

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (118)

Professeur Jacques FOURNET
Avril 2003

Pré-Requis :

- Mécanisme de l'inflammation
- L'autoimmunité
- Sémiologie des troubles du transit intestinal

Résumé :

Affections en augmentation de fréquence en Europe et atteignant en particulier les sujets jeunes. Ce sont des affections chroniques, récidivantes, associées ou non à des manifestations systémiques de type autoimmunitaire. Elles altèrent la qualité de vie, mais sont de mieux en mieux contrôlées par les divers traitements médicamenteux maîtrisant la réaction immunitaire ou inflammatoire. Les complications et les formes chroniques nécessitent une collaboration médico-chirurgicale étroite.

Mots-clés :

Rectocolite hémorragique, maladie de Crohn

1. Introduction

Le terme de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est une appellation générale désignant un ensemble de lésions inflammatoires chroniques, d'étiologie inconnue, atteignant le tractus digestif. Ces affections sont récidivantes, atteignent certains segments du tube digestif avec des manifestations cliniques variées et souvent une évolution chronique peu prévisible. Ce terme recouvre la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn. Les lésions inflammatoires sont secondaires à une activation du système immunitaire intestinal en amont duquel des facteurs environnementaux (mode de vie, germes intestinaux, virus) et génétique (prédisposition) commencent à être mieux connus.

2. Epidémiologie

Affections fréquentes dans les pays occidentaux avec un gradient de fréquence Nord-Sud qui s'atténue. L'incidence de la maladie de Crohn a augmenté régulièrement, avec des pics de fréquence à 15-35 ans mais possible à toutes les décennies. Il existe des formes familiales. Prévalence des 2 affections : 110/ 100 000 habitants.

3. Rectocolite hémorragique (RCH)

3.1. Circonstances de découvertes

- Emissions rectales glairo-hémorragiques en nombre et abondance variable (5 à 10/jour en moyenne), isolées ou associées à une diarrhée hydro-électrique, persistante : correspondant aux formes légères et modérées.

- Parfois d'emblée par un tableau clinique sévère : douleurs abdominales, état fébrile, émissions sanglantes et diarrhées importantes, altération rapide de l'état général, anémie, pouls accéléré, syndrome inflammatoire biologique ; leucocytose.
- Par une complication
- Association possible à des manifestations extra digestives
- Examen clinique normal dans les formes non compliquées.

3.2. Diagnostic

La coloscopie, examen essentiel, objective une atteinte diffuse de la muqueuse rectale d'aspect hémorragique (la muqueuse « pleure le sang ») saignant au moindre contact ; il peut y avoir des ulcérations plus ou moins étendues ; le plus souvent elles sont superficielles et les lésions prédominent dans la muqueuse. Cet aspect qui peut être limité au rectum peut intéresser le rectum et le sigmoïde, l'ensemble du rectum et du côlon gauche, une atteinte colique plus étendue, parfois la totalité du recto-côlon (pancolite). L'atteinte muqueuse est homogène, sans intervalle de muqueuse saine sur l'ensemble des zones atteintes. L'intestin grêle et le tube digestif supérieur sont épargnés dans la RCH +++.

Les biopsies coliques sont souvent peu informatives en dehors d'un aspect inflammatoire non spécifique. Les coprocultures, l'étude parasitologique et/ou la coloscopie permettent d'éliminer :

- les colites aiguës infectieuses ou parasitaires ; les colites médicamenteuses (interrogatoire)
- la colite ischémique, une colite radique (conteste de radiothérapie)
- la maladie de Crohn

Dans les formes sévères, la coloscopie doit être effectuée avec prudence (risque de perforation).

Critères de gravité de Truelove :

- Selles avec sang ≥ 6 /jours
- Température $> 37^{\circ}8$
- Pouls > 90 /min
- Hémoglobine < 100 g/l
- vs ≥ 30 mm
- Leucocyte > 104 /mm³

Sévérité si 5 des 6 critères positifs -> motif d'hospitalisation.

3.3. Complications

- Mégacôlon toxique : forme sévère avec distension colique aiguë (abdomen sans préparation)
- Perforation colique avec péritonite stercorale gravissime
- Hémorragie digestive basse massive
- Septicémie
- A long terme, la cancérisation surtout dans les atteintes étendues à droite après 8-15 ans d'évolution.

3.4. Evolution naturelle

Poussées évolutives coupées de rémissions de durée variable (1 à 2 poussées/ an en moyenne)
La tendance de l'affection est d'évoluer anatomiquement, de façon ascendante : distale au départ jusqu'à l'ensemble du côlon (30 à 40 % des cas)

Une pancolite d'emblée est un facteur de gravité pour l'évolution ultérieure.

3.5. Traitement (bases du traitement)

3.5.1. Traitement de la poussée aiguë

Les salicylates, particulièrement le 5-amino-salicylate : il est utile dans les formes mineures ou modérées (une forme orale ou forme locale par lavements ou suppositoires). Les lavements de corticoïdes dans les formes basses.

Les corticoïdes par voie orale (1 mg/kg/j) dans les formes résistantes ou sévères.

Forme sévère, corticoïdes IV, transfusion, mise au repos du tube digestif. Traitement de la dénutrition, utilisation spécialisée de la Cyclosporine IV sous surveillance médico-chirurgicale.

3.5.2. Traitement d'entretien

Soit Salicylates en traitement d'entretien ou immunosuppresseur (Imurel®) en cas d'échec, ils diminuent la fréquence des poussées.

3.5.3. La chirurgie

En cas d'échec ou de complications : colectomie avec anastomose iléo-rectale ou anastomose iléo-anale avec réservoir iléal. En urgence colectomie sans rétablissement de la continuité dans un premier temps.

La coloproctomie peut guérir la RCH mais au prix de séquelles parfois invalidantes dans l'anastomose iléo-anale avec réservoir iléal néoformé. Possibilité et évolution sous forme de « pouchite » (inflammation de la poche iléale).

4. Maladie de Crohn

4.1. Circonstances de découverte

4.1.1. Diarrhées chroniques +++

Plus ou moins rectorragies (peu importantes ou inexistantes)+++

Diarrhées plus douleurs abdominales (avec syndrome de dénutrition)

4.1.2. Formes sévères avec syndrome septique dénutrition

- Tableau de malabsorption
- Fistule du grêlo-colique ou entéro-cutanée ou entéro-vésicale ou entéro-génitale
- Sténose digestive du grêle surtout
- Une complication

A l'examen parfois une masse abdominale palpable (conglomérat d'anses ou un abcès par fistule).

4.2. Diagnostic

4.2.1. Atteinte colique

- souvent colite segmentaire limitée
- typiquement plusieurs atteintes intervalles de muqueuse saine entre elles
- ulcérations irrégulières (atteintes transmurale de la paroi digestive, donc différence avec la RCH)
- épaissement de la paroi colique (atteinte transmurale et non seulement de la muqueuse comme la RCH). Accessible à l'échographie abdominale.

4.2.2. Atteinte du grêle

- Atteinte de l'iléon terminal le plus souvent mais possible sur d'autres segments
- La coloscopie avec iléoscopie permet le diagnostic
- Les biopsies recherchent un granulome épithélioïde inflammatoire très évocateur mais inconstant.

4.2.3. Dans les formes sévères

L'échographie et la TDM mettent en évidence l'épaississement des segments digestifs atteints (atteinte transmurale), fistule, abcès.

4.2.4. Autres localisations

Oesophagienne, gastriques, duodénales possibles bien que plus rares (fibroscopie, transit du grêle, entéroscopie).

4.2.5. Atteinte anale

Ulcération, fistule.

4.3. Complications

4.3.1. Occlusion, sub-occlusion (tendance sténosante des lésions) +++

4.3.2. Fistule et abcès +++

4.3.3. Perforation -> péritonite

4.3.4. Mégacôlon toxique rare

4.3.5. Dénutrition

4.3.6. Septicémie

4.3.7. Cancérisation tardive (15 ans d'évolution)

4.4. Evolution

Evolution souvent chronique ; les poussées évolutives sont moins nettes que dans la RCH mais existent néanmoins : (l'indice de Best permet de chiffrer le niveau d'activité de la maladie)

4.5. Traitement médical

- arrêt du tabac (effet bénéfique démontré)
- Dérivés salicylés (idem RCH)
- Corticoïdes
- Immuno-supresseurs (azathioprine) idem RCH en traitement d'entretien.
- Anti-TNFalpha (formes sévères).

4.6. Traitement chirurgical

Résection segmentaire, mais à la différence de la RCH, récurrence fréquente à distance ou sur l'anastomose. La chirurgie ne guérit pas la maladie de Crohn : elle traite les complications ou les formes résistantes.

5. Les manifestations extra-digestives des MICI (souvent associées) dans la maladie de Crohn ou la RCH

Elles témoignent de l'activation immunologique à distance :

- Articulaires :
 - périphériques : arthralgies, arthrites
 - axiales : sacroiléite spondylarthrite, ankylosante
- Cutanés : érythème noueux – aphtose
- Oculaires : iritis
- Hépatobiliaire : cholangite sclérosante
- Vasculaires : maladie thrombo-embolique +++ très fréquente. (A prévenir systématiquement dans les poussées sévères de RCH ou de maladie de Crohn, chez les patients hospitalisés).