



## Item279-Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) chez l'adulte et l'enfant.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une maladie de Crohn et une recto-colite hémorragique.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- ALD Crohn HAS 08 - ALD RCH HAS 08 - Polycopié national: <a href="#">item 118</a>	- Grêle: douleurs / Sd de Koenig-Colo-rectal: diarrhée / Sd rectal - Ano-périnéale: TR / fissure / fistule - MC: discontinues / profondes / mucosécrétion/ transmurale /granulome / ASCA (+) ANCA (-) - TDM AP injectée + hydrosolubles - C°: locales (6) / générales / récidive - RCH et cholangite sclérosante primitive - Régime / 5-ASA / corticoïdes / traitement IS - CAG: SNG + corticoïdes +/- IS +/- chirurgie - Prise en charge à 100%	- Facteur déclenchant (AINS) - Préciser forme topographique - Toucher rectal / marge anale - Atteintes associées (5) - Iléo-coloscopie + biopsies - Coprocultures si fièvre - Score de Truelove et Witts (5) - Risque de CCR: coloscopies - Renutrition / HBPM - Colectasie si RCH sévère - Chirurgie en urgence si colectasie

### A. MALADIE DE CROHN

#### Généralités

##### Epidémiologie

- Prévalence en France: p = 5.6/100 000
- Mortalité: espérance de vie légèrement diminuée mais surtout morbidité ++
- Forme familiale dans 5-10% / sporadique dans la grande majorité des cas
- **Facteurs de risque**
  - Atcd familiaux / sex ratio: femme > homme
  - Age: débute chez l'adulte jeune: 20-30ans (!! mais possible à tout age)
  - Tabac = facteur de risque et facteur aggravant (≠ RCH)

##### Classification

- **Formes topographiques**
  - **Iléon** terminal (30%) (≠ RCH)
  - Colo-rectale (20%)
  - **Ano-périnéale** (30%)
  - N'importe quelle autre partie (« de la bouche à l'anus »)
- **Formes cliniques**
  - Forme inflammatoire pure (43%)
  - Formes sténosantes et fibrosantes (37%: sub-occlusion puis syndrome de König)
  - Formes perforantes et fistulisantes (20%: abcès puis fistules digestives ou anales)
  - !! forme clinique peut évoluer (50%): inflammatoire → sténosante ou perforante

#### Diagnostic

##### Examen clinique

- Interrogatoire

- **Terrain:** F > H / jeune (20-30ans) / atcd familial / tabagisme
- **Prises:** médicamenteuses (**AINS** ++ ) / toxique (alcool)
- **Anamnèse:** évolution chronique paroxystique: épisodes / facteur déclenchant (**A savoir !**)
- **Signes fonctionnels**
  - **Signes digestifs (3):** transit (diarrhée chronique) / rectorragie / douleurs abdominales
  - **Signes associés:** AEG / **fièvre** / Sd anémique ++ / Sd carenciel (cf **Diarrhée chronique chez l'adulte et l'enfant.**) / Amaigrissement ++
- **Examen physique**
  - **Atteintes digestives: selon la forme topographique**
    - **Grêle (iléon terminal +++)**
      - **Douleur** abdominale ++ / diarrhée inconstante
      - **Syndrome de Koenig** (!! pathognomonique d'une sténose du grêle)
        - Douleur abdominale intense avec ballonnement cédant brutalement avec bruit hydro-aérique (syphon) puis débâcle diarrhéique
    - **Colo-rectale**
      - **Diarrhée** chronique glairo-sanglante ++
      - **Syndrome rectal**
        - Epreinte (sensation douloureuse de corps étranger intra-rectal)
        - Ténésme (douleur colique avant défécation, calmée par celle-ci)
        - Faux besoins (impériosités)
    - **Ano-périnéale** (!! signe une maladie de Crohn)
      - **Examen proctologique:** TR + inspection de la marge anale (**A savoir !**)
      - Fissure anale: souvent multiple / indolore / sans contracture
      - Fistules sur abcès de la marge anale: cf **Pathologie hémorroïdaire.**
      - Inflammation: pseudo-marisque (tuméfaction) / sténose ano-rectale
  - **Atteintes associées / extra-digestives: dans 1/3 des cas (5A savoir ! ( ))**
    - **Rhumatologique: spondylarthropathie** +++
    - **Ophthalmologique: uvéite** antérieure / épisclérite
    - **Cutané: érythème noueux** / aphtes récidivants/ pyoderma gangrenosum
    - **Hématologique:** anémie mixte: carences (+++) et/ou inflammatoire, +/- thrombocytose
    - **Autre:** stéatose, cholangite sclérosante primitive ( rare) (cf **lctère.**)

#### Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
  - **Iléo-coloscopie avec biopsies multiples** étagées +++ (**A savoir !**)
    - Seul l'examen anapath fait le diagnostic de certitude de la maladie de Crohn
    - Granulome épithélioïde giganto-cellulaire sans nécrose caséuse (contrairement à la TB) : quasi-pathognomonique mais inconstant (30-50% des cas)

	maladie de Crohn	RCH
<b>Macro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Iléon + colon +/- rectum</li> <li>■ Lésions <b>discontinues</b></li> <li>■ Ulcérations profondes</li> <li>■ Mucosécrétion conservée</li> <li>■ Pseudo-polypes fréquents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rectum toujours / iléon jamais</li> <li>■ Lésions continues</li> <li>■ Ulcérations superficielles</li> <li>■ Mucosécrétion absente</li> <li>■ Pseudo-polypes rares</li> </ul>
<b>Histo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Atteinte <b>transmurale</b></li> <li>■ <b>Granulome</b> épithélioïde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Atteinte non-transmurale</li> <li>■ Pas de granulome</li> </ul>

- **Endoscopie oeso-gastro-duodénale (EOGD)**
  - Systématique pour rechercher des lésions hautes évocatrice de M. de Crohn
- **Bilan immunologique**
  - ASCA: en faveur d'une maladie de Crohn (positifs dans 50% des MC)
  - p-ANCA: en faveur d'une RCH (!! mais positif dans 20% des MC)
  - Donc: **ASCA (+) / p-ANCA (-)** → en faveur d'une MC mais insuffisant
  - non systématique
- **Pour évaluation du retentissement**
  - **TDM abdomino-pelvienne injectée avec opacification aux hydrosolubles** +++
    - !! Systématique **si fièvre** ou douleur localisée
    - Recherche C° +++ : abcès +/- perforation / occlusions / fistules
  - **Bilan biologique** ++
    - NFS: anémie: mixte +/- carence en vitamines B9 / B12
    - Ferritinémie
    - VS/CRP: syndrome inflammatoire lors d'une poussée
    - Hypoalbuminémie (par inflammation + malabsorption + diarrhée)

- Créatininémie (recherche néphropathie)
- ALAT, Gamma-GT pour fonction hépatique initiale, PAL si suspicion cholangite sclérosante
- Entéro-IRM = exploration du grêle
  - Recherche épaissement et rigidité pariétale / sténoses / fistules +++
  - Transit remplacé de plus en plus par entéro-IRM
- Autres examen d'imagerie
  - Vidéo-capsule (!! contre-indiquée si sténose: toujours après Capsule Factice ou EntéroIRM)
  - Lavement opaque (pour rechercher des fistules ou si échec de la coloscopie)
- Pour éliminer un diagnostic différentiel
  - Coprocultures / EPS
    - Avec recherche des toxines A/B de Clostridium Difficile +++
    - pour éliminer un syndrome dysentérique sur colite infectieuse
  - Pré-thérapeutique +/- recherche activité et génotype de la TPMT (avant azathioprine ou 6-MP)+/- bilan pré anti-TNF

#### Diagnostiques différentiels

- Recto-colite hémorragique
  - Ac (ASCA+/ANCA-) / anapath: pas de granulome épithélioïde
  - Oriente par coloscopie: topographie différente / atteinte non transmurale
- Tuberculose intestinale (iléo-caecale)
  - LE diagnostic différentiel infectieux +++ (cf ECN 08)
  - A rechercher par clinique-IDR-RTx- Quantiféron (!! histologie souvent non concluante)
- Colite infectieuse (= syndrome dysentérique)
  - En cas d'iléite terminale: **Yersinia** ++
  - Faire coprocultures et EPS si fièvre (**A savoir !**)
- Autres:
  - Colites ischémiques / aux AINS / appendicite aiguë, etc.

## Evolution

#### Bilan de gravité

- En pratique, utilisation du score de Truelove +++

	Poussée légère	Poussée modérée	Poussée sévère
# selles/j	< 4 / traces de sg	caractéristiques de poussée légère et sévère à la fois	≥ 6 / sanglantes
T.	N		> 37.8 °C 2J sur 4
FC	N		> 90/min
[Hb]	N		< 10.5g/dL
VS à H1	< 30 mm		> 30 mm

- Score de Best = CDAI (Crohn Disease Activity Index)
  - CDAI < 150 = maladie de Crohn inactive
  - CDAI = 150-450 = maladie de Crohn active
  - CDAI > 450 = maladie de Crohn active sévère

#### Complications

- Complications locales (6)
  - Infectieuses +++: abcès +/- perforations → péritonite
  - Fistules: tous types: entéro-entérales / entéro-vésicales / recto-vaginales, etc.
  - Occlusion ou sub-occlusion: sub-occlusion chronique > occlusion totale aiguë
  - Colectasie: dilatation colique (colon > 8-10cm) / !! risque de perforation
  - Cancer: (**A savoir !**)
    - CCR dépistage coloscopie totale avec coloration (chromoendoscopie)
    - 1x/1-3 ans si évolution > 8ans ou d'emblée si cholangite sclérosante primitive associée
  - Hémorragies digestives: rarement massives
- Complications générales (4)
  - Dénutrition: multifactorielle: inflammation chronique + malabsorption + diarrhée...
  - Thrombo-emboliques: cf entéropathie: perte de protéines → risque de MTEV ↑
  - Dépression +++ : cf hospitalisation répétées, retentissement sur la qualité de vie..
  - Iatrogénie: cf corticothérapie / IS / résections coliques ( » Sd du grêle court »)
- Récidives des poussées +++

## Traitement (pas au programme des ECN)

### Mise en condition

- Hospitalisation systématique si 1ère poussée ou poussée sévère
- Prise en charge ambulatoire au long cours sinon
- Pose SNG si vomissement +/- renutrition entérale

### Mesures hygiéno-diététiques

- Arrêt du tabac +++ / repos
- Lutte contre la **dénutrition**: régime hypercalorique (**A savoir !**)
- **Régime sans résidus**: si poussée mais à éviter au long cours
- Éviter la prise d'AINS (facteur déclenchant)

### Traitement symptomatique

- Correction troubles hydro-électrolytiques: hydratation +++
- Si dénutrition: renutrition orale > entérale > parentérale
- Antalgiques +/- antispasmodiques: paracétamol et spasfon®
- Ralentisseur du transit si diarrhée = loperamide (Imodium®)
- Antibiothérapie si abcès ou lésions ano-périnéales: Métronidazole (Flagyl®)

### Traitement médicamenteux

- **Traitement de la poussée = anti-inflammatoire**
  - **Dérivés salicylés = 5-ASA**
    - En 1ère intention si poussée **modérée** en cas de forme colique ++
    - Ex: mésalazine (Pentasa®) PO / traitement d'attaque = 4g/j puis traitement d'entretien = 2g/j
    - Efficacité discutée...
  - **Corticothérapie**
    - **Corticoides locaux**
      - Si poussée **modérée** d'une MC de forme iléo-caecale ++
      - Ex: budésonide (Entocort®) par voie orale (effet local sur iléon droit)
    - **Corticoides systémiques**
      - Si poussée **sévère** ou si échec du traitement initial / !! jamais en traitement d'entretien
      - Ex: prednisone PO (IV si colite aiguë grave) 1mg/kg/j 4-8S puis ↓
- **Traitement de fond = immuno-suppresseur**
  - Une fois la rémission obtenue ou parfois en cas de poussée sévère/maladie fistulisante
  - **Azathioprine = Imurel®; 6-mercaptopurine = Purinéthol®**
    - Azathioprine : 2-3mg/kg/j sur ≥ 6-9M: délai d'efficacité long (efficace dans 65% des cas à 1an)
    - 6-mercaptopurine : 1mg/kg/j
  - **Anti-TNFα = infliximab (Remicade®)**
    - Si MC actives et résistantes à l'Imurel® / MC fistulisante résistante à l'azathioprine/ colite aiguë grave corticorésistante
    - 5mg/kg/8semaines en IV avec schéma d'induction si poussée sévère / seulement en milieu hospitalier (coûteux ++)
    - parfois associé à un traitement immunosuppresseur
  - **Méthotrexate**
    - Traitement de deuxième intention
    - Seulement dans maladie de Crohn
    - **voie parentérale ++** (IM ou SC) ou PO

### Traitement chirurgical

- Si lésions symptomatiques et résistantes au traitement médical (70% des patients à terme...)
- → **résection segmentaire** des lésions coliques ou grêliques
- si sténose courte et unique : dilatation endoscopique
- si sténoses multiples ou longues : stricturoplastie
- !! Doit être le plus économique possible: risque de malabsorption et d'incontinence

### Mesures associées

- P° MTEV si poussée: **HBPM** + contention (**A savoir !**)
- Prise en charge à **100%** (ALD 24) +++
- Education du patient / Arrêt de travail si poussée
- Soutien psychologique / association de malades

### Surveillance

- **Clinique**
  - Fréquence des consultations: MT: au min 1x/6M - spécialiste: 1x/an
  - Signes généraux / digestifs / extra-digestifs / qualité de vie +++
- **Paraclinique**
  - ferritinémie +/B9-B12 1x/An / créatinine si 5-ASA ou MTX / bilan si corticoïdes (cf [Prescription et surveillance des](#)

classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions) / NFS-P- ALAT Gamma GT si Azathioprine, 6-MP, MTX /

- **Dépistage CCR: (A savoir !)**
  - coloscopie totale +/- avec coloration (chromendoscopie)
  - 1x/1-3ans si évolution > 8 ans (ou d'emblée si Cholangite sclérosante primitive associée)
  - 32 biopsies systématiques : 4 par segment de 10 cm + lésions suspectes

## B. RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE

### Généralités

#### Epidémiologie

- Prévalence: p = 3.7/100 000 (donc < que MC)
- Espérance de vie normale mais morbidité associée +++
- **Facteurs de risque**
  - idem MC: âge jeune / pays développé / atcd familiaux
  - ≠ MC : tabac = facteur protecteur / sex ratio: H > F

#### Formes topographiques

- !! Ne touche que le colo-rectum (rectum toujours atteint / colon inconstant)
- **Rectite:** si seulement rectum (ou proctite, 30%)
- **Recto-colite:** si rectum + colon gauche (50%)
- **Pancolite:** si dépasse angle colique gauche (20%)

### Diagnostic

#### Examen clinique

- **Interrogatoire**
  - **Terrain:** sexe H > F / jeune / non fumeur
  - **Prises:** médicamenteuse (AINS / anti-thrombotiques)
  - **Anamnèse:** évolution chronique paroxystiques / facteur déclenchant
  - **Signes fonctionnels**
    - **Signes digestifs:** rectorragie ++ / diarrhée / douleur abdominale
    - **Signes généraux:** AEG / fièvre / Sd anémique ++ / (Sd carenciel rare)
- **Examen physique**
  - **Atteintes digestives: selon la forme topographique**
    - **Rectite:** **rectorragie** isolée +/- diarrhée glairo-sanglante
    - **Recto-colite:** idem + **syndrome rectal** (ténésme / épreintes / faux-besoins)
    - **Pancolite:** idem + syndrome rectal + **douleurs** abdominales intenses
  - **Atteintes associées / extra-digestives**
    - **Hématologique:** anémie mixte: carences (+++) et/ou inflammatoire, +/- thrombocytose
    - **Autre:** stéatose, cholangite sclérosante primitive (rare) (cf [lctère.](#))

#### Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
  - **Iléo-coloscopie avec biopsies multiples (A savoir !)**
    - Seul l'examen anapath fait le diagnostic de certitude de la RCH

	maladie de Crohn	RCH
<b>Macro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Iléon + colon +/- rectum</li> <li>■ Lésions discontinues</li> <li>■ Pseudo-polypes fréquents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rectum toujours / iléon jamais</li> <li>■ Lésions <b>continues</b></li> <li>■ Pseudo-polypes rares</li> </ul>
<b>Histo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Atteinte transmurale</li> <li>■ +/- Granulome épithélioïde</li> <li>■ Mucosécrétion conservée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Atteinte non-transmurale</li> <li>■ <b>Pas</b> de granulome</li> <li>■ Mucosécrétion absente</li> </ul>

- Bilan immunologique
  - Association **ASCA (-) / pANCA (+)** en faveur d'une RCH, non systématique
- Pour éliminer un diagnostic différentiel
  - Coprocultures / EPS:
    - Avec recherche des toxines A/B de *Clastridium Difficile* +++
    - pour éliminer un syndrome dysentérique sur colite infectieuse (**A savoir !**)
- Pour évaluation du retentissement
  - Bilan biologique: recherche syndrome inflammatoire / anémie +++
    - NFS: anémie inflammatoire ( rare)
    - Ferritinémie
    - VS/CRP: syndrome inflammatoire lors d'une poussée
    - Créatininémie ( recherche néphropathie)
    - ALAT, Gamma-GT pour fonction hépatique initiale, PAL si suspicion cholangite sclérosante
  - TDM: Moins utile que Crohn (cf non transmural) / seulement si colite aiguë grave
  - Cholangio-IRM: recherche C<sup>9</sup> biliaires de la RCH: cholangite sclérosante +++
- Pré-thérapeutique
  - +/- recherche activité et génotype de la TPMT ( avant azathioprine ou 6-MP)

#### Diagnostiques différentiels

- Maladie de Crohn +++
  - Éliminée par la coloscopie +/- les Ac (ASCA-/ANCA+)
  - !! pas toujours possible de trancher = colite indéterminée
- Colite infectieuse +++
  - Coprocultures (avec toxines de *Cl. difficile*) et EPS initiales +++
- Autres:
  - Colites ischémiques / aux AINS..
  - Tuberculose intestinale / appendicite aiguë, etc.

## Evolution

#### Bilan de gravité

- Score de Truelove (**A savoir !**)

	Poussée légère	Poussée modérée	Poussée sévère
# selles/j	< 4 / traces de sg	caractéristiques de poussée légère et sévère à la fois	≥ 6 / sanglantes
T.	N		> 37.8 °C 2J sur 4
FC	N		> 90/min
[Hb]	N		< 10.5g/dL
VS à H1	< 30 mm		> 30 mm

#### Complications

- Récidives des poussées
  - !! Colite aiguë grave plus fréquente que pour la M. de Crohn
- Complications locales (6)
  - **Colectasie** +++: dilatation colique (colon > 8-10cm) / !! risque de **perforation**
  - Infectieuses abcès +/- perforations → péritonite
  - **Fistules**: recto-vaginales, etc (mais pas avec l'intestin grêle puisque non atteint !).
  - **Occlusion ou sub-occlusion**: sub-occlusion chronique > occlusion totale aiguë
  - **Cancer**: (**A savoir !**)
    - **CCR** dépistage coloscopie totale avec coloration (chromoendoscopie)
    - 1x/1-3 ans si évolution > 8ans ou d'emblée si cholangite sclérosante primitive associée
  - **Hémorragies digestives**: rarement massives
- Complications générales (4)
  - **Dénutrition**: multifactorielle: inflammation chronique + malabsorption + diarrhée...
  - **Thrombo-emboliques**: cf entéropathie: perte de protéines → risque de MTEV ↑
  - **Dépression** +++ : cf hospitalisations répétées, retentissement sur la qualité de vie..
  - **Iatrogénie**: cf corticothérapie / IS / résections coliques
- Cholangite sclérosante primitive: associée à RCH+++
  - A évoquer devant toute anomalie du bilan hépatique (cholestase) / ictère
  - Concerne 5% des RCH mais 80% des cholangites sclérosantes ont une RCH
  - Bilirrubinémie et PBH

## Traitement

### Prise en charge

- Hospitalisation systématique si 1<sup>ère</sup> poussée ou poussée sévère
- Prise en charge ambulatoire au long cours sinon

### Mesures hygiéno-diététiques

- Arrêt du tabac (!! même si facteur protecteur: **A savoir !**)
- Lutte contre la **dénutrition**: régime hypercalorique
- Régime **sans résidus**: si poussée mais éviter au long cours
- Eviter la prise d'AINS (facteur déclenchant) / aspirine

### Traitement symptomatique

- Correction troubles hydro-électrolytiques: hydratation +++
- Si dénutrition: renutrition orale > entérale > parentérale
- Antalgiques +/- antispasmodiques: paracétamol et spasfon®
- Ralentisseur du transit si diarrhée = Lopéramide (Imodium®)

### Traitement médicamenteux

- **Traitement de la poussée**
  - **Traitement anti-inflammatoire local d'attaque**
    - 5-ASA: mésalazine (Pentasa®) PO
    - Si échec et rectite ou recto-colite gauche : ajouter lavement par corticoïdes locaux (Solupred®) ou amino-salicylés locaux
  - **Corticothérapie systémique par voie orale**
    - Indication: si échec du traitement anti-infl local ou poussée sévère
    - Prednisone (Cortancyl®) à 1mg/kg/j avec arrêt progressif
  - **Si échec**
    - Ciclosporine IV
    - Anti-TNFα = infliximab (Remicade®) en traitement d'induction
    - Chirurgie
- **Prévention des récidives**
  - **Traitement anti-inflammatoire de fond** : 5-ASA oral (1g x2/ j)
  - **Traitement immunosuppresseur**: si cortico-résistance ou cortico-dépendance:
    - Azathioprine: Imurel® 2-3mg/kg/j pdt au moins 6M (effet retardé)
    - 6-mercaptopurine = Purinéthol® 1mg/kg/j

### Traitement chirurgical

- **Si colite aiguë grave résistant au traitement médical = chirurgie en urgence (à chaud)**
  - Colectomie subtotala avec double stomie / sous coelioscopie ++
- **Si RCH récidivante ou résistante au traitement IS**
  - **Coloproctectomie totale** avec anastomose iléo-anale avec réservoir iléal
  - parfois conservation du rectum : anastomose iléo-rectale
  - Concerne 20-30% des patients / Technique de référence: **guérit la RCH**

### Mesures associées

- P° des MTEV si poussée: **HBPM** + contention (**A savoir !**)
- Prise en charge à **100%** (ALD 24) +++
- Education du patient / Arrêt de travail si poussée
- Soutien psychologique / association de malades

### Surveillance

- **Clinique**
  - Fréquence des consultations: MT: au min 1x/6M - spécialiste: 1x/an
  - Signes généraux / digestifs / extra-digestifs / qualité de vie +++
- **Paraclinique**
  - ferritinémie +/B9-B12 1x/An / créatinine si 5-ASA / bilan si corticoïdes (cf [Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions](#)) / NFS-P- ALAT Gamma GT si Azathioprine, 6-MP /
  - **Dépistage CCR: (A savoir !)**
    - coloscopie totale +/- avec coloration (chromendoscopie)
    - 1x/1-3ans si évolution > 8 ans (ou d'emblée si Cholangite sclérosante primitive associée)
    - 32 biopsies systématiques : 4 par segment de 10 cm + lésions suspectes

## C. COLITE AIGUË GRAVE

### Définition

- On parle de colite aiguë grave dès que le score de TRUELOVE = sévère  
!! Ne présume donc pas du diagnostic étiologique de la colite +++
- Colites inflammatoires (MICI)
  - RCH le plus souvent
  - Maladie de Crohn parfois
- Colites infectieuses
  - Sur syndrome dysentérique
  - Tous les étiologies sont possibles (cf )
- Colites vasculaires
  - Colite ischémique (cf Pathologie digestive vasculaire)

### Diagnostic

#### Examen clinique

- Plus fréquente au cours de la RCH que de la MC
- Equivalente à une poussée sévère: cf **score de Truelove**:

	Poussée sévère
# selles/j	≥ 6 / sanglantes
T.	> 37.8°C 2j/4
FC	> 90/min
Hb	< 10.5g/dL
VS à H1	> 30 mm

- +/- utilisation du score de Lichtiger (validé dans la RCH)

#### Examens complémentaires

- Pour évaluation du retentissement
  - Bilan biologique
    - NFS-P pour anémie / VS-CRP pour syndrome inflammatoire, etc.
  - ASP couché /centré sur les coupes (A savoir !)
  - Recherche une colectasie et un **pneumopéritoine** +++
  - TDM abdomino-pelvienne injectée
    - Systématique avant toute iléo-coloscopie
    - Elimine formellement la colectasie/perforation
- Pour diagnostic étiologique
  - Coprocultures / examen parasitologique des selles
    - Systématique devant toute colite / pour syndrome dysentérique
  - Iléo-coloscopie avec biopsies et ex. anapath
    - !! contre-indiquée si colectasie (donc ASP ou TDM avant +++)
    - Aspect typique de colite aiguë grave
      - Ulcérations découvrant la musculature (« **ulcérations creusantes**« )
      - Etendue >1/3 de la surface du segment colique
      - Décollement muqueux
    - Diagnostic histologique si MICI
      - Pose le diagnostic de RCH ou de Crohn: cf supra

### Traitement

#### Mise en condition

- Hospitalisation: systématique / en urgence / en chirurgie
- Pose VVP / patient maintenu à **jeun** (cf préop)

#### Traitement symptomatique

- Nutrition parentérale rapide / SNG
- Rééquilibration hydro-électrolytique
- Perfusion d'albumine si alb < 20g/L
- Transfusion de CGR si Hb < 6g/dL

#### Antibiothérapie

- Si 1ère poussée / colectasie / fièvre = systématique (**A savoir !**)
- En ugence / parentérale / active contre entéroB et anaérobies
- → ex: FQ (ciprofloxacine) + métronidazole en IV

#### Traitement étiologique

##### si RCH

- **En 1ère intention = corticoïdes**
  - en systémique: en IV (1mg/kg/j) **et** en local (lavement de Solupred® 2x/j)
- **Si échec à J5 = immunosuppresseur (IS)**
  - **Traitement d'attaque:** ciclosporine IV ( si RCH probable) / infliximab (si MC probable)
  - **Traitement d'entretien:** dans les 2 cas: Imurel® PO ou Purinethol® au long cours

#### Traitement chirurgical

- **Indications**
  - En urgence: si **colectasie** ou perforation (**A savoir !**)
  - Si échec du traitement corticoïdes IV après J5
- **Modalités**
  - Colectomie subtotal + iléostomie/colostomie

#### Mesures associées

- **HBPM** pour prophylaxie de la MTEV

#### Surveillance

- **Clinique:** pouls / transit / palpation adominale
- **Paraclinique:** CRP / NFS / ASP au moindre doute (pneumopéritoine)

## Synthèse pour questions fermées

Quel est le signe histologique classique de la maladie de Crohn qui ne peut être mis en évidence sur des biopsies réalisées lors d'une iléocoloscopie ? Et pourquoi ?

- L'atteinte trans-murale (car la biopsie n'atteint pas la séreuse !)

2 diagnostics différentiels infectieux de la maladie de Crohn à évoquer devant une iléite terminale ? Quel est le principal intérêt de les éliminer / de les traiter ?

- Tuberculose iléale  
- Yersiniose  
- Important de les éliminer/traiter car probable mise en route d'un traitement immunosuppresseur qui peut faire "flamber" l'infection

Quel est le principal avantage de l'Entocort par rapport aux autres corticoïdes per os ?

- **Très peu de passage systémique**, donc effet local + + +, et peu d'effets secondaires de la corticothérapie

Femme 60 ans, seul antécédent RGO traité, diarrhée chronique peu sensible aux ralentisseurs du transit, avec selles liquides impérieuses, qui a débuté dans un contexte de gastro-entérite. Quel diagnostic évoquez-vous ?

- Colite microscopique au lansoprazole