

<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Colite ischémique	Version : 1 Date d'application : 01/2023

Protocole de prise en charge diagnostique et thérapeutique des colites ischémiques.

## 1. Généralités

- Pathologie fréquente et multifactorielle. C'est l'atteinte vasculaire digestive la plus fréquente (50 à 60 % des ischémies digestives) et la deuxième cause d'hémorragie digestive basse (10 à 20 %) après les saignements d'origine diverticulaire.
- Facteurs de risque majeurs : âge (90% > 70 ans), HTA, dyslipidémie, coronaropathie et diabète de type 2.
- Environ 10% de mortalité et 10% de récurrence.

## 2. Etiologies

- **Bas débit** : état de choc, insuffisance cardiaque, activité physique intense, antihypertenseur, diurétique, vasoconstricteur, pénicilline, AINS.
- **Occlusion (thrombose artérielle ou veineuse)** : thrombus, embolie, vascularite, AINS, neuroleptiques. Parfois dans un contexte de thrombophilie, de drépanocytose, de syndrome myéloprolifératif, d'embolies de cristaux de cholestérol, ou après une chirurgie aortique (exclusion anévrysmale < 48h) ou un traumatisme abdominal.
- **Colite ischémique médicamenteuse** : AINS +++, oestro-progestatifs, digitalique, IPP, antihypertenseurs, vasopressine, diurétiques, neuroleptiques, laxatifs, anti-péristaltiques, triptans. (+ cocaïne et amphétamines)

**Toute diarrhée aigue glairo-sanglante ou rectorragie avec douleur abdominale chez un patient âgé et/ou poly-vasculaire doit faire évoquer une colite ischémique.**

## 3. Présentation clinique

- **Douleur aigue à type de crampes en FIG/flanc** (50-80%) et aggravée par la prise alimentaire, avec des **rectorragies** (70%) et de la **diarrhée** (60%) (Association des trois : 40%). La rectorragie est souvent peu abondante. Il peut s'y associer un fébricule, des nausées et vomissements, une distension abdominale (60%) et/ou une défense, un état de choc.
- La colite ischémique est caractérisée par une grande hétérogénéité clinique allant de la forme transitoire pauci-symptomatique à la forme gangréneuse pouvant engager le pronostic vital.

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Colite ischémique	Version : 1 Date d'application : 01/2023

- **Forme non gangréneuse** (80%) : l'atteinte est transitoire avec 50% de résolution complète, c'est la **colite ischémique transitoire**. La symptomatologie disparaît en 4 à 8 jours. L'enquête étiologique prime.
- **Forme gangréneuse** : tableau clinique plus franc, associant des douleurs abdominales intenses, une instabilité hémodynamique et une diarrhée sanglante. La palpation retrouve une douleur abdominale diffuse, une défense et les bruits hydro-aériques sont abolis. L'existence d'un syndrome péritonéal, d'une tachycardie ou d'une hyponatrémie, doit faire craindre le diagnostic. La prise en charge est une urgence. La mortalité est élevée (≈50%).
- Atteinte du colon gauche et sigmoïde dans 75% des cas, du colon transverse dans 15% des cas, et du colon droit dans 10% des cas. L'atteinte du colon droit est de plus mauvais pronostic.

#### 4. Examens complémentaires

##### **Biologie :**

- Hyperleucocytose modérée, augmentation de la LDH et de la créatinine.
- Augmentation tardive des lactates (un taux de lactates normal n'élimine pas le diagnostic).

##### **Scanner abdomino-pelvien avec produit de contraste :**

- Diagnostic, mécanisme et étendue des lésions.
- Recherche de signes de gravité (défaut de réhaussement, pneumatose pariétale, aéroportie, épanchement péritonéal, pneumopéritoine).
- **Informez le radiologue de la suspicion diagnostique !**
- *La pneumatose pariétale n'est pas toujours un signe d'ischémie (elle peut être notamment liée à une distension importante ou une entérite infectieuse).*
- *En cas de cause ischémique, la colite est segmentaire.*

#### 5. Avis spécialisé

- **Allo gastro-entérologue :** systématique (confirmation du diagnostic, conseils thérapeutiques, hospitalisation, indication de rectosigmoïdoscopie).
- **Allo chirurgien digestif :** en cas de signe de gravité clinique et/ou scannographique (défense, contracture, choc, perforation, souffrance pariétale).

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Colite ischémique	Version : 1 Date d'application : 01/2023

## 6. Diagnostics différentiels

- Autres étiologies de colite aigüe : colite infectieuse, inflammatoire (MICI), médicamenteuse, radique... (*cf protocole colite*)
- *Les formes à rechutes, subaiguës ou chroniques peuvent être difficile à distinguer d'une poussée inaugurale de MICI mais il est rare de faire un diagnostic de MICI après 70 ans.*

## 7. Prise en charge

### **Colite ischémique transitoire non grave :**

- Arrêt du facteur déclenchant si possible.
- Antalgiques et mise au repos du tube digestif.
- Correction des troubles hydro-électrolytiques.
- Oxygénothérapie et transfusion si besoin.
- Sonde naso-gastrique en cas d'iléus réflexe.
- Colo-exsufflation prudente en cas de distension majeure.
- Antibiotiques en cas de fièvre ou de signes de gravité radiologiques ou cliniques.
- Traitement anti-coagulant en cas de colite secondaire à une cardiopathie emboligène ou à une thrombophilie.

### **Formes gangréneuses :**

- Avis chirurgical en urgence en cas de péritonite, d'état de choc secondaire à la colite, d'hémorragie digestive massive. Dans les autres cas, la chirurgie se discute selon des critères endoscopiques, cliniques (défaillances d'organes) et scannographiques (souffrance pariétale).
- Avis du réanimateur.
- Remplissage et prise en charge du choc.
- Réhydratation et correction des troubles ioniques.
- Antibiothérapie.

## 8. Indication d'hospitalisation

- Tout patient atteint de colite ischémique doit être hospitalisé, sauf cas particulier (ex : forme minime suite à une hypovolémie corrigée ou chez un patient grabataire...)

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Colite ischémique	Version : 1 Date d'application : 01/2023

## 9. Bilan étiologique

Circonstances où le bilan étiologique exhaustif n'est pas nécessaire (imputabilité suffisamment forte) :

- Activité physique intense et prolongée chez un patient jeune
- Consommation de cocaïne
- Etat de choc
- Chirurgie aortique
- Pathologie emboligène connue sans autre cause évidente

⇒ En dehors de ces situations : recherche d'une pathologie cardio-vasculaire, et chez les patients de moins de 50 ans : recherche d'une thrombophilie et d'un syndrome myéloprolifératif.

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Nicolas CARRERE ; Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON