

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

DR VINCENSINI

Introduction et définition

- Les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI), en pratique maladie de Crohn(MC) et rectocolite hémorragique (RCH), sont des inflammations chroniques du tube digestif.
- atteignant exclusivement le rectum et le colon pour la RCH .
- tout le tube digestif avec une prédilection pour la région iléo-cæcale pour la MC.

Epidémiologies

- Age de survenue :
 - surtout entre 15 et 40 ans, possible à tout âge
- Sexe
 - RCH : autant d'homme que de femme
 - MC : 3 femmes pour 2 hommes
- Fréquence de la maladie :
 - stable pour RCH : 2.8 à 4 pour 100000 (en France)
 - augmentation pour MC : 3.5 à 6.5 pour 100000
- En France : 50 à 80000 malades
- Quasi-disparition de la mortalité liée aux MICI

Epidémiologie

- Il existe un gradient Nord-Sud dans l'incidence de ces maladies, nettement plus fréquentes dans les pays nordiques et anglo-saxons.
- existe une prédisposition génétique

physiopathologie

L'hypothèse étiologique actuelle est celle de maladies multifactorielles complexes :

- survenant chez des individus génétiquement prédisposés,
- au cours desquelles une réponse immunitaire muqueuse anormale vis-à-vis de la microflore intestinale survient, déclenchée ou aggravée par des facteurs environnementaux.

physiopathologie

Les facteurs environnementaux:

De nombreux facteurs environnementaux ont été étudiés, mais les seuls dont la responsabilité soit établie sont :

- le tabac
- l'appendicectomie.

physiopathologie

1) Tabagisme:

- Le tabac protège de la rectocolite hémorragique et en atténue l'évolutivité
- mais favorise la survenue d'une maladie de Crohn et en aggrave l'évolution
- Aucune hypothèse pour expliquer cet effet ambivalent du tabac n'a été validée à ce jour.

physiopathologie

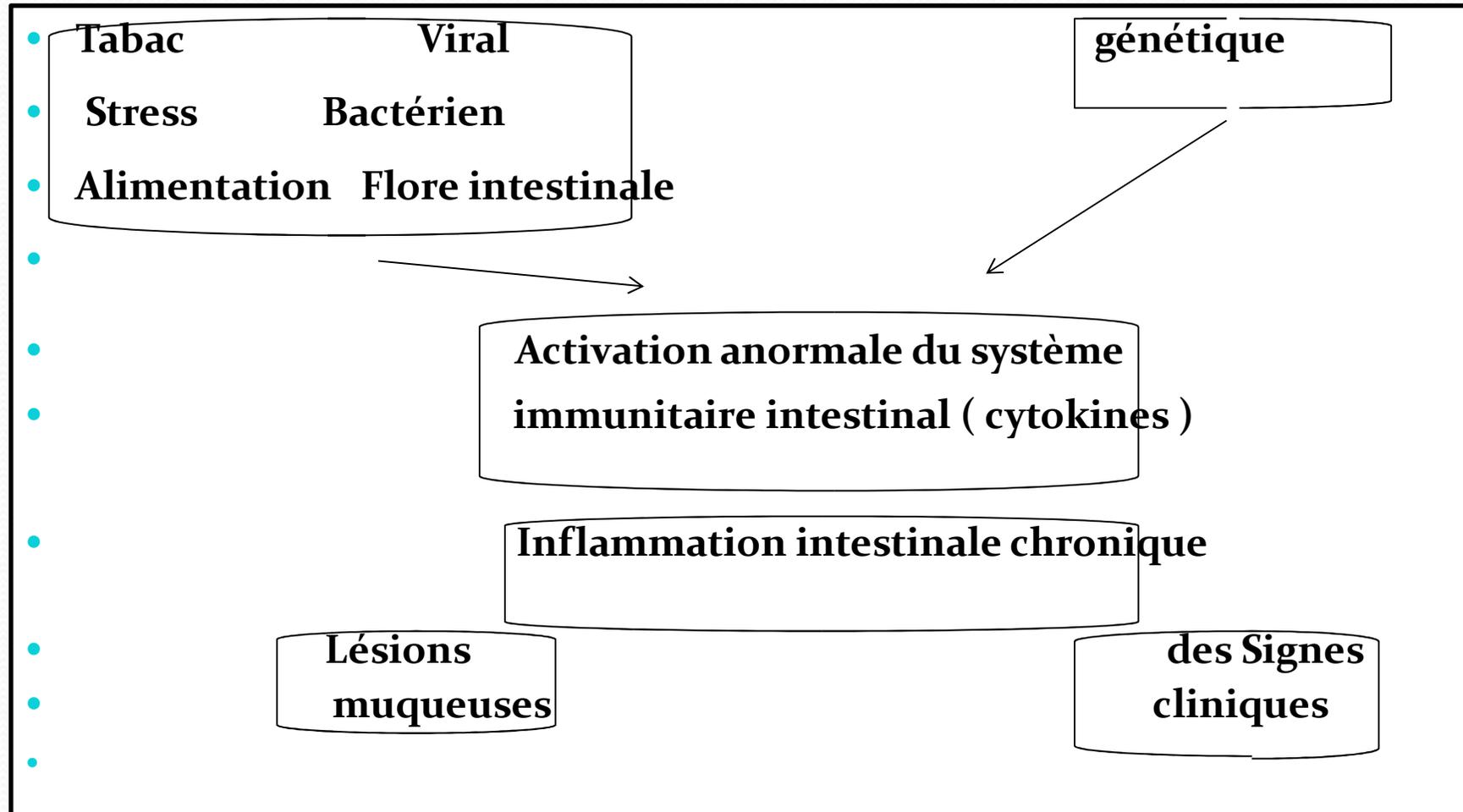
2) Appendicectomie

- L'appendicectomie réduit de 70 % le risque de rectocolite hémorragique en cas d'intervention réalisée avant l'âge de 20 ans pour appendicite aiguë;
- L'appendicectomie pourrait augmenter le risque de maladie de Crohn.
- Le mécanisme de l'effet protecteur de l'appendicectomie est inconnu.

physiopathologie

- Susceptibilité génétique : Agrégations familiales de MICI
- PAS UNE MALADIE GENETIQUE

physiopathologie



Diagnostic clinique

Manifestations cliniques:

A) digestives:

RCUH:

- rectorragies : émission de sang rouge par l'anus
- diarrhée : inconstante
- douleurs abdominales

signe de gravité apprécié aussi par

- Critères de Truelove et Witts (Oxford)
 - Plus de 6 émissions glairo-sanglantes par 24 heures
 - Tachycardie supérieure à 90/minute
 - Fièvre supérieure à 37,5°C en moyenne ou à 37,8°C plus de 2 jours sur 4
 - Anémie avec hémoglobine inférieure à 75% de la normale
 - VS supérieure à 30 mm à la première heure

Diagnostic clinique

Les complications:

- Coléctasie évolution défavorable possible vers perforation
- Sténose
- Risque de cancer

Diagnostic clinique

Maladie de crohn:

- la diarrhée,
- les douleurs abdominales,
- des manifestations anales et péri-anales (fissures, abcès, fistules),
- parfois la perception d'une masse abdominale.
- Les signes généraux sont la fièvre, la perte de poids (ou le retard de croissance) et l'altération de l'état général.

Diagnostic clinique

Complications:

- Abscès profonds
- Perforation et péritonite
- Cancer

Diagnostic clinique

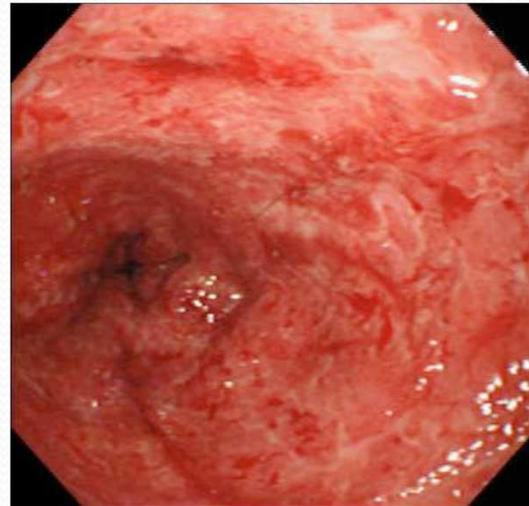
B) Manifestations extra-digestives

- Associe aux manifestations digestives :
 - - Erythème noueux - Aphtes - Nécrose cutanée
 - - Lésions oculaires - Atteintes articulaires
 - - Cholangite sclérosante
- Associe à la malabsorption - atteinte du grêle
 - - Lithiase rénale oxalique
 - - Ostéomalacie - Ostéonécrose

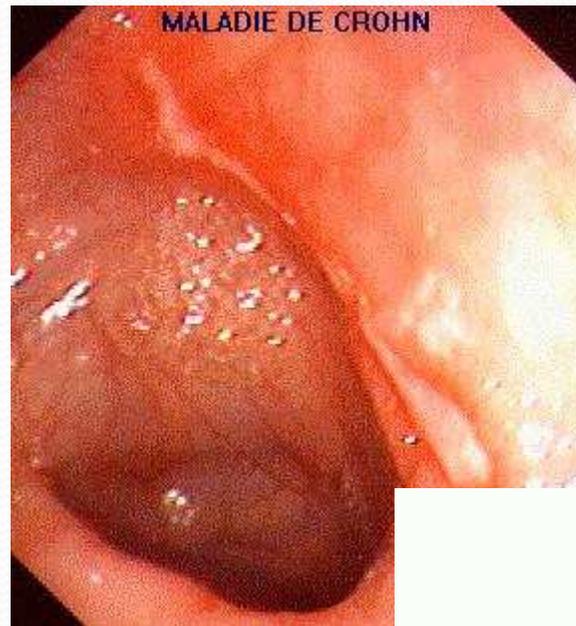
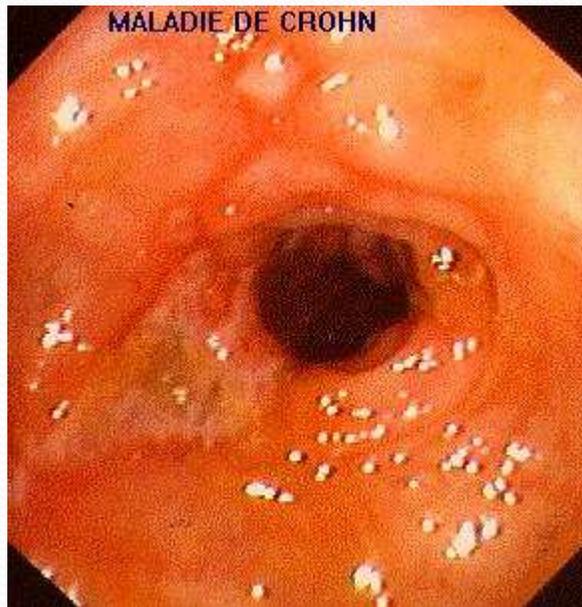
Diagnostic paraclinique

- Bilan biologique
- Syndrome inflammatoire : inconstant
 - NFP, VS, CRP

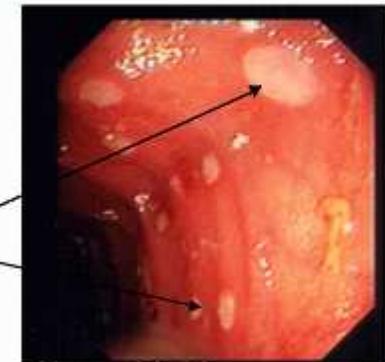
Aspects endoscopiques



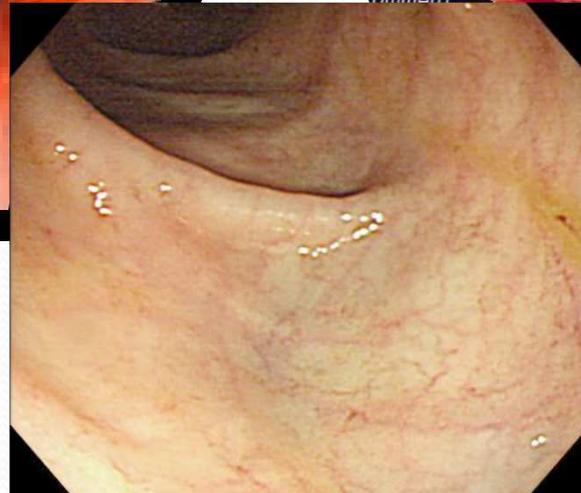
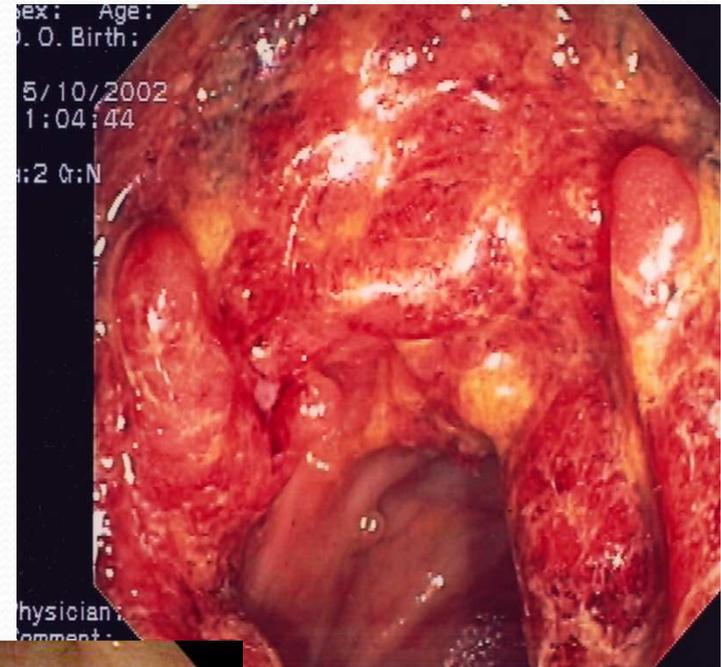
Aspects endoscopiques



Maladie de Crohn avec ulcérations aphthoïdes de l'iléon



Aspecte endoscopiques colite grave



Diagnostic morphologique des MICI

Imagerie diagnostique:

- La radiographie d'abdomen sans préparation est essentielle lors des poussées sévères de la maladie ,elle permet de rechercher:
 - Le mégacôlon toxique s'accompagne d'une colectasie (calibre supérieure à 6 cm du côlon transverse, visible sur l'ASP en décubitus), et disparition des haustrations .
 - Il faut chercher soigneusement un pneumopéritoine signant la perforation

Coléctasie (ASP)



Diagnostic morphologique des MICI

- **Échographie:**
- L'exploration de la paroi des viscères creux de l'abdomen est actuellement réalisable dans de bonnes conditions en raison de l'amélioration technologique des échographes
- La majorité des anomalies pariétales échographiques peuvent se voir, quel que soit le stade de la maladie.

Diagnostic morphologique des MICI

Scanner et entéroscanner:

- Epaissement pariétal digestif
- Détecte les complications abdominales liées à la maladie de Crohn : abcès, perforation, péritonite, sténose, rétrécissement, fistules

Diagnostic morphologique des MICI

- **Imagerie par Résonance Magnétique (IRM):**

Imagerie potentiellement optimale pour le tractus digestif et en particulier la maladie de Crohn:

- Pas de contraste iodé
- Non irradiante patiente souvent jeune

Evolution

- L'évolution de la maladie de Crohn se fait souvent par poussées séparées par des rémissions cliniques plus ou moins longues
- la guérison est rare.
- Les complications les plus fréquentes sont les occlusions, les fistules, les abcès et perforations, plus rarement les hémorragies .

Evolution

- En cas de maladie de Crohn colique, la colite aiguë grave avec éventuellement colectasie aiguë.
- A long terme, le risque de cancer intestinal est plus élevé que dans la population générale.
- Chez l'enfant, le retard staturo-pondéral est fréquent.

Evolution

- RCUH : poussées-remissions avec risque de rechute (95 % à 20 ans)
- difficile à prévoir initialement (chaque malade a son «!profil évolutif!»)
- Risque de colite grave (15%)
- Risque accru de cancer du côlon

Traitement

BUTS :

- Obtenir une mortalité nulle
- Assurer une qualité de vie
- On ne dit plus «!Seule la chirurgie peut assurer une guérison!»

MOYENS :

- Traitement médical de la poussée et traitement «!d'entretien!» (prévention des rechutes)
- Traitement chirurgical

Traitement

- **Traitement médical:**

- Aminosalicylés (oraux ou locaux):

- suppos --> rectum,

- mousse --> sigmoïde,

- lavement --> angle colique Pentasa , Rowasa , Fivasa

- Corticoïdes oraux ou locaux : Solupred, Entocort, Betnesol

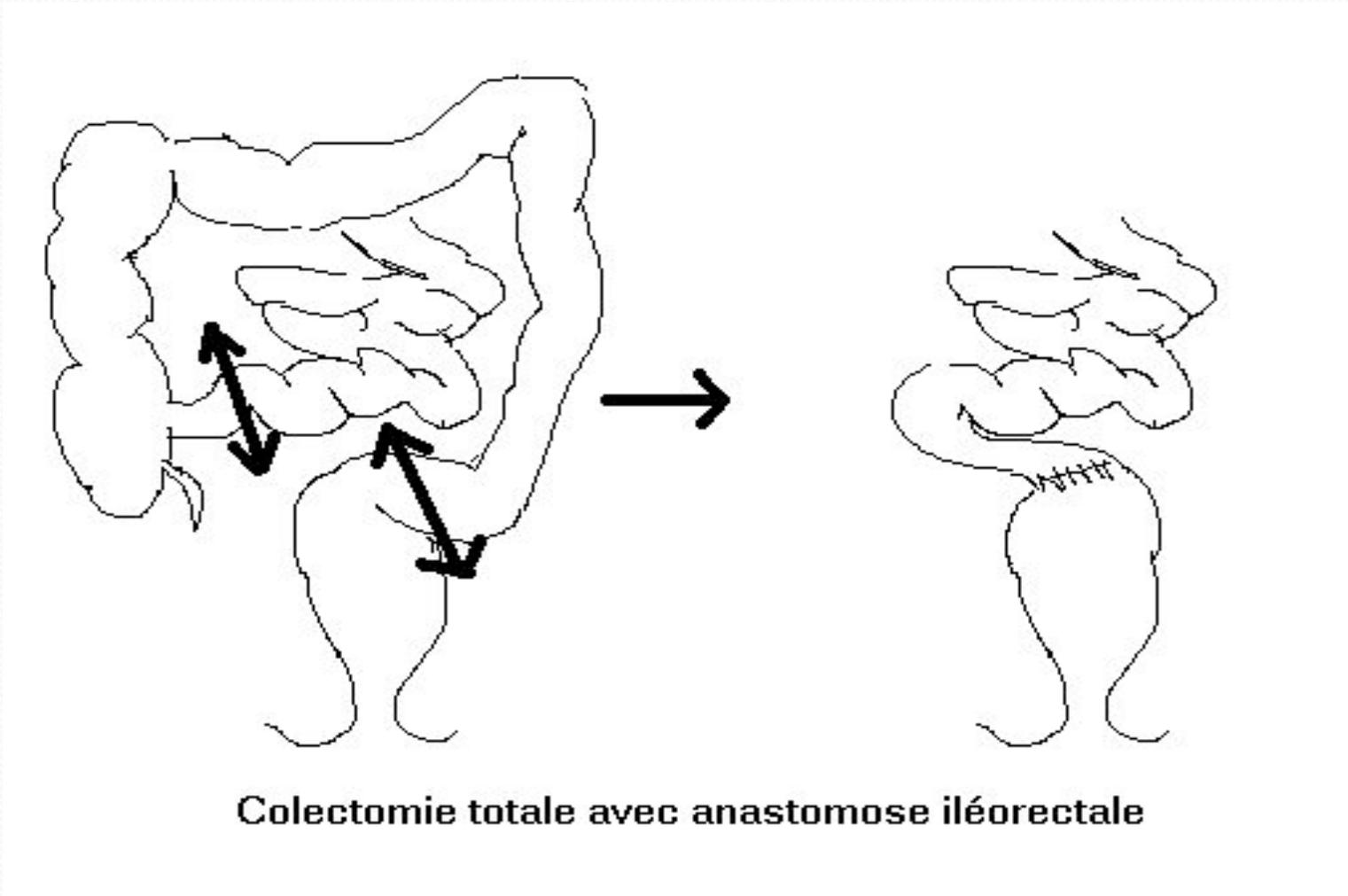
- Immuno-suppresseurs : Imurel

- Anti-TNF : Remicade, Humira

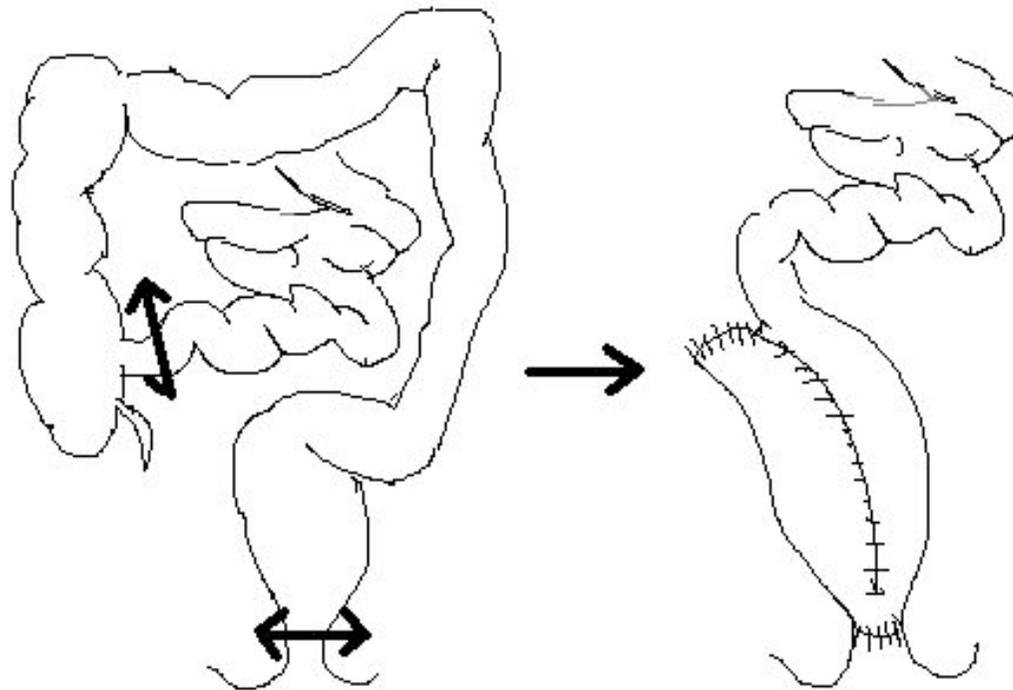
Traitement

- RCUH : TRAITEMENT CHIRURGICAL
- Colectomie totale
- Anastomose soit iléo-rectale soit iléo-anale

Traitement



Traitement



Colproctectomie totale avec réservoir iléal en J
et anastomose iléoanale

Traitement

- le traitement de la maladie de Crohn repose sur :
 - au cours des poussées et en fonction de leur intensité : les salicylés et surtout les corticoïdes systémiques ou à action topique;
 - lorsque la maladie est chroniquement active (alors souvent cortico-dépendante) ou cortico-résistante, on a habituellement recours aux immunosuppresseurs, essentiellement l'azathioprine ou la 6-mercaptopurine et, plus rarement, à des perfusions d'anticorps monoclonaux anti-TNF-alpha, au méthotrexate

Traitement

- la chirurgie est indiquée en cas de sténose ou de fistule symptomatiques. Il s'agit d'indications de nécessité et non de principe.

En effet l'exérèse des segments atteints ne met pas à l'abri des récives ;

- les antibiotiques, en particulier le métronidazole, ont des indications.

Grossesse et IBD

Avant conception

- attendre phase rémission
- arrêt impératif MTX, ciclosporine
- Discuter arrêt AZA/6MP 3 mois avant
- Attendre 6 mois après anti- TNFa
- Suppléments en folates
- Contact avec obstétricien

Grossesse et IBD

Durant la grossesse:

- Dérivés 5ASA: diminuer dose?
 - Suppléments fer et folates
 - Arrêt tabac (MC)
 - Si poussée: 5ASA, corticoïdes, nutrition artificielle
- prévention maladie thromboembolique si maladie active
- Maintenir arrêt tabac (MC)
- Surveillance obstétricale renforcée

Grossesse et IBD

- 3ème trimestre
- **Lors de l'accouchement**
- Discuter césarienne si lésions anopérinéales ou AIA
- Surveillance nouveau-né si corticoïdes (ISR), AZA (leucopénie), sulfasalazine (ictère)

- **Après accouchement**
- Pas d'allaitement maternel si AZA
- Maintenir arrêt tabac (MC)



- **Vaccinations**

- Les vaccinations doivent être effectuées normalement à l'exception des
- vaccins vivants atténués, qui sont contre-indiqués en cas de prise d'un immunomodulateur

Le suivi

Objectifs

- Prévenir et diagnostiquer une poussée, une aggravation ou une complication :
 - CRP
 - Calprotectine
 - Coloscopie, imagerie
- Surveiller l'efficacité, la tolérance et l'observance des traitements prescrits :
 - Prise de sang
 - Protéinurie