diverses causes d'urgence colique». Chirurgie colique d'urgence.
Edition Masson 1986 : 101 - 106.
- 8 - IM. HANAN, SB. HANAVER.
«Fulminant colitis and toxic megacolon».
Intensive care medecine, Second edition 1991 : 917 - 920.
- 9 - PH. BOUTELIER, JC. COUR, G. EDELMANN.
Traitement chirurgical des colites aiguës compliquées. A propos de vingt huit observations.
Ann. Chir., 1981, 35, n°7 : 475 - 479.