

Université de Ferhat abass; setif
Année universitaire 2023-2024

La maladie de crohn (MC)

Dr Zighmi N

Cours de 4eme Année Medecine

I)Introduction

- ▶ La maladie de crohn est une maladie inflammatoire intestinale, d'étiologie inconnue, qui fait partie avec la RCH des maladies cryptogénétiques de l'intestin(MICI)

Caractérisée par:

- ▶ Peut atteindre tous les segments du tube digestif
- ▶ signes digestifs+/- manifestations extra digestives
- ▶ fréquence des lésions ano-perineales
- ▶ Evolue par poussées/Remissions
- ▶ Réponse souvent insuffisante au traitement médical
- ▶ Fréquence des gestes chirurgicaux avec tendance à la récurrence post-opératoire



II)Epidémiologie

- ▶ répartition géographique hétérogène
- ▶ plus fréquente dans les pays développés(Amérique, Europe du nord, UK canada)
- ▶ Tendance à se propager(Asie, Inde, Maghreb)
- ▶ Tous les âges, pic de fréquence 20-40 ans
Maladies des jeunes+++

III)Pathogénie:

Inconnue, probablement multifactorielle mettant en jeu plusieurs facteurs

1)Facteurs génétiques : il s'agit d'une prédisposition génétique à la maladie qui reste le facteur de risque le plus important de développer une mci
plusieurs arguments : Existence de formes familiales de MC,identification de gènes de susceptibilité en particulier NOD2 ET CARD15

2)Facteurs d'environnement

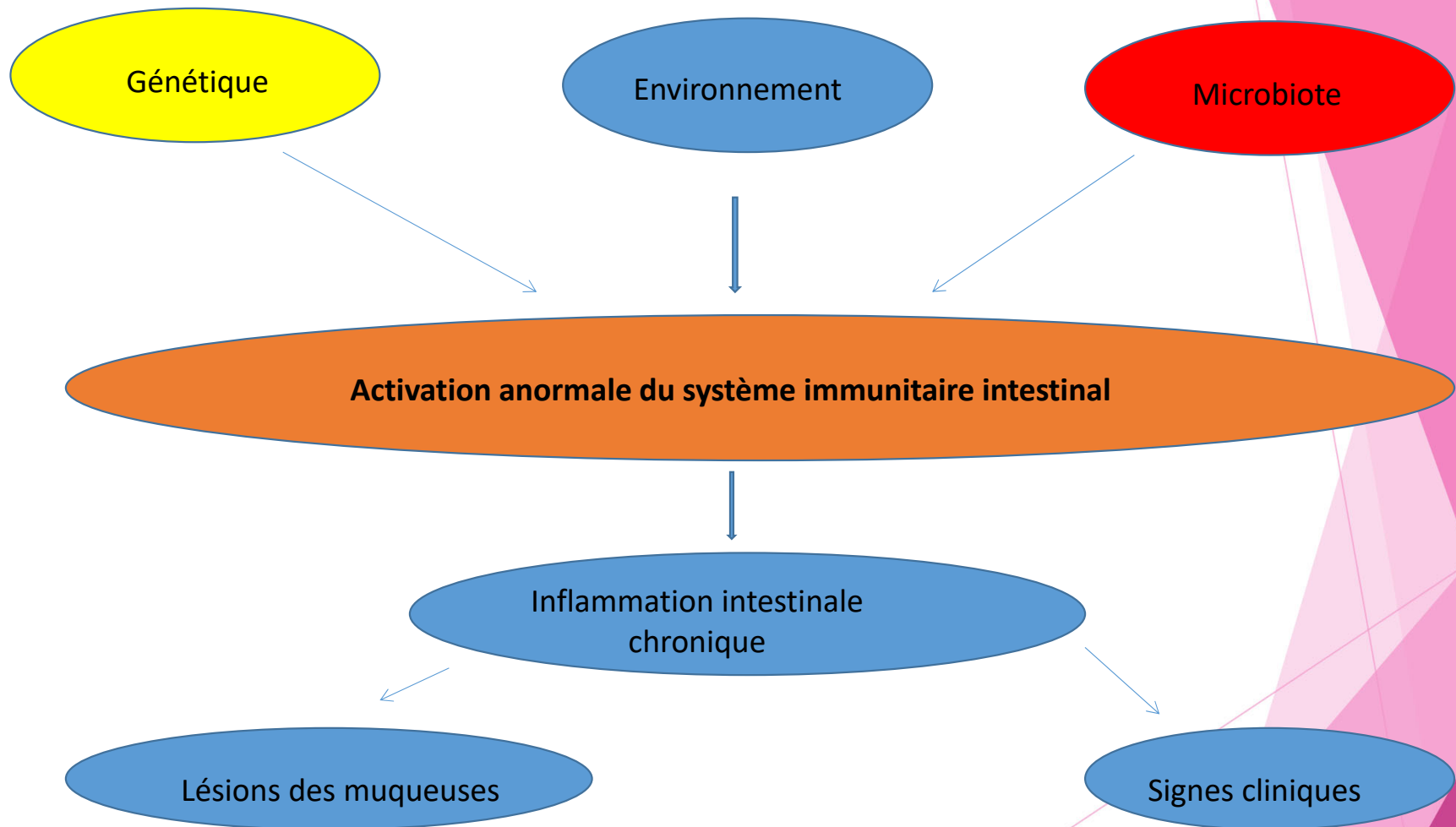
- ▶ **Tabagisme actif**=effet délétère contrairement à ce qui est observé au cours de la RCH

Il favorise le développement de la MC et aggrave son évolution

- une appendicectomie pourrait augmenter le risque de maladie de crohn

III)Pathogénie:

- ▶ Une modification de la composition du microbiote intestinal appelée dysbiose
- ▶ Facteurs immunologiques: activation du système immunitaire local par un ou plusieurs stimuli aboutissant à la production de cytokines pro-inflammatoires responsables des lésions digestives



IV) Etude clinique

Type de description: Maladie de crohn ileo-colique droite non compliquée

➤ **Signes fonctionnels** :

1) **Diarrhée** ; faite de selles fécales parfois hydriques , diurne et nocturne , rarement hémorragiques

2) **Douleurs abdominales** : évoluant par crise, siègent dans l'hypochondre ou dans la fosse iliaque droite

le syndrome de Koenig: douleur très intense et ballonnement abdominal post-prandial cédant brutalement lors d'une débâcle de gaz et de selles
signe l'existence d'une sténose incomplète sur un segment digestif

3) **Les nausées** sont fréquentes, les **vomissements** accompagnent les crises douloureuses

4) **des émissions glairo-sanglantes** peuvent accompagner les selles, les réctorragies massives sont **rare**s

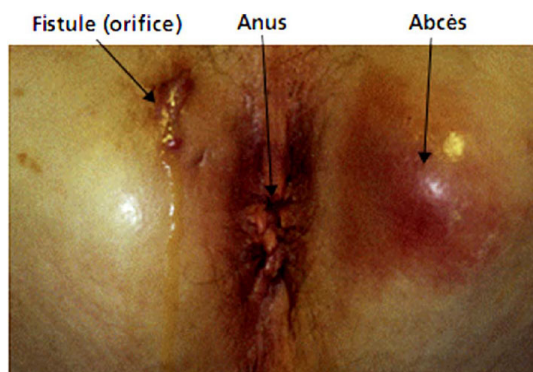
5) **L'atteinte ano-perineale** : révélatrice de la maladie dans 1/3 des cas (ulcérations et fissures anales, fistules, abcès ou encore des sténoses anales)

Lésions ano-perineales

Fistule anale



Pseudo-marisques



Ulcérations anales

IV) Etude clinique

➤ Signes généraux

- Fièvre: dans les poussées sévères et en cas de complication
- Pouls, TA: normaux dans les poussées minimales ou modérées

➤ Signes physiques

Examen de l'abdomen: Normal+/-sensibilité de la FID

Marge anale: Lésions anales évocatrices

Recherche des manifestations extradigestives et des maladies inflammatoires chroniques associées

IV) Etude clinique

1) Manifestations extra-digestives associées :

Evoluent le plus souvent parallèlement aux poussées digestives

► Manifestations cutanées et muqueuses :

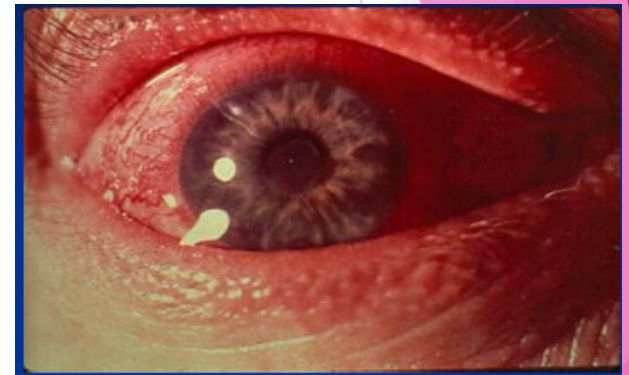
- **Aphthose buccale**
- **Erythème noueux** : éruption douloureuse
nodules erythemato-violacés prédominant sur les
faces d'extension des bras et des jambes
- **Pyoderma gangrenosum** : réalise des ulcérations creusantes
indolores, à bords épais, à centre nécrotique et infectés, siégeant
volontiers au niveau des extrémités inférieures



IV) Etude clinique

► Manifestations ophtalmologiques

- l'**Uvéite** : c'est la manifestation ophtalmologique la plus fréquente, **peut menacer la vue** (œil rouge)
- Autres : keratites, épisclerites et sclerites



- ### ► Arthropathies périphériques: touchant les grosses articulations (genoux, chevilles, poignets)

2) Maladies inflammatoires chroniques associées

Evoluent généralement indépendamment de la maladie digestive

- Rhumatisme axial: Spondylarthrite ankylosante (SPA) ou sacro-iliite
- la cholangite sclérosante primitive: CSP (beaucoup plus fréquemment associée à la RCH)



V) Etude Paraclinique

1) Examens appréciant le retentissement:

- ▶ **Hémogramme:** -Normal
 - Anémie(carentielle/inflammatoire)
 - +/- hyperleucocytose discrète avec polynucléose neutrophile
- ▶ **Syndrome inflammatoire:** augmentation de CRP
- ▶ **Hypoalbumunémie:** Baisse proportionnelle à la sévérité de la poussée et de la maladie
- ▶ **Troubles hydroélectrolytiques (Na+K+Ca++,...)**
- ▶ **Examen des selles :**
 - Bactériologie: dans un but de diagnostic différentiel ,Recherche de toxine de *costridium*
 - Parasitologie :recherche surinfection amibienne intestinale.
- ▶ **Calprotectine fecale:** lorsqu'elle est basse ,le diagnostic de crohn est très peu probable
Utile dans le suivi des malades ayant une maladie crohn

- ▶ **Dosage immuno:** absence de pANCA/présence des ASCA (positifs ds 2/3 des cas)

V) Etude Paraclinique

2) Examens à visée diagnostique:

► l'examen endoscopique:

- L'ileo-coloscopie totale et la Fibroscopie œsogastroduodénale (et parfois l'enteroscopie) ont une place importante dans le diagnostic

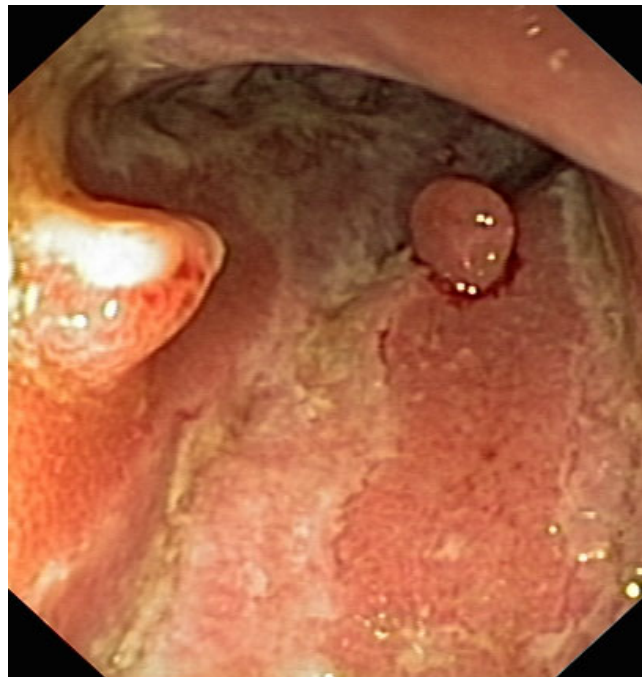
- Lésions endoscopiques caractéristiques de la maladie:

caractère discontinu des lésions avec intervalles de muqueuse saine
(érythème ,ulcérations superficielles ou profondes ,**ulcérations
aphtoides** ,éventuellement des sténoses ou des fistules)

MC :ulcération aphtoide

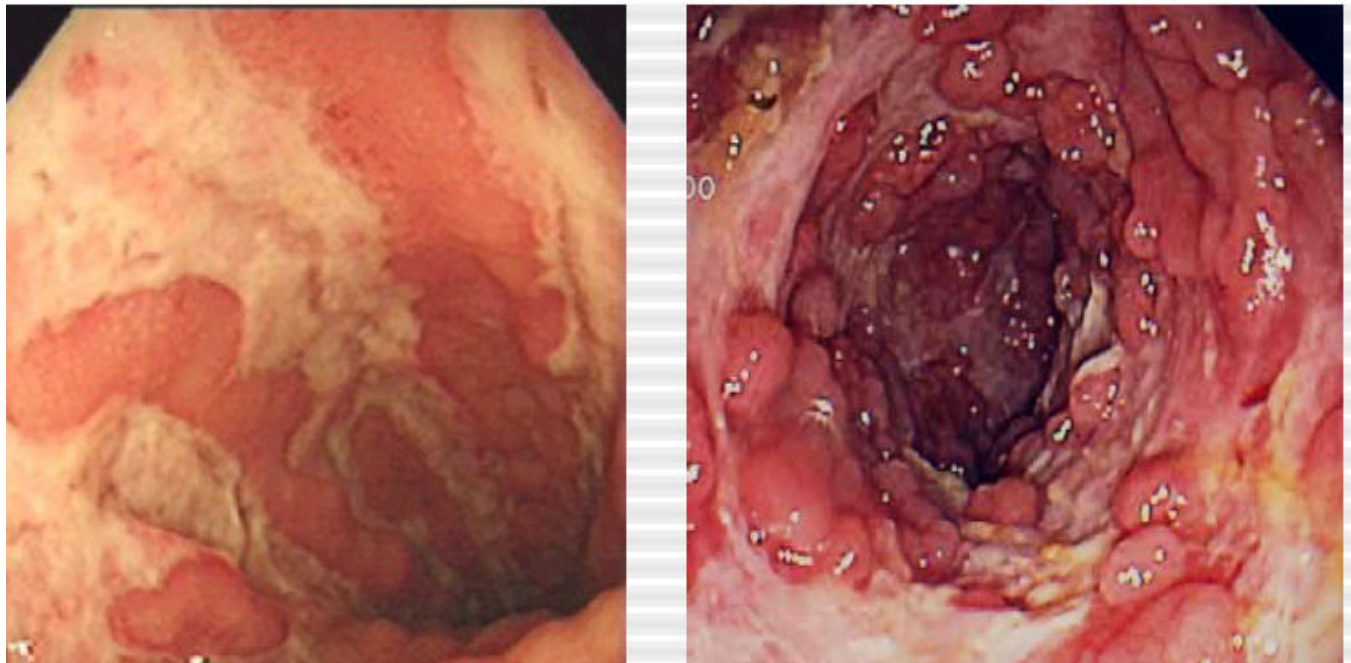


MC :Aspect endoscopique



**Muqueuse colique
normale**

MC :Aspect endoscopique



V) Etude Paraclinique

L'examen Anat-path

- Formes iléales pures 30%, Formes coliques pures 25%
- Formes iléo-coliques 45 %
- Iléon terminal et caecum+++
- ▶ Lésions segmentaires ,trasmurales ,multiples, polymorphes
- ▶ En histologie, Perte de substance muqueuse, distorsions glandulaires, infiltrat lymphoplasmocytaire du chorion muqueux voire transmurale ,souvent sous forme de nodules lymphoïdes, fibrose
- ▶ Contrairement à la RCH, la mucosecrétion est conservée et les abcès cryptiques sont peu nombreux
- ▶ les deux éléments les plus évocateurs de MC sont les fissures et les granulomes épithélioïdes et géo-cellulaires sans nécrose caséuse (ne sont présents que dans 30% des cas)

V)Etude Paraclinique

► L'examen radiologique

1) ASP

► Rechercher une complication :
colectasie :dilatation colique supérieure à 6cm
(état pré-perforatif)

Perforation :pneumoperitoine(PNOP)



V)Etude Paraclinique

2)Echographie abdominale: examen operateur dépendant

- ▶ Iléon: épaissement circonférentiel hyperechogène
- ▶ Détection : abcès ,sténose...

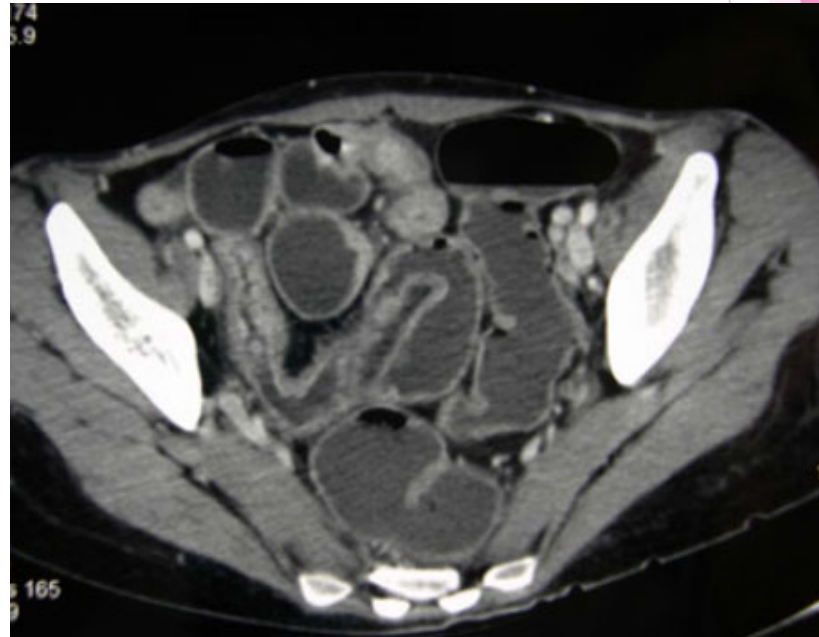
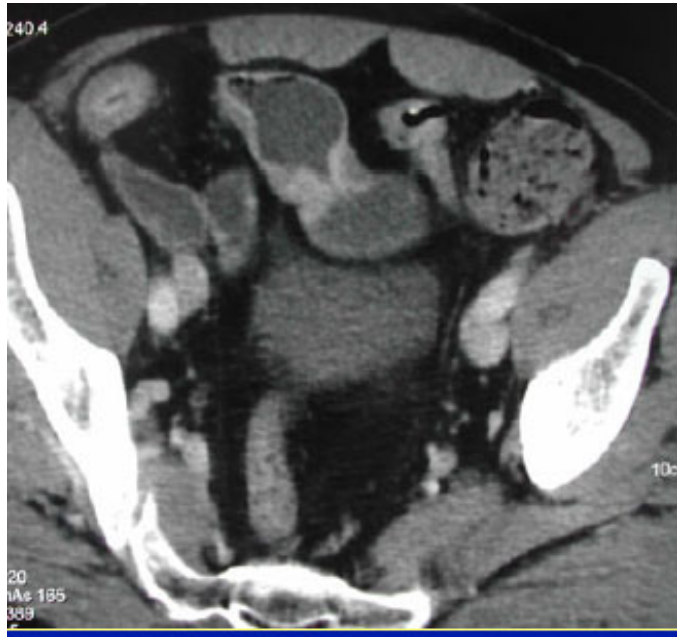
3)Si on suspecte une atteinte de l'intestin grêle, celle-ci doit être recherchée, pour les segments inaccessibles à l'endoscopie conventionnelle par une **entéro-IRM** (à défaut par un **entéro-scanner**)

Le transit du grele est actuellement abandonné

4)TDM: complications(abcès,occlusion intestinale aigue...)

5)Autres examens :videocapsule endoscopique (éliminer d'abord une sténose:risque de rétention de la capsule),enteroscopie double ballon(permet d'explorer tout le grele),IRM perineale(atteinte ano-perineale)

MC :aspects radiologiques



VI) Index de sévérité

1) **Indice de BEST(CDAI)**: Comprends 8 critères, calculé d'une manière rétrospective sur 7 jours

CDAI inférieur à 150 : MC inactive
CDAI entre 150 et 450 : MC active
CDAI supérieur à 450 : MC sévère

• **Calcul du CDAI**: les données sont recueillies sur une semaine à l'aide de la carte journalière remise au patient.

LA FICHE DE RECUEIL ORIGINAL EST UN DOCUMENT SOURCE A GARDER DANS LE DOSSIER DU PATIENT

1. Nombre de selles liquides ou très molles : X 2 =

2. Douleurs abdominales : X 5 =
(0=aucune ; 1=légères ; 2=moyennes ; 3=intenses)

3. Bien être général : X 7 =
(0=bon ; 1=moyen ; 2=médiocre ; 3=mauvais ; 4=très mauvais)

4. Autres éléments liés à la maladie : X 20 =
Compter 1 pour chaque catégorie d'éléments présents et souligner l'élément présent :

- | | |
|---|---|
| - arthrite, arthralgie | - fissure, fistule, abcès anal ou péri rectal |
| - iritis, uvéite | - autre fistule |
| - érythème noueux, pyoderma gangrenosum, stomatite aphteuse | - fièvre > 38°C dans la dernière semaine |

5. Prise d'antidiarrhéïques : X 30 =
(0 = non; 1 = oui)

6. Masse abdominale : X 10 =
(0 = absente; 2 = douteuse; 5 = certaine)

7. Hématocrite : Hématocrite¹ = %
Ajouter ou soustraire selon le signe : Hommes : 47 - Hte = X 6 =
Femmes : 42 - Hte =

8. Poids :

Poids théorique^{1,2} - Poids actuel¹ x 100 = X 1 =
Poids théorique^{1,2}

TOTAL **CDAI** =

2) Indice de harvey-bradshaw(IHB): facile en pratique

Bien-être général	<input type="checkbox"/> 0 bon <input type="checkbox"/> 1 moyen <input type="checkbox"/> 2 médiocre <input type="checkbox"/> 3 intense <input type="checkbox"/> 4 (très mauvais)	<input type="text"/>
Douleur abdominale	<input type="checkbox"/> 0 aucune <input type="checkbox"/> 1 légère <input type="checkbox"/> 2 moyenne <input type="checkbox"/> 3 sévère	<input type="text"/>
Selles liquides (nombre par jour)		<input type="text"/>
Masse abdominale	<input type="checkbox"/> 0 aucune <input type="checkbox"/> 1 douteuse <input type="checkbox"/> 2 certaine <input type="checkbox"/> 3 certaine et douloureuse	<input type="text"/>
Signes extradigestifs : (1 point par item présent) Arthralgie, Uvéite, Kératite, Érythème noueux, pyoderma gangrenosum, aphtes bucaux, fissure anale, fistule, abcès		<input type="text"/>
Total score		<input type="text"/>

Activité minime: IHB 4-8 , Activité modérée : IHB 8-12

Activité sévère : IHB sup à 12

VII)Formes cliniques

1)Formes symptomatiques:

- ▶ Forme pseudo-appendiculaire (tableau d'appendicite aigue):MC iléale ou ileo-caecale

2)Formes topographiques:

- ▶ Atteinte oesophagienne (rare)
- ▶ Atteinte gastrique souvent associée à une atteinte duodénale
- ▶ Atteinte grelique: peut intéresser (outre l'ileon terminal), le duodenum,le jejunum et l'ileon proximal

La diarrhee ,les douleurs abdominales et les masses abdominales dominant le tableau

- ▶ Atteinte colique: totale (pancolite) ou segmentaire
Diarrhee,douleurs abdominales, hémorragie digestive
- ▶ Atteinte anale: isolée ou très souvent associée à une atteinte rectale

VII)Formes cliniques

3)Formes compliquées

- ▶ Accidents obstructifs :traduisent l'existence d'une sténose intestinale
Réalisent typiquement un syndrome sub-occlusif spontanément résolutif (syndrome de Koenig) ou un syndrome d'occlusion intestinale aigue
- ▶ Les fistules (entero-enterale,entero-vesicale,entero-cutanée...)
- ▶ les abcès abdominaux (douleur abdominale; masse ou empâtement douloureux de l'abdomen, fièvre,hyperleucocytose,altération de l'etat general)
Diagnostic confirmé par l'échographie et /ou la TDM abdominale
- ▶ D'autres complications :
Perforation,hémorragie digestive,colectasie(le tableau d'une colite aigue grave est plus rare qu'au cours de la RCH)
Cancer colorectal ou de l'intestin grêle
thromboses veineuses profondes,amylose secondaire

VII) Formes cliniques

4) Formes évolutives :

4.1) Forme grave :

Le diagnostic repose sur

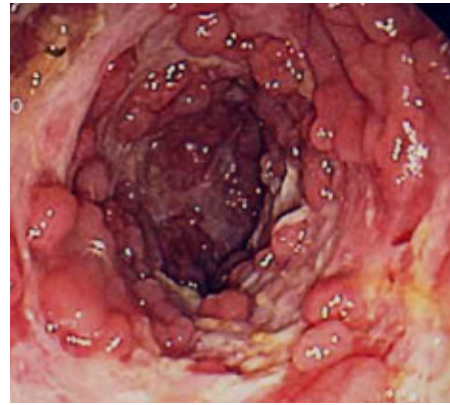
- ▶ les critères clinico-biologiques de Truelove et Witts
- ▶ et sur les critères endoscopiques de gravité : ulcérations creusantes, en puit, décollement muqueux et mise à nu de la musculature...)

4.2) Forme chronique active

persistance des signes cliniques (altération de la qualité de vie)

poussées très rapprochées

interventions chirurgicales itératives



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

VII) Formes cliniques

4.3) Formes évolutives particulières sous traitement :

► Cortico-résistance :

Maladie toujours active malgré un traitement par prednisolone à la dose d'au moins 0,75 mg/kg/j pendant 4 semaines

► Cortico-dépendance :

- Soit impossibilité de réduire la dose de traitement **en deçà de 10 mg/j pour les corticoïdes classiques et de 3mg/j pour le budésonide** dans les 3 mois suivant l'instauration d'une corticothérapie.
- Soit rechute dans les trois mois après le sevrage complet.

VII)Formes cliniques

5)Formes selon le terrain

- ▶ Forme de l'enfant:
clinique: identique à celle de l'adulte
retard staturo-pondéral et pubertaire
Evolution plus sévère
- ▶ Mc de la femme enceinte :
la mc n'influence pas la fertilité féminine
En cas de poussée chez une femme enceinte risque d'avortement, de mort in utero,
accouchement prématuré ou hypotrophie fœtale
Dans les formes graves :une interruption thérapeutique de la grossesse peut être indiquée

VIII)diagnostic

1)Diagnostic positif:

- ▣Se fait sur un faisceau d'arguments:
 - Clinique,radiologique,endoscopique et histologique
 - Aucun signe considéré isolement n'est pathognomonique

VIII)diagnostic

► Diagnostic différentiel

1)Causes infectieuses et parasitaires:

- iléite aigue :éliminer une infection intestinale à Yersinia enterocolitica dont la contamination se fait par l'ingestion de porc insuffisamment cuit ou par consommation de lait cru et même pasteurisé
diagnostic: coproculture et ou culture des biopsies iléales ,sérologie de la yersiniose
- Colite à Clostridium difficile, colite à CMV(Immunodeprimés)
- Tuberculose iléo-caecale ou colique (crohn): ulcérations,pseudo-polypes,sténoses, atteinte plurisegmentaire
de diagnostic difficile: IDR à la tuberculine, mise en évidence de BK sur les biopsies, granulome avec nécrose caséuse sur les biopsies intestinales
TRT anti-TBC d'épreuve parfois nécessaire
- Amibiase colique :ulcérations à l'emporte pièce, parfois aphtoides+/- sténoses

2)Autres diagnostics:

Colite ischémique,colite medicamenteuse(AINS),Behçet,lesions neoplasiques:adenocarcinome ou lymphome

Diagnostic différentiel

- Distinction entre MC et RCH : souvent facile en se basant sur les éléments différentiels indiqués ci-dessous

Différences morphologiques

Crohn	RCH
Lésions discontinues	Lésions continues
Atteinte rectale fréquente (50%)	Atteinte rectale constante
Atteinte iléale fréquente (50%)	Pas d'atteinte iléale
Sténose segmentaire fréquente	Pas de sténose
Fistules fréquentes	Fistules rares
Lésions anales fréquentes (50%)	Lésions anales rares (< 5%)

Différences histologiques

Lésions intestinales	RCH	Crohn
Macroscopie	aspect granité-fragile-érosions-ulcérations	ulcération aphteïde-linéaire
Atteinte microscopique	superficielle	transmurale
Inflammation	continue homogène	segmentaire hétérogène
Hémorragie	abondante	minime
Abcès cryptiques	abondants	rares
Sécrétion de mucus	réduite	préservée
Fissure	superficielle	profonde
Fistule/sténose	absente	fréquente
Granul épithélioïdes (> 5 cell)	absent	30-60%
Plasmocytose	abondante	modérée
Nodules lymphoïdes	superficiels	profonds
Hyperplasie nerveuse	absente	fréquente

- Parfois la distinction est difficile (on parle de Crohn

IX) Traitement

1) Buts du traitement :

- Traiter la poussée
- Prévenir les rechutes (traitement d'entretien)

IX) Traitement

2) Moyens thérapeutiques:

2.1) Règles hygiénno dietétiques:

- ▶ Hospitalisation nécessaire dans les poussées sévères
- ▶ Assurer une ration calorique adéquate avec correction des différentes carences et troubles hydro électrolytiques.
- ▶ Régime sans résidus durant la poussées et en cas de sténose intestinale
- ▶ L'arrêt du tabac est impératif ,éviter les AINS

IX) Traitement

2.2) traitement médical

► Anti-inflammatoires

1) Dérivés 5-aminosalicylés

Sulfasalazine : salazopyrine* (cp)

Salicylés de 2^{ème} génération : Mésalazine : Pentasa*, Rowasa* (cp, suppo, lavements),...

2) Corticoïdes : cp, inj, local (lavement, mousse)

Corticoïdes à action topique locale (budésonide : gélule)

► Immunosupresseurs

- Azathioprine : Imurel* (cp)

- 6-mercaptopurine (6-MP) : Purinethol* (cp)

- Methotrexate (im/sc, cp)

- Ciclosporine (iv, cp)

► Biotherapies : anti-TNF (Infliximab (Rémicade®), Adalimumab (Humira®) :

► Antibiotiques : Métronidazole : Flagyl* (cp), Ciprofloxacin : (cp)

2.3) Traitement chirurgical

► Resections intestinales, colectomie totale avec anastomose ileo-rectale ou ileo-anale ou ileostomie

IX) Traitement

3) Indications thérapeutiques

- ▶ Traitement d'induction est fonction de la sévérité des poussées :
Corticoïdes , anti-TNF ou chirurgie (poussée grave)
- Traitement d'entretien (pour maintenir une rémission)
immunosuppresseurs , anti-TNF
- ▶ **traitement chirurgical**: réservée aux
Complications (sténose serrée , abcès, perforation)
Formes résistantes au TRT médical

Risque de récurrence post-opératoire (traitement médical préventif)

X) Conclusion

- ▶ La MC est une affection chronique de cause inconnue qui peut toucher n'importe quel segment du tube digestif
- ▶ Troubles intestinaux avec souvent des manifestations ano-perineales et parfois des signes extradigestifs
- ▶ Savoir reconnaître les signes de gravité clinico- biologiques et endoscopiques
- ▶ Les lésions de la maladie de crohn évoluent vers des sténoses fibreuses, des fistules et des abcès
- ▶ Nécessite une prise en charge thérapeutique adéquate le plus souvent médicale mais avec recours inévitable vers la chirurgie dans certains cas.
- ▶ Risque de récurrence post-opératoire

Université de Ferhat abass; Sétif
Année universitaire 2023-2024

Rectocolite ulcero- hemorragique

Dr Zighmi N

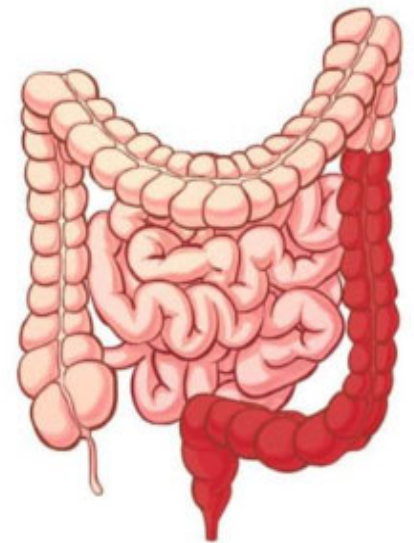
Cours de 4eme Année Medecine

I)Introduction

- ▶ La RCH est une **maladie inflammatoire intestinale**, d'étiologie inconnue, qui fait partie avec la maladie de Crohn(MC) des **maladies cryptogénétiques de l'intestin(MICI)**

Caractérisée par:

- ▶ Touche **exclusivement le colon** avec **atteinte rectale constante**
- ▶ Clinique: Diarrhée glairo sanglante/Rectorragies+/- manifestations extra digestives
- ▶ Evolue par **poussées/Remissions**
- ▶ Bien contrôlée par TRT médical(5ASA,CTC...)



II)Epidémiologie

- ▶ répartition géographique hétérogène
- ▶ plus fréquente dans les pays développés(Amérique, Europe du nord, UK ,canada)
- ▶ Tendance à se propager(Asie,Inde,Maghreb)
- ▶ Tous les âges, pic de fréquence 20-40 ans
Maladies des jeunes+++

III)Pathogénie:

Inconnue, probablement multifactorielle mettant en jeu plusieurs facteurs

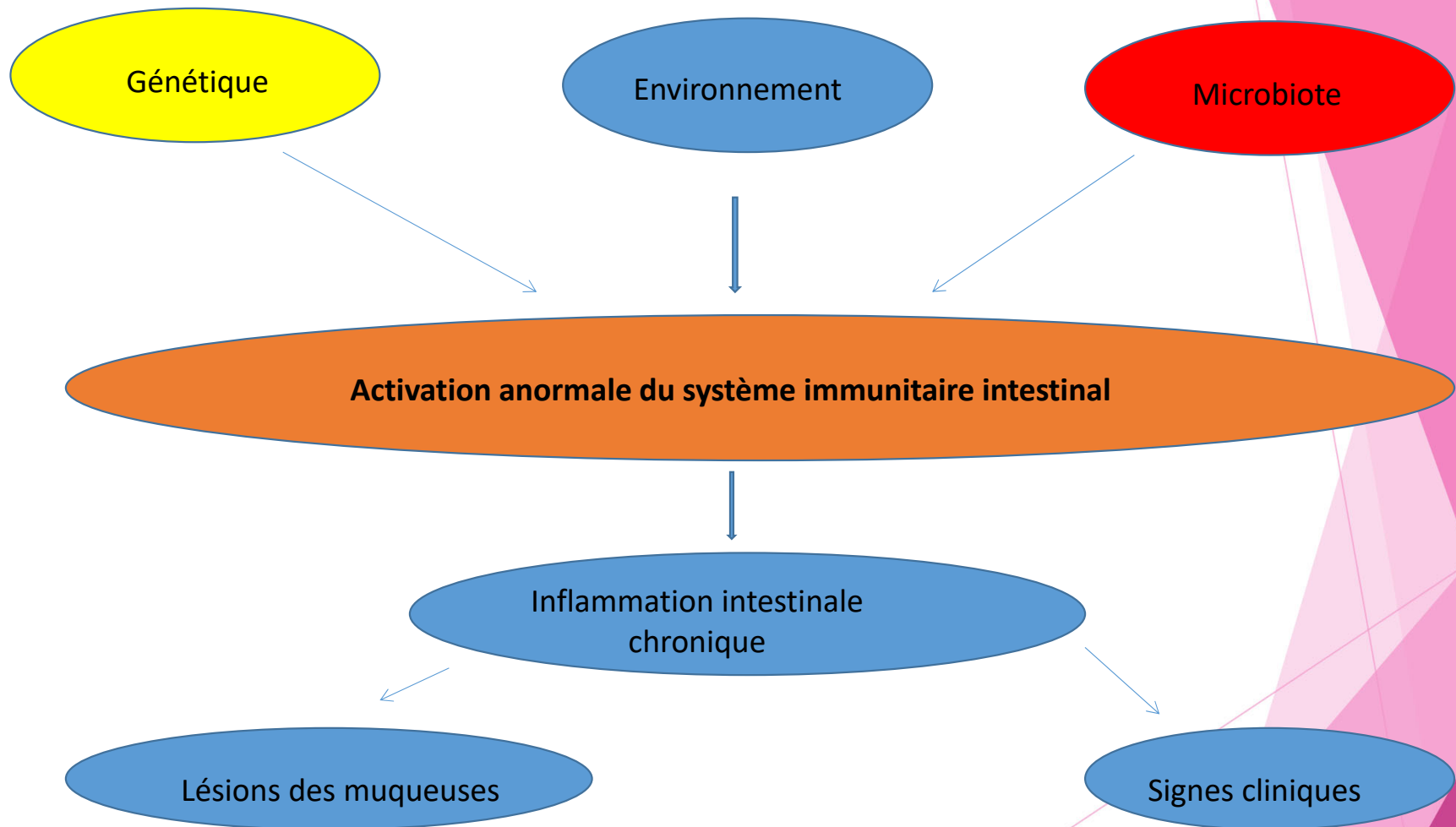
1)Facteurs génétiques : il s'agit d'une prédisposition génétique à la maladie (mais ce n'est pas une maladie génétique)

2)Facteurs d'environnement

- ▶ **Tabagisme actif**=protège de la RCH contrairement à ce qui est observé au cours de la maladie de crohn
- ▶ Une appendicectomie réalisée avant l'âge de 20 ans réduit de 70% le risque de RCH

III)Pathogénie:

- ▶ Une modification de la composition du microbiote intestinal appelée dysbiose
- ▶ Facteurs immunologiques: activation du système immunitaire local par un ou plusieurs stimuli aboutissant à la production de cytokines pro-inflammatoires responsables des lésions digestives



IV) Etude clinique

Les signes cliniques dépendent de **l'étendue des lésions et leur sévérité**

Type de description: RCH du sujet jeune en poussée modérée

➤ Signes fonctionnels :

- 1) Rectorragies +/- glaires (déjections)
- 2) **Diarrhée glairo sanglante+++**
- 3) Syndrome rectal (ténésmes, épeintes)
- 4) Douleurs abdominales

IV) Etude clinique

➤ Signes généraux

- Fièvre: dans les poussées modérées ou sévères(le plus souvent fébricule vespéral)
- Pouls, TA: normaux dans les poussées minimales ou modérées

➤ Signes physiques

Examen de l'abdomen: Normal+/-sensibilité FIG, hypogastre

Marge anale: saine

TR: douloureux/élimine processus rectal.

Recherche des manifestations extradigestives :

IV) Etude clinique

1) Manifestations extra-digestives associées :

Evoluent le plus souvent parallèlement aux poussées digestives

► Manifestations cutanées et muqueuses :

- **Aphthose buccale**
- **Erythème noueux** : éruption douloureuse
nodules erythemato-violacés prédominant sur les
faces d'extension des bras et des jambes
- **Pyoderma gangrenosum** : réalise des ulcérations creusantes
indolores, à bords épais, à centre nécrotique et infectés, siégeant
volontiers au niveau des extrémités inférieures

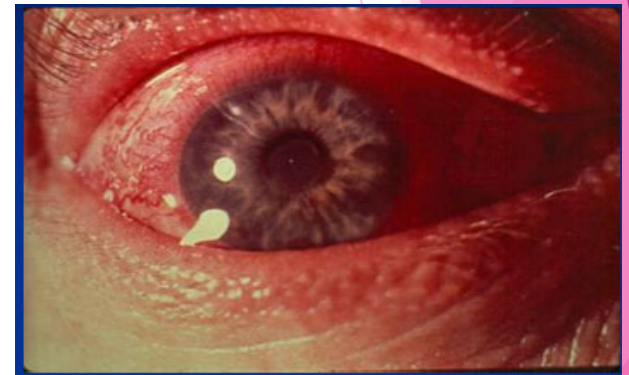


IV) Etude clinique

► Manifestations ophtalmologiques

- l'**Uvéite** : c'est la manifestation ophtalmologique la plus fréquente, **peut menacer la vue** (œil rouge)
- Autres : keratites, épisclerites et sclerites

- ### ► Arthropathies périphériques : touchant les grosses articulations (genoux, chevilles, poignets)



2) Maladies inflammatoires chroniques associées

Evoluent généralement indépendamment de la maladie digestive

- Rhumatisme axial: Spondylarthrite ankylosante (SPA) ou sacro-iliite
- la cholangite sclérosante primitive: CSP (beaucoup plus fréquemment associée à la RCH)



V) Etude Paraclinique

1) Examens appréciant le retentissement:

- ▶ **Hémogramme:** -Normal
 - Anémie(carentielle/inflammatoire)
 - +/- hyperleucocytose discrète avec polynucléose neutrophile
- ▶ **Syndrome inflammatoire:**(augmentation de la VS/CRP, alfa2glob à l'EPP...)
- ▶ **calprotectine fécale**
- ▶ **Hypoalbumunémie:**Baisse proportionnelle à la sévérité de la poussée et de la maladie
- ▶ **Troubles hydroélectrolytiques(Na+K+Ca++,...):** Dans les formes sévères
- ▶ **Examen des selles :**
 - Bactériologie: dans un but de diagnostic différentiel ,Recherche de toxine de *costridium*
 - Parasitologie :recherche surinfection amibienne intestinale.
- ▶ **Dosage immuno:**Présence de pANCA(2/3des cas)/Absence des ASCA

V) Etude Paraclinique

2) Examens à visée diagnostique:

L'endoscopie digestive basse (coloscopie)

➤ Lésions endoscopiques caractéristiques de la maladie:

1) Atteinte constante du rectum

2) Aspect continu des lésions sans intervalles de muqueuse saine

- muqueuse erythemateuse, oedematiée, granité et hémorragique (fragilité au contact de l'endoscope), Présence d'ulcérations (superficielles ou profondes)

- Dans les formes anciennes: microcolie, micro-rectie (le colon et le rectum ne se distendent pas), perte des haustrations coliques (colon tubulé)

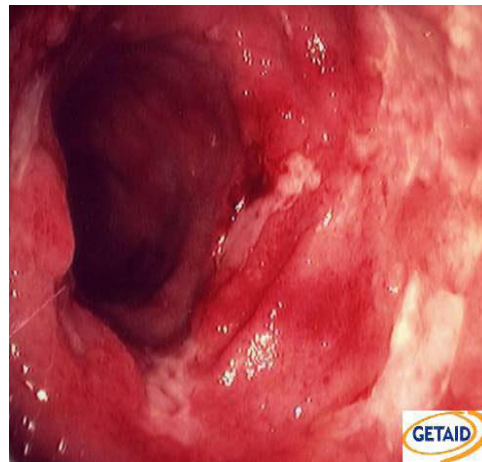
Pseudopolypes inflammatoires



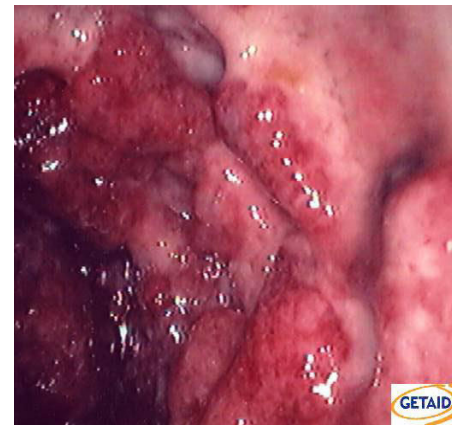
Erythème diffus avec œdème



Erosions confluentes



Ulcérations superficielles



Ulcérations creusantes



MUQUEUSE
COLIQUE
NORMALE

V)Etude Paraclinique

L'examen histologique

- ▶ Les lésions prédominent au niveau de la muqueuse, associent:
 - 1)Altération de l'épithélium de surface+/-ulcerations
 - 2)Distorsion des glandes(rarifiées,hypocrines),altération de la mucosecretion avec présence d'abcés cryptiques (nombreux)
 - 3)Infiltrat inflammatoire lymphplasmocytaire
 - 4)Absence en général des granulomes (fréquents dans la MC)

V)Etude Paraclinique

► **L'examen radiologique:** a peu d'intérêt dans la RCH

1) ASP

► Rechercher une complication :
colectasie :dilation colon transverse supérieure
à 6cm(état pré-perforatif)
Perforation :pneumoperitoine(PNOP)



V) Etude Paraclinique

2) Lavement baryté

refus, intolérance ou sténose infranchissable

► Stade précoce

Anomalies du tonus

Diminution de l'expansibilité

Les Haustrations tendent à disparaître



V)Etude Paraclinique



Ulcérations profondes



Images en doubles contours: boutons de chemise

V) Etude Paraclinique

► *Dans les formes anciennes :*

Aspect rigide du colon avec disparition des haustrations, arrondissement des angles, diminution du calibre et de la longueur, aboutissant à une microcolie gauche.



V)Etude Paraclinique

Autres:

Enteroscanner:

- ▶ Si pratiqué, confirme l'intégrité du grêle

TDM et échographie:

- ▶ A la recherche de complications



VI) Formes cliniques

► FORMES EVOLUTIVES

1.1) Selon l'intensité de la poussée

		Sévère	Légère
Nombre de selles/j		≥ 6 (sanglante)	≤ 4 (non sanglante ou petites traces de sang).
Température		> 37,5 pendant 4 jours ou > 37,8 (2j/4)	Absence de fièvre.
Rythme cardiaque / mn		≥ 90 / '	Pas de tachycardie
Hémoglobine		≤ 10,5 g/dl.	Pas d'anémie sévère.
VS		≥ 30	< 30.

La poussée est dite modérée lorsque l'intensité des paramètres est intermédiaire

VI) Formes cliniques

Forme grave : mérite d'être isolée

Le diagnostic repose sur

- ▶ les critères clinico-biologiques de Truelove et Witts
- ▶ et sur les critères endoscopiques de gravité : ulcérations creusantes, en puit, décollement muqueux et mise à nu de la musculature...)

Critères de Truelove et Witts modifiés

Poussée sévère : présence du premier critère et d'au moins 1 des 6 autres

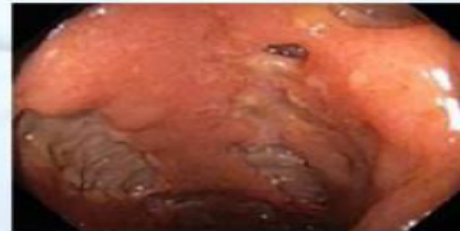
Nombre d'évacuations par 24 h	> 5
Rectorragies	Importantes
Température (°C)	> ou = 37,5
Pouls (/min)	> ou = 90
Taux Hémoglobine	< ou = 10
VS (en mm à la 1 ^{re} h)	> ou = 30
Albuminémie en g/l	< ou = 35

VI) Formes cliniques

☐ **Endoscopie** courte prudente et sans préparation préalable → signes sévères.



Ulcération profondes et larges mettant à nu la striation musculuse



Ulcérations profondes en puits et décollement muqueux

- ☐ **Evolution spontanée** : vers la complication
- ☐ **Pronostic** : fonction de la précocité du TRT

VI) Formes cliniques

1.2) Formes évolutives particulières sous traitement :

► Cortico-résistance :

Maladie toujours active malgré un traitement par prednisolone à la dose d'au moins 0,75 mg/kg/j pendant 4 semaines

► Cortico-dépendance :

- Soit impossibilité de réduire la dose de traitement **en deçà de 10 mg/j de corticoïdes** dans les 3 mois suivant l'instauration d'une corticothérapie.
- Soit rechute dans les trois mois après le sevrage complet.

VI) Formes cliniques

Autres formes cliniques

► Formes topographiques

- Formes limitées au rectum(rectites 30-60%)
- Colites gauches: formes étendues au-delà du rectum mais ne dépassant pas l'angle colique gauche(16-45%)
- Formes étendues au-delà de l'angle colique gauche que l'on classe avec les pancolites

► Formes selon le terrain

- Formes compliquées: colectasie, perforation, hémorragie digestive basse abondante, thrombose veineuse profonde, cancer colo-rectal(surtout en cas d'atteinte étendue et ancienne et /ou CSP associée)



Rectite



**Colite
gauche**



**Colite
étendue
(pancolite)**

VII)Diagnostic

1)Diagnostic positif:

- Se fait sur un faisceau d'arguments:
 - Clinique,radiologique,endoscopique et histologique
 - Aucun signe considéré isolément n'est pathognomonique

2) Diagnostic différentiel:

- Peut être difficile selon les circonstances du diagnostic

VII)Diagnostic

Diagnostic différentiel:

1 -Au cours de la première poussée de la maladie:

➤ **Devant une diarrhée aiguë (sanglante ou non) :**

1)Colite aiguë infectieuse+++(salmonellose,shigellose,yersiniose,amibiase intestinale+++ ,CMV)

▫Coproparasitologie des selles/sérodiagnostic

2)Colite aiguë médicamenteuse(sels d'or,AINS,pénicillamine,méthotrexate)

3)Colite pseudomembraneuse(notion de prise Antibiotiques+++)

▫Aspect endoscopique très évocateur :présence de pseudomembranes++

Germe: clostridium difficile

4)Colite ischémique(sujet âgé/terrain athéromateux)

▫Colon gauche++/endoscopie + histologie évocatrice

VII)Diagnostic

► Devant des rectorragies isolées ou prédominantes

- 1)Tumeurs bénignes ou malignes recto coliques
- 2)Colite ischémique
- 3)Ulcère solitaire du rectum

► Devant une diarrhée chronique sanglante ou non:

- Maladie de crohn colique++++
- Colite radique(anamnèse+++)
- Amibiase chronique(plus rarement)
(Parasitologie des selles,histo,reponse au metronidazole)

VIII) Traitement

1) Buts du traitement :

- Traiter la poussée
- Maintenir une rémission prolongée

VIII) Traitement

2) Moyens thérapeutiques:

1) Règles hygiéno diététiques:

- ▶ Hospitalisation nécessaire dans les poussées sévères
- ▶ Assurer une ration calorique adéquate avec correction des différentes carences et troubles hydro électrolytiques.
- ▶ Régime sans résidus durant la poussée (normal en dehors des poussées)
- ▶ Eviter les AINS

VIII) Traitement

2) traitement médical

► Anti-inflammatoires

1) Dérivés 5-aminosalicylés

Sulfasalazine : salazopyrine* (cp)

Salicylés de 2^{ème} génération : Mésalazine : Pentasa*, Rowasa* (cp, suppo, lavements),...

2) Corticoïdes : cp, inj, local (lavement, mousse)

Corticoïdes à action topique locale (budésonide : gélule)

► Immunosupresseurs

- Azathioprine : Imurel* (cp)

- 6-mercaptopurine (6-MP) : Purinethol* (cp)

- Methotrexate (im/sc, cp)

- Ciclosporine (iv, cp)

► Biothérapies : anti-TNF (Infliximab (Rémicade®), Adalimumab (Humira®), golimumab (simponi))

► Antibiotiques : Métronidazole : Flagyl* (cp), Ciprofloxacine : (cp)

VIII) Traitement

3) Indications thérapeutiques

► TRT des poussées

- Dérivés 5 aminosalicylés par voie orale et /ou rectal
- corticothérapie
- anti TNF
- chirurgie

► Traitement d'entretien

Les aminosalicylés (5 ASA), Les immunosuppresseurs , Les anti-TNF

- **La chirurgie** : colectomie totale avec anastomose ileo-anale
Complications, échec au traitement médical

IX) Conclusion

- ▶ La RCH est une affection chronique de cause inconnue touchant exclusivement le rectum et le colon
- ▶ Troubles intestinaux avec fréquemment des manifestations extradigestives
- ▶ Savoir reconnaître les signes de gravité clinico biologique et endoscopiques
- ▶ Nécessite une prise en charge thérapeutique adéquate le plus souvent médicale mais avec recours inévitable vers la chirurgie dans certains cas.
- ▶ Espoir de recourir dans un avenir proche à de nouvelles thérapeutiques ciblées, pouvant transformer le pronostic de la maladie