

| | |
|--------------------------------------|---|
| Protocole Médecine d'Urgences | Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences |
| Colite aiguë | Version : 1 Date d'application : 01/2023 |

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

1. Présentation clinique

- Les manifestations cliniques d'une colite aiguë sont souvent aspécifiques, notamment chez la personne âgée (AEG et douleurs abdominales diffuses).
- **Douleur abdominale**, classiquement violente et en cadre, préférentiellement en FIG.
- **Diarrhées glairo-sanglantes**.
- **Rectorragies**.
- **Fièvre**.

⇒ Je réalise un **scanner abdominal injecté** devant un tableau de douleur abdominale avec indication d'imagerie (douleur localisée fébrile, défense, syndrome inflammatoire, AEG, troubles hémodynamiques, rectorragies, utilisation d'opiacés...) et la conclusion du radiologue est « **colite aiguë** », que dois-je faire ?

① Éliminer une urgence vitale (et prise en charge spécifique en urgence)

② Rechercher des signes de gravité

③ Rechercher une étiologie

④ Proposer une prise en charge adaptée

2. Éliminer une urgence vitale

- Choc septique et/ou hypovolémique
- Péritonite
- Troubles ioniques graves (notamment hypokaliémie liée aux pertes digestives)

3. Rechercher des signes de gravité

- Signes de gravité clinique : sepsis (qSOFA), hypovolémie et troubles hémodynamiques, défense, douleurs intenses, décharge bactérienne et mauvaise tolérance de la fièvre, iléus réflexe, rectorragies importantes...
- Signes de gravité radiologique : défaut de réhaussement pariétal, pneumatose pariétale, aéroportie, épanchement péritonéal, pneumopéritoine... **Avis chirurgical**

Rédigé par : Tom VERCELLONE

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

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

| | |
|--------------------------------------|---|
| Protocole Médecine d'Urgences | Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences |
| Colite aigüe | Version : 1 Date d'application : 01/2023 |

- Signes de gravité biologiques : acidose lactique, troubles ioniques, insuffisance rénale aigüe, réserve alcaline < 16, hémoglobine < 8...
- **Colite aigue grave** : complication classique de la RCH, mais possible lors d'une maladie de Crohn ou de certaines colites infectieuses. Se définit par la présence d'une urgence chirurgicale (hémorragie, perforation, mégacôlon toxique), ou critères de Truelove et Witts ou un score de Lichtiger ≥ 10 (*cf annexe*).

4. Rechercher une étiologie

Les différentes étiologies de colite aigüe :

- **MICI** ($\approx 40\%$)
- **Colite infectieuse communautaire** ($\approx 35\%$) (bactérienne, virale ou parasitaire) et **diverticulaire**.
- **Colite ischémique** ($\approx 20\%$)
 - Post-antibiothérapie (C. difficile, K. oxytoca)
 - Colite infectieuse chez l'immunodéprimé
 - Colite médicamenteuse (AINS ++)
 - Colite neutropénique
 - Maladie du greffon contre l'hôte (GVH) (< 3 mois post allogreffe de moelle)
 - Maladie de système (Lupus, PAM, PR, Wegener, Behçet...)
 - Colite chimio-induite
 - Colite radio-induite

● **Les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques et endoscopiques se chevauchent entre les différentes étiologies.** Le diagnostic étiologique d'une colite aigüe n'est possible qu'en intégrant l'ensemble des informations disponibles (faisceaux d'argument ; clinique, terrain et histoire récente, biologie, coproculture, scanner +/- endoscopie).

| | |
|--------------------------------------|---|
| Protocole Médecine d'Urgences | Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences |
| Colite aiguë | Version : 1 Date d'application : 01/2023 |

Orientation étiologique :

MICI

- Patient jeune
- Douleurs ou TFI récurrents
- AEG chronique
- Lésions extra-digestives
- Antécédents familiaux
- Coprocultures négatives
- Inefficacité des antibiotiques

Colite infectieuse

- A tout âge
- Retour de voyage
- Fièvre
- Syndrome inflammatoire
- Coprocultures positives
- Efficacité des antibiotiques

Colite ischémique

- > 65 ans
- FA, HTA, dyslipidémie, coronaropathie, diabète de type 2.
- Contexte de bas débit
- Autre : thrombophilie, drépanocytose, syndrome myéloprolifératif, embolie de cristaux de cholestérol, prise d'AINS, post cure d'anévrisme de l'aorte abdominale (< 48h), cocaïne...
- Aspect segmentaire au scanner

Colite à C. difficile

- > 65 ans
- Antibiothérapie < 3 mois
- Hospitalisation récente
- MICI
- Comorbidités
- Immunodépression
- Contage
- Laxatifs, IPP, anti-diarrhéiques
- Coprocultures avec toxines A/B

Colite à CMV

- Patient immunodéprimé
- Patient atteint de MICI
- PCR sanguine positive

| | |
|--------------------------------------|---|
| Protocole Médecine d'Urgences | Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences |
| Colite aigüe | Version : 1 Date d'application : 01/2023 |

5. Bilan en cas de colite aigue grave

- **Biologie complète** avec albuminémie, et **gazométrie** avec lactates.
- **Coprocultures**, avec recherche des toxines A et B de Clostridium difficile.
- **PCR sanguine CMV** (*patients immunodéprimés ou MICI sous immunosuppresseur*)
- Parasitologie des selles avec recherche d'amibes en cas de voyage récent.
- **Scanner abdomino-pelvien injecté**, systématique avant une éventuelle coloscopie, afin d'éliminer une colectasie, une perforation ou un abcès.
- **Coloscopie courte** : recherche d'une infection concomitante et guide le traitement. Contre-indiquée en cas de perforation, de colectasie et de syndrome péritonéal.

6. Avis spécialisés

- **Allo radiologue** pour orientation étiologique en fonction des signes scannographiques.
- **Allo chirurgien digestif** en cas de signe de gravité clinique et/ou scannographique (défense, contracture, choc, perforation, souffrance pariétale).
- **Allo gastro-entérologue** pour toute colite (sauf en cas de forte suspicion de colite infectieuse simple sans indication d'hospitalisation)

7. Indication d'hospitalisation

- Sepsis, choc septique et/ou hypovolémique
- Hyperalgique (indication de palier III)
- Patient âgé et/ou comorbide
- Patient immunodéprimé
- Cause ischémique
- Colite aigüe grave
- MICI (selon avis spécialisé)

8. Retour à domicile

- **Colite infectieuse simple et bien tolérée**
- Avec ordonnance pour **coproculture** (si absence de selle aux urgences) (et parasitologie des selles en cas de retour de voyage).
- **Antibiothérapie probabiliste** (ex : Azithromycine 500mg 1 fois/j pendant 3 jours ou Ciprofloxacine 500mg x2/j pendant 3 jours).
- NB : contre-indication des antipéristaltiques en cas de syndrome dysentérique.
- **Consultation à distance** avec un gastro-entérologue (consultation post-urgence à programmer avec l'interne de gastro-entérologie) ou avec le médecin traitant en cas de premier épisode chez un patient jeune.

Rédigé par : Tom VERCELLONE

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

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

| | |
|--------------------------------------|---|
| Protocole Médecine d'Urgences | Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences |
| Colite aiguë | Version : 1 Date d'application : 01/2023 |

9. Annexes

| Score de Truelove et Witss modifiés | |
|---|---------------|
| Critères de Truelove et Witts modifiés | |
| Poussée sévère : présence du premier critère et d'au moins 1 des 6 autres | |
| Nombre d'évacuations par 24 h | > 5 |
| Rectorragies | Importantes |
| Température (°C) | > ou = 37,5 |
| Pouls (/min) | > ou = 90 |
| Taux Hémoglobine | < ou = 10 |
| VS (en mm à la 1 ^{re} h) | > ou = 30 |
| Albuminémie en g/l | < ou = 35 |

| Score de Lichtiger | | |
|--|--------------------------|-------|
| Diarrhée : nombre/24 h | | Score |
| | 0-2 | 0 |
| | 3-4 | 1 |
| | 5-6 | 2 |
| | 7-9 | 3 |
| | 10 | 4 |
| Diarrhée nocturne | Non | 0 |
| | Oui | 1 |
| Rectorragies visibles : % de nombre de selles | 0 | 0 |
| | < 50 % | 1 |
| | > 50 % | 2 |
| | 100 % | 3 |
| Incontinence fécale | Non | 0 |
| | Oui | 1 |
| Douleurs abdominales | Non | 0 |
| | Minime | 1 |
| | Modérée | 2 |
| | Sévère | 3 |
| État général | Parfait | 0 |
| | Très bon | 1 |
| | Bon | 2 |
| | Moyen | 3 |
| | Mauvais | 4 |
| | Très mauvais | 5 |
| Tension abdominale | Non | 0 |
| | Minime localisée | 1 |
| | Minime à modérée diffuse | 2 |
| | Sévère/tendue | 3 |
| Traitement antidiarrhéique | Non | 0 |
| | Oui | 1 |
| TOTAL | | |

Rédigé par : Tom VERCELLONE

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

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON