

« Des querelles intestines... »

Présentation de cas clinique

Dr Tafer Nathalie

Supervisé par: Dr Pernin Thomas

Service de médecine de premier recours

Hôpitaux Universitaires de Genève

Colloque du mercredi 2 mai 2018

Plan

- Présentation de cas
- Rectocolite ulcéro-hémorragique :
 - Définition
 - Epidémiologie
 - Physiopathologie
 - Manifestations cliniques
 - Diagnostique, Evolution, Pronostique
 - Prise en charge
- Take-home messages

Cas clinique

- Patient 33ans, restaurateur
- ATCD: Hépatopathie alcoolique
- Motif de consultation
 - Hématochésie et mucus: Plusieurs épisodes depuis 1 mois
 - Douleurs abdominales depuis quelques mois, crampiformes

Anamnèse:

- **Douleurs:**

- Localisation tout l'abdomen G>D
- Fréquence et Intensité : variable, post prandiale, EVA 4-5 au maximum
- Soulagé par: défécation
- Aggravé par: Fibres, OH, Café

- **Selles:**

- **Fréquence 5-6 par jour**, jour et nuit, défaites
- **Sang frais mêlé** au selles, 1-2 épisodes par jour

Anamnèse:

- **Symptômes généraux:** fatigue, pas de fièvre, pas de perte de poids, Symptômes UG: non,
- **Relation sexuelle à risque:** non,
- **Voyage:** en Asie du Sud-Est 1 an il y a 2 ans (1 épisode de diarrhée aigu pendant le voyage),
- **AF:** Patient originaire du pourtour méditerranéen, trouble du transit non investigué chez son père.
- **Psy:** Patient stressé d'un point de vue professionnel, responsabilités importantes

Status:

- Globalement sp
- TR: pas de sang, prostate indolore

Examens complémentaires:

- **Cultures selles:** négatives
- **Biologie:**
 - Hémogramme, fonction rénale et hépatique normale, pas de syndrome inflammatoire, insuffisance en vitamine D
 - Sang occulte +
 - Virologie: -
- **Colonoscopie et biopsie: Recto-colite ulcéro-hémorragique (RCUH)**

Rectocolite ulcéro-hémorragique

Définition:

- Atteinte inflammatoire de la muqueuse colique impliquant le rectum, ascendante et circonférentiel altérant qualité et fonction de la muqueuse ainsi que le microbiote
 - ≠Crohn: Départ iléo colique, skip lesions, tous le tractus, atteinte transmural,
- Présentation en poussée-rémission de diarrhées sanglantes avec douleurs abdominales et urgences
- Généralement évolution lentement progressive accompagné symptômes systémiques (fièvre, perte pondérale,...)

Epidémiologie

- **Incidence:**
 - US: 2-19/100'000 p/a en augmentation
- **Prévalence:**
 - US : 2,38/1'000 - Suisse: 1/1'000
 - Gradient N/S: (Europe : 2.4-294/100'000, Pays voie dvt: l
↑ avec industrialisation)
- **Age:** Pic d'incidence 30-40 ans,
- **Hérédité:** 10- 25% des personnes atteintes ont un parent du 1^{er} degré atteint

Facteurs favorisant

TABLEAU 1

Facteurs de risque pour le développement de RCUH²¹

RCUH: rectocolite ulcéro-hémorragique; MICI: maladie inflammatoire chronique de l'intestin; AINS: anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Facteurs environnementaux	Influence sur la RCUH
Tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> • Association inverse et dose-dépendante entre le tabagisme et la RCUH • Risque plus élevé de RCUH chez les ex-fumeurs • L'arrêt du tabac chez les patients atteints de RCUH augmente l'activité clinique de la maladie • Amélioration de l'activité de la maladie chez les anciens fumeurs qui ont recommencé à fumer
Appendicectomie	<ul style="list-style-type: none"> • Association inverse entre l'appendicectomie et la RCUH • Risque réduit de RCUH en cas d'appendicectomie durant l'enfance ou l'adolescence par rapport à l'âge adulte
Médicaments (AINS, hormonothérapie)	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation fréquente de hautes doses d'AINS et/ou pendant une durée prolongée augmente le risque de RCUH • Les femmes avec des antécédents de tabagisme présentent une association significative entre la prise contraceptive et la RCUH • L'utilisation d'antibiotiques dans l'enfance augmente le risque de MICI

Régime	<ul style="list-style-type: none"> • Association inverse entre les apports en fibres et le risque de MICI, effet plus faible sur la RCUH par rapport à la maladie de Crohn • L'apport de grandes quantités de graisses augmente le risque de RCUH tandis que les acides gras polyinsaturés (oméga-3) ont un effet protecteur • Baisse du taux sérique de vitamine D associée à un risque accru de cancer colorectal chez les patients atteints de MICI et à des poussées de la maladie • Probable augmentation du risque de RCUH en cas de consommation importante de glucides raffinés, de boissons gazeuses et produits sucrés
Facteurs sociaux et d'hygiène de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Association inverse entre le risque de RCUH et le nombre de membres de la famille • <i>Mycobacterium avium paratuberculosis</i> spp, <i>Salmonella</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Clostridium difficile</i> et <i>Campylobacter</i>, éventuellement pathogènes • L'exposition au SO₂ augmente le risque de développer une RCUH • Association positive entre la RCUH et le stress, l'anxiété, la dépression ou maladie psychiatrique • Les troubles du sommeil sont des facteurs de risque pour des poussées de RCUH chez des patients en rémission clinique

Alimentation: intolérance au lactose enfance, non-allaitement du nourrisson,
Sédentarité

Manifestations cliniques: Scores

Classification de Montréal: Etendue de l'atteinte

Symptômes limités au rectum (proctite) ou zone recto sigmoïdienne 21% des cas

Colon gauche -> angle splénique 37% des cas

Implication d'une majorité du côlon, Pancolite 42% des cas

	TABLEAU 2	Critères de sévérité: score de Truelove et Witts²²		
		Légère	Modérée	Sévère
Nombre de selles/24h		< 4	4-6	> 6
Température		Afébrile	Etat subfébrile	> 37,8°C
Pouls (bpm)		Normal	60-90	> 90
Hémoglobine (g/l)		> 110	105-110	< 105
VS (mm/h)		< 20	20-30	> 30



FIG 1

Atteintes cutanées liées à la RCUH

A. Le *pyoderma gangrenosum* est l'atteinte cutanée la plus impressionnante survenant dans environ 2% des cas et répondant en général très bien à un traitement immunosuppresseur. B. L'érythème noueux est souvent le signe d'une poussée inflammatoire sévère et est souvent associé à un état fébrile d'origine inflammatoire.

RCUH: rectocolite ulcéreuse hémorragique.



tradi-
ocolite
que^{7,8}

grenosum, syndrome

tite, pyostomatite

(pauci- et polyarticu-
lie axiale (sacroiliite et

hépatite autoimmune,

Hépatobiliaire

Vasculaires

Rénales

Pulmonaires

trachéale inflammatoire



P: 25% des cas de RCUH au diagnostic - 30% au décours

Complications

- Aigue: Mégacôlon, Hémorragies
 - Colectomie: 20-30% de cas
- Chronique:
 - Récidive: 67% 10 ans
 - Extension: Dans 20% des cas dans les 5 ans
 - Dysplasies et cancer colo-rectal
 - Dépend de la sévérité, de la durée de la maladie et de l'AF (en cas de pancolite: R 7,6% après 30 ans)

Surveillance

Coloscopie : 1-3 ans si atteinte colique

	TABLEAU 5	Surveillance endoscopique du cancer colorectal en cas de RCUH	
--	------------------	--	--

RCUH: rectocolite ulcéro-hémorragique.

	Première coloscopie	Intervalles de surveillance
Bas risque	8 ans après le début de la colite	Tous les 5 ans
Risque intermédiaire <ul style="list-style-type: none"> • Cancer colorectal chez un apparenté du premier degré avant l'âge de 50 ans • Pseudo-polypes • Colite avec persistance d'une inflammation légèrement à modérément active 	8 ans après le début de la colite	Tous les 2-3 ans
Haut risque <ul style="list-style-type: none"> • Extension de la maladie au-delà de l'angle gauche et persistance d'une inflammation sévèrement active • Dysplasie détectée dans le passé (5 ans) • Sténose colique 	8 ans après le début de la colite	Annuellement
Proctite	Pas de coloscopie de surveillance	
Cholangite sclérosante primaire associée à la colite	Dès le diagnostic de la cholangite sclérosante primaire	Annuellement

Diagnostique:

Pas de Gold Standard ni marqueur spécifique,

- Clinique
- Biologique
- Endoscopique: Référer au spécialiste en cas de suspicion clinique pour endoscopie (colo- ou sigmoidoscopie) diagnostique et initiation d'un traitement spécifique
- *Radiologique: Peu utile sauf en cas de manifestations sévères (péritonisme)*

Prise en charge

Liste d'aliments à limiter - éviter

Lait, yogourt, fromage et produits laitiers

Café, Thé, Soda, Caféine

Alcool

Fruit et Jus

Friture, aliments gras ou épicés

Céréales complètes et pains complets

Certains légumes, inclut: chou, brocoli, choux fleur

Viande rouge

Légumineuses

Colorants artificiels, édulcorant, arômes

Condiments (ketchup, moutarde), Sauces

Traitement

Léger-Proctite	Modéré à sévère – Colite gauche et pancolite
<p>5ASA topique (Mesalazine) 1gr/j</p> <ul style="list-style-type: none">• +rapide et +efficace• Maintient de la rémission dans 75% des cas	<p>5ASA po et :</p> <ul style="list-style-type: none">• 5ASA topique• GC topique• +/- GC po <p>Délai: 2-4 sem.</p>
<p>Alternatives:</p> <ul style="list-style-type: none">• 5ASA po.: 4,8gr/j max.• CS topique 2xpar j (suppositoire+ mousse): <p>Majoration du ttt:</p> <ul style="list-style-type: none">- 5ASA po./Sulfasalazine/CS po./ ttt biologiques /immunosuppresseurs + 5ASA topique ou CS topique	<p>Alternatives:</p> <p>En cas de RCUH corticodépendant</p> <ul style="list-style-type: none">• Budenoside MMX initiation du ttt + Azathioprine si échec 5ASA <p>Si résistance aux CS et 5ASA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ad cyclosporine ou antiTNF ou Védolizumab(sélectif pour les lymphocytes intestinaux) aux CS <p>Colectomie</p>
<p>Maintenance: si plus d'1 récidence par an et proctosigmoidite</p> <ul style="list-style-type: none">- 5ASA: 1supp et 1mousse le soir +/- po	<p>Maintenance: Id</p> <ul style="list-style-type: none">-5ASA topique 1x par j

Perspectives:

- Transplantation fécale
- Probiotiques
- Traitements biologiques

Take-home Messages

- RCUH maladie relativement fréquente évoluant par poussée rémission et souvent accompagné de manifestation extradiigestives
- Nécessite un traitement spécifique au long court, le plus souvent de la classe des 5ASA
- Diagnostique se base sur la clinique, la biologie et les examens endoscopique
- Le traitement définitif en cas d'affection sévère, réfractaire ou fulminante est la colectomie totale

Questions

pour un

Salon

SPECTACLE-DÉBAT



Références

- Uptodate:
 - Management of mild to moderate ulcerative colitis in adults.
 - Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of ulcerative colitis in adults.
 - Surgical management of ulcerative colitis.
 - Management of severe ulcerative colitis in adults.
 - Approach to the adult with chronic diarrhea in resource-rich settings.
 - Surveillance and management of dysplasia in patients with inflammatory bowel disease.
 - Antibiotics for treatment of inflammatory bowel diseases.
 - Probiotics for gastrointestinal diseases.
- The risk of CRC in UC: a meta-analysis, J.A Eaden
- Maintaining remission of UC with probiotic E.Coli Nissle 1917 is as effective as standard mesalazine, W. Kruis 2004
- Active microbiota transplantation induces remission in patients with UC in Randomized Trial, Moayyedi, 2015
- Multidonor Intensive faecal microbiota transplanatation for active ulcerative colitits: a randomised placebo-controlled trial
- Mise au point sur la rectocolite ulcéro-hémorragique en 2017, RMS

