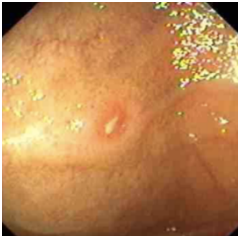
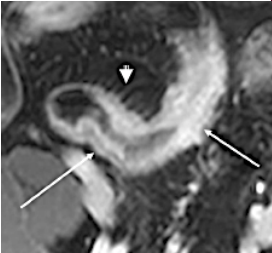
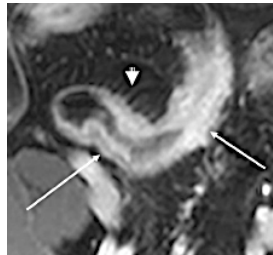


Item 279 – Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

	Maladie de Crohn	Rectocolite hémorragique	Colites microscopiques
Définition	Atteinte possible de tous les segments du TD : iléon terminal, côlon et anus ++	- Atteinte rectale constante - Extension colique d'amont, rétrograde, au max jusqu'au caecum	Colite lymphocytaire : ↑ nbr Ly intra-épithéliaux ≥ 20% Colite collagène : épaissement bande collagène sous-épithéliale > 10 µm +/- autres lésions : pete intégrité épithéliale, infiltrat inflammatoire de lamina propria avec cell mononuclées - Cause inconnue <u>Incidence</u> : 5-10/100 000 <u>Colite collagène</u> : F, > 50 ans <u>Facteur déclenchant ++</u> : médicamenteux (veinotoxique, AINS, lansoprazole, ticlopidine), terrain dysimmunitaire (thyroïdie Hashimoto, DT1, vitiligo) - Installation brutale (GEA) ou progressive <u>Clinique</u> : diarrhée chronique sécrétoire, liquidienne, diurne et nocturne, abondante, associée à impériosités voire incontinence fécale +/- amaigrissement, +/- hypoK+ - Coloscopie nle macroscopiquement Biopsies = dg <u>Evolution</u> : imprévisible, capricieuse, atténuations au bout de qq années - Ne prédisposent pas au cancer colorectal <u>Tt</u> : symptomatique : budésonide à libération colique
Epidémiologie	1/1000 - Incidence : 5-10 nvx cas / 100 000 : 1/1000-1/500 20-30 ans, tout âge possible	1/1000 - Incidence 5-10/100 000	
Physiopathologie	- Prédisposition génétique (CARD15-NOD2) - Facteurs environnementaux : tabac Dysbiose Anomalies réponse immunitaire	Facteurs génétiques Environnement Dysbiose - Tabac = Protecteur	
Clinique possible	Diarrhée chronique Lésions proctologiques : ulcérations, fissures, indolores, abcès, fistules Dlr abdo chroniques AEG (amaigrissement) Signes inflammatoires extra-digestifs : aphtes bucaux, érythème noueux, pyoderma gangrenosum, arthralgies, arthrites, uvéite <u>Anomalies biologiques</u> : SIB (↑ CRP et taux fécal de calprotectine) Anémie Hypoalbuminémie - Si atteinte intestin grêle : signes de malabsorption	Syndrome rectal (évacuations afécales glairoscanglantes, ténésmes, épreintes) Syndrome dysentérique chronique : diarrhée chronique + sang + glaires) Signes généraux dans forme grave : amaigrissement, fièvre Carence martiale et/ou SIB inexpliqués Signes extra-intestinaux : cf Crohn - Association à cholangite sclérosante primitive	
Confirmation diagnostique	<u>Endoscopie</u> : endoscopie oesogastroduodénale + iléosc opie => biopsies en zone lésée et saine : ulcérations (aphtoïdes, superficielles ou profondes),  	<u>Endoscopie</u> : inflammation rectocolique continue dès jonction anorectale, interruption brusque. Anomalies isolées du réseau vasculaire muqueux, muqueuse granitée, saignement muqueux, érosions, ulcérations <u>Histologie</u> : bifurcations et distorsions glandulaires, infiltrat lymphoplasmocytaire du chorion, palsmocyctose banale	

	intervalles de muqueuse saine possibles, +/- sténoses et fistules ▪ <u>Histologie</u> : perte de substance muqueuse, distorsions glandulaires, infiltration lymphoplasmocytaire du chorion, nodules lymphoïdes, granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires sans nécrose caséuse ▪ <u>Imagerie</u> : écho, entéro-IRM / entéro-TDM (si situations douteuses : vidéocapsule (CI si sténose), entéroscopie) - Epaississement des parois du TD d'aspect inflammatoire + ulcérations - Hyperhémie des mésos (signe du peigne) - Epaississement graisse mésentérique - +/- ADP de voisinage - Ces anomalies sont segmentaires et asymétriques /o à axe de intestin - +/- complications : sténose, fistule		
Diagnostic différentiel	Diarrhée aiguë révélant iléocolite	▪ 10% des Crohn débute comme gastro ▪ Si persistance de diarrhée > 3j => endoscopie : lésions iléocoliques + biopsies ▪ <u>Confirmation dg</u> : combinaison d'éléments + ATCD familiaux / évolution chronique ▪ ATTENTION néanmoins à ne pas instaurer à tort des corticoïdes	▪ Diarrhée aiguë révélant une colite : Cf Crohn ▪ Rectosigmoïdite aiguë ou subaiguë : chercher ○ MST (syphilis, gonococcie, Chlamydia, rectite herpétique) ○ Amibiase intestinale (tt pr nitroimidazolé) ○ Colite ischémique si lésion épargnant le rectum chez malade avec fdr CV
	Iléite aiguë isolée	▪ Iléite de début aiguë peut avoir présentation similiaire à sd appendiculaire. Rechercher infection intestinale bactérienne ou parasitaire ▪ <u>Dg</u> : coproculture + biopsies + culture liquide d'aspiration + HC (si fièvre)	



		▪ Tt : quinolones ▪ Si persistance au décours => iléoscopie		
	<i>Tuberculose</i>	▪ Contamination par voie digestive au contact d'u sujet porteur de TB pulmo active ▪ <u>Evocation</u> si : ATCD de TB ou TB active, contage familial ou fdr, clinique (AEG + fièvre + dlr abdo + diarrhée inconstante + masse FID +/- ascite exsudative) ▪ <u>Confirmation</u> : IDR +, Quantiferon +, visualisation des BAAR au direct, nécrose caséeuse dans granulomes, positivité des cultures de biopsies intestinales (Löwenstein), tt antituberculeux d'épreuve		
	<i>Autres</i>	Si lésions suspendues du grêle : ▪ Lésions néoplasiques ulcérées ▪ Maladie de Behçet, vascularites, granulomatose chronique septique (déficit fonctionnel des cellules phagocytaires)		
Evolution		▪ Par poussées avec périodes de rémission, +/- mode continu ▪ <u>Complications</u> : ○ Sténoses ⇔ maladie de Crohn fibrosténosante ○ Fistules et abcès ⇔ maladie de Crohn pénétrante ○ Perforations ○ Hémorragies ○ Colite aigüe grave (risque de colectasie) ○ Retard staturo-pondéral chez enfant ○ Accidents thromboemboliques ○ Adénocarcinome en zone enflammée chronique (colorectal ++) ○ Complications des tt ▪ Récidives fréquentes	▪ Par poussées avec périodes de rémission, +/- mode continu ▪ <u>Complications</u> : ○ Colite aigüe grave 20% : critères de truelove-Witts, URGENCE (PV engagé), +/- compliquée de perforation (péritonite stercorale), hémorragie, colectasie et accidents TE ○ Cancer colorectal : si atteinte ancienne et étendue du côlon et/ou cholangite sclérosante primitive ▪ Espérance de vie quasi normale	

	▪ Espérance de vie quasi normale		
Traitement	▪ <u>Induction</u> : corticoïdes, Tt nutritionnels, anti-TNFα ▪ <u>Entretien</u> : immunosuppresseurs (azathioprine, MTX) et/ou anti-TNFα (infliximab, adalimumab) ▪ Si complications (sténose ou fistule) : chirurgie (si pas de risque de stomie définitive)	▪ <u>Médical</u> : - <i>Poussées</i> : dérivés 5-amino-salicylés +/- corticoïdes, puis si besoin anti-TNFα ou anti-intégrines - <i>Entretien</i> : dérivés 5-amino-salicylés, azathioprine ou 6-mercaptopurine et/ou anti-TNFα et anti-intégrines ▪ <u>Chirurgical</u> : ablation complète du côlon et du rectum (coloproctectomie totale) puis anastomose iléo-anale avec réservoir, 2 csq (diarrhée motrice et trb continence) : 2 indications : - Echec du Tt médical - Lésions préneoplasiques ou cancer colorectal	

Distinction Crohn et RCH

		Rectocolite hémorragique	Maladie de Crohn
Physiopathologie	Génétique		Mutation CARD15-NOD2
	Prévalence tabagisme actif	< 10%	30-50%
	Effet du tabac	Protecteur	Aggravant
Lésions macroscopiques	Atteinte continue	Toujours	Possible
	Intervalles de muqueuse saine	Jamais	Fréquents
	Atteinte rectale	Constante	25%
	Ulcérations iléales	Jamais	60%
	Lésions anopérinéales	Jamais	50%
	Sténoses et fistules	Jamais	Fréquentes
Lésions microscopiques	Inflammation	Superficielle	Transmurale
	Mucosécrétion	Très altérée	Peu altérée
	Granulomes épithélioïdes	Jamais	30%
Sérologie	ASCA	-	+
	pANCA	+	-

Critères de Truelove-Witts définissant la poussée sévère de RCH (colite aiguë grave)

Poussée sévère de RCH (1 critère majeur + au moins 1 critère mineur)		
Critère majeur	Nbr d'évacuations hémorragiques / 24h	> 5
Critères mineurs	Rectorragies	Importantes
	Température	$\geq 37,5^{\circ}\text{C}$
	FC	≥ 90 bpm
	Hb	< 10 g/dL
	VS	≥ 30 mm 1 ^{ère} heure