

FACULTE DE MEDECINE DU TLEMCEM

COURS DE 4^{ème} ANNEE DE MEDECINE

MODULE DE GASTRO-ENTEROLOGIE

**LA RECTOCOLITE ULCEREUSE
HEMORRAGIQUE**

DR BELKHATIR.A

Recto-Colite- Ulcéro-Hémorragique (RCUH)

I. DEFINITION :

- -Définition : maladie inflammatoire intestinale aigue, subaigue, ou chronique d'étiologie inconnue, fait partie avec la maladie de Crohn des entérocolites primitives.
- -Localisation : Touche exclusivement le colon et le rectum, et les lésions qu'elle engendre prédominent dans la muqueuse.
- -Manifestation clinique : * diarrhées sanglantes ou
*Rectorragies pures associées ou non à des atteints systémiques extra intestinales.
- -Evolution : habituellement sous forme de poussées entrecoupées de périodes de rémission.
- -Traitement : * Bien contrôlée par traitement médical à base de corticoïdes et sulphasalapyridine.
- * Peut être totalement guérie par colectomie totale réservée aux formes compliquées rebelles au traitement médical.

II. EPIDEMIOLOGIE :

- Relativement fréquente en Europe (Angleterre, Scandinavie), et aux USA, plus rare en Afrique.
- Algérie : * incidence : 1,32/100000 habitants
- * prévalence : 6,22/100000 habitants.
- Touche le sujet jeune avec 2 pic de fréquence : * 25-35 ans
* Au de la de 50 ans
- Sexe ratio=1
- Ubiquitaire, n'épargne aucune race

III. PATHOGENIE :

Plusieurs théories étiopathogéniques :

- Infectieuse : amibiase, chlamydia, yersina, clostridium difficile, cytomégalovirus
- Génétique :
- Psychosomatique
- Immunologique

L'appendicectomie : réduit le risque d'atteinte de RCH de même que le tabac.
Contraceptif oraux : risque accrue

IV. ETUDE CLINIQUE :

A-TYPE DE DESCRIPTION : RCH du sujet jeune de moyenne intensité

- Le début est variable brutal, mais surtout progressif et insidieux.
- Survient parfois sur un terrain prédisposant* familiale (notion d'entérocolites inflammatoires dans la famille) ou * personnel (troubles psychologiques : anxiété névrose, dépression)
- Facteurs déclenchant ou favorisants :
 - Stress intense unique ou répété
 - Traumatisme physique
 - Grossesse
 - Infection ou agression intestinale : prise médicamenteuse, toxico-infection alimentaire.

Ce pendant peut s'installer sur un terrain vierge

1/ Signe clinique :

A/Fonctionnels :

- Rectorragies : * symptôme le plus fréquent* sang rouge pure ou mélangé au mucus et glaire* associées ou isolées des selles.
- Diarrhée sanglante : * 4 à 8 selles/jr.* le plus souvent fécales parfois une selle afécale faite de mucus plus glaire.
- Signes ano-rectaux : ténesme, épreinte, faux besoins
- Douleurs abdominales : *quasi constantes* intensité variable/type : crampes ou coliques, précèdent généralement la selles, sont soulagées après son émission* diffuse ou localisées au niveau des fausses iliaques ou sur le trajet colique, si elles sont localisées, font penser à une complication locale.
- Ballonnement abdominale, une discrète sensibilité diffuse ou localisée à la FIG
- Examen de la marge anale est généralement normal, TR normal, permet d'apprécier la régularité de la muqueuse et la souplesse de la paroi colique, doigtier revient souillé de sang ou de glaire
- Recherche de manifestations extra digestives de la maladie : articulaires ophtalmologiques, hépatiques, cutanées...

2/exploration para clinique :

a) Examen appréciant le retentissement de la maladie :

- FNS : hémogramme : normal ou *anémie microcytaire hypochrome (carence en fer)
- Ou normochrome normocytaire (inflammatoire).*
Hyperleucocytose à PNN
- VS : modérément accélérée (30mm à la première heure).
- Orosomucoïde
- élévation de : RCP, orasamucoïdes, gamma2 globulines (à l'électrophorèse des protéines plasmatiques), alpha 1 antitrypsine, haptoglobine.
- Electrophorèse des protéines sériques : hypoalbuminémie dont la baisse est fonctionnelle de la poussée de la maladie.
- Ionogramme sanguin : perturbé dans les formes sévères avec baisse de : Ca, Mg, Na, Ka sanguins.
- Etude des selles : étude bactériologisitologique pour le diagnostic différentiel (amibiase).

b) Examen a visé diagnostique :

➤ **Endoscopie basse :** Rectosigmoidoscopie, coloscopie

-élimine une lésion pouvant simuler cliniquement une RCUH.

-Apprécie le topographie et l'extension des lésions (partielles ou totales, l'atteinte du rectum étant obligatoire

Reconnait les lésions caractéristiques de la maladie :

- Des lésions continues sans espace de muqueuse saine
- Muqueuse érythémateuse congestive oedemacée hémorragique (saignement pétéchial ou diffus, spontané, fragilité au contact de l'endoscope)
- Présence d'ulcérations de taille forme, profondeur variables
- Dans les formes ancienne : diminution du calibre intestinal ('micro rectite microcolie), présence de polypes inflammatoires
 - Permet de pratiquer les biopsies multiples étagées
 - Affirme l'absence de lésions iléales (fréquentes dans Crohn)
 - De surveiller l'évolution de la maladie (dépistage du cancer)

Examen histologique :

- Altération de l'épithélium de surface, souvent aplati avec possibilité d'ulcération.
- L'inflammation prédomine dans la muqueuse faite d'un infiltrat lymphoplasmocytaire pouvant aller jusqu'à la musculuse

- Distorsion des glandes raréfiées parfois détruites avec débris nécrotiques dans leurs cryptes et altération des polynucléaires réalisant des abcès cryptiques
- Présence de cryptite (abcès cryptique)
- Cryptes bifides et ou atrophiques
- Chorion inflammatoire avec œdème et congestion vasculaire.
- Absence de follicules sarcoïdosiens

Radiologie :

- ASP : pour éliminer perforation ou mégacolon toxique
- Lavement baryté : aspect radiologique varie en fonction de l'ancienneté de la maladie. Dans les formes récentes, on note.
 - ❖ Une disparition des haustrations coliques
 - ❖ Aspect irrégulier des bords en timbre de poste, en dents de rat, en spicules, traduisant des ulcérations, qui quand elles sont profondes, réalisent des boutons de chemises
 - ❖ Espace intermarginale normale ou irrégulier (aspect granité, moucheté)
Dans les formes évoluées de la maladie.
 - ❖ Apprécie le calibre : rétrécit ou non (aspect colon, microrectite), et la longueur (raccourcissement)
 - ❖ Des polypes inflammatoires sous forme d'images lacunaires
 - ❖ Ulcération d'aspect variable.

3/Evolution :

- Se fait par poussées entre coupées des rémissions de durée et qualité variable
- Plus rarement évolution d'un seul tenant réalisant la forme chronique continue
- L'évolution est émaillée de complication :
 - a) Colique :
 - ❖ Perforation colique réalisant une péritonite aigue, ou perforation asthénique digestive graves mettent en jeu le pronostic vital dans les formes graves.
 - ❖ Sténose courte ou étendue, conséquence de la fibrose
 - ❖ Fissures exceptionnellement fistules, sont contrairement à la maladie de Crohn.
 - ❖ L'amibiase surinfecte souvent une RCUH, cette association constitue un problème de diagnostic, amibiase pouvant simuler une RCUH.
- Méga colon toxique

- C'est une complication redoutable favorisé par : neuroleptiques, anticholinergiques, antalgiques morphiniques, coloscopie, lavement barytée, hypokaliémie
 - Le risque est élevé quand la maladie évolue+ de 10 à 15 ans ; associe cliniquement :
 - ❖ Distension douloureuse de l'abdomen
 - ❖ Signes de toxicité : -fièvre 40, tachycardie
 - Hypotension
 - Confusion mentale
- ASP : dilatation gazeuse totale ou localisée >5cm
- Cancer recto colique : risque plus élevé que dans la population normale, le risque est &levé quand :
 - La maladie évolue plus de 10 à 15 ans
 - Extension des lésions importantes
 - Affection ayant débuté dans le jeune âge

b) Extra intestinal : importantes à connaître pour le diagnostic, il faut les rechercher chez tout malade porteur de RCH.

- ❖ Articulaire : arthralgie, arthrite périphérique, atteinte axiale : spondylarthrite
- ❖ Cutané : érythème noueux, pyoderma gangrénosum, Aphtes, Candidoses buccaux
- ❖ Oculaire : iritis, irridocyclite, Kératite, épisclérite
- ❖ Hépatique : stéatose, hépatite chronique, colangite scléérosante primitive
- ❖ Rare : accident thromboembolique
- ❖ Rénal : (pyélonéphrite, lithiase rénale)

V. FORMES CLINIQUES :

1/ selon l'intensité de la poussée :

Apprécier par les critères clinico-biologiques de TRUELOVE et WITTS :

	Poussée sévère	Poussée légère
Nbre de selle/jour	>6 : sanglante	>4 : pas de sang
T°		Normale
Fréquence cardiaque	>90	Normale
FNS	<10,5	Normale
VS : 1heure	>30	< 30mm

2/selon la topographie :

- Total : pancolite
- Partielle : touchant le recto sigmoïde ne dépassant pas l'angle colique droit
- Localisée : rectum proctite ulcéreuse

3/ selon le Terrain :

- De l'enfant : rare s'accompagne de retard staturo pondéral
- Femme enceinte : la RCH n'influence pas sur la fertilité féminine
- Ce pendant possibilité d'acortement ou d'accouchement prématuré

VI. DIAGNOSTIC :

- a) **Dg positif** : se fait sur des signes cliniques, radiologiques, endoscopique et histologiques. aucun signe considéré isolément n'est pathognomonique.
- b) **Dg différentiel** : se posera essentiellement lors d'une manifestation aigue de la maladie.
- c) – en cas de diarrhée aigue : éliminer une colite infectieuse (yersiniose, amibiase, shigellose, salmonellose) par l'histoire clinique, l'examen des selles, sérodiagnostics, endoscopie.
- d) En cas de rectorragies isolées ou prédominantes : tm bénignes ou malignes, colite ischémique, ulcère solitaire du rectum, éliminés par la clinique et l'endoscopie
- e) En cas de diarrhée chronique sanglante ou non, plus altération de l'état général : crohn, colite radique, colite collagène, coloscopique.
- f) Devant une forme mineure avec des lésions radio endoscopiques minimales, ou en cas de récidence, il faut éliminer : une amibiase, un colon irritable (intérêt de la biopsie rectale et de la surveillance sous trt adapté).

VII. TRAITEMENT :

1/buts :

- Rétablir et maintenir un état nutritionnel normal

- Lutter contre les symptômes et l'inflammation intestinale
- Contrôler l'évolution
- Prévenir les récurrences et complications.

2/armes :

- Règles hygiéno-diététique :
 - Hospitalisation souhaitée, repos obligatoire
 - Assurer ration calorique et azotée importante par voie orale ou parentérale
 - Régime pauvre en résidus(en cas de diarrhée) et en lactose si nécessaire
 - Traitement symptomatique :
 - De la diarrhée : loperamide(02 gélules à la première prise puis 1 gel par selle liquide, maximum 6/jr).attention aux anti cholinergiques et opiacés dans la genèse du mégacôlon toxique)
 - de l'anémie : transfusion sanguine iso rhésus
 - correction des troubles hydro électrolytiques
- En cas de surinfection : antibiotique a large spectre dans les formes graves, MITRONIDASOL 1,5 g/10 jours pour traiter la surinfection amibienne

A/traitement spécifique médical :

❖ Salicylés :

- SULFASALASINE= SALAZOPERINE : cp 500 mg, efficace dans la prévention des rechutes, effets secondaire : digestifs, allergiques, hémo-dérivés SULFASALASINE : 5ASA : 2 types : PENTASA, ROWASA, DIPENTUM
5ASA :DIPENTUM , POLYASA
- Existe sous forme : CP, SUPPO, pour certaine en lavement

❖ Corticothérapie : plusieurs voies :

- Voie rectale : lavement à base d'hydrocortisone (Sollupred 40 à 60 mg/jr, effets indésirables : Ostéonécrose aseptique, vergetures, retard de croissance, ostéoporrose)
- Bétaméthasone, BUDESONIDE
- Parentérale : HEMIXUCCINATE Dhydrocortisone

❖ Immunosuppresseurs :

- AZOTHIOPRINE : 1,5 mg/kg/j
- 6MERACATOPRINE : 1,2-2,5 mg/kg/j

L'efficacité dans les formes chroniques actives cependant il faut attendre 6 à 9 mois après début du traitement

-CYCLOSPORINE :dans les poussées sévères corticorésistante

En injectable :4mg/kg/j pendant 10 j

Après 10j relais par voie orale

-METHOTREXATE/résultat négatif

-thérapeutique biologique :

-INFLIXIMAB(Remicade)

-interleukines 10

-anticorps CD4

-Résultat décevant

❖ Traitement à visée psychologique

B/traitement chirurgical :3 types d'interventions

- Colectomie totale avec anastomose iléo rectale
- Coloproctectomie avec iléostomie définitive
- Coloproctectomie avec réservoir iléal et anastomose iléo anale (intervention de référence)

C/Abord psychologique :

3/indication :

A/pour la poussée grave

- Appliquer le schéma thérapeutique de TRULOVE
 - Hospitalisation en unité soins intensifs
 - Réanimation intensive
 - Arrêt de l'alimentation orale
 - Alimentation parentérale exclusive
 - Hémissuccinate d'hydrocortisone en IV :200 à 400 mg/24h.
 - Corticoïde en lavement
 - Antibiothérapie à large spectre (tripie)

- ASP, bilan biologique chaque jour
- Mais si complication opérer en urgence
- Au bout de 5 j si rémission passé à la voie orale des corticoïdes, réintroduction de l'alimentation orale pendant 4 semaines au moins 6 semaines
- Si échec immunosuppresseurs

B/pour la poussée légère :

- Règle hygiéno-diététique et traitement symptomatique

- Corticoïde : prednisone à 1 mg/kg/jr, posologie maintenue 3 semaines jusqu'à l'obtention d'une amorce de rémission puis diminution des doses en fct des résultats + trt adjuvant (Ka, Ca, vitamines...)
- Sulfasalazine :4g/jr à atteindre par paliers successifs

C/pour les faibles poussés :

- Règles hygiéno-diététiques
- Sulfasalazine : 4gr/jr par paliers successifs
- Corticoïdes par voie rectale, sinon par voie orale.

D/pour lac proctite ulcéreuse :

- Lavement à basse de corticoïde
- DériV2S DE LA 5ASA
- Suppositoire de MESALASINE

E/traitement visant à prévenir les rechutes :

- Doit être systématique
- Maintenu définitivement
- Forme digitale :Trt locale, Mésalazine 1gr/jr en suppo
- En poussée : colite grave :AZA/6comp
- Autre ca : sulfasalazine 2gr/jr

Pour traitement chirurgical(indication thérapeutique) :

- Dans les formes chroniques actives
- Les complications digestives
- Echec du traitement intensif de la forme grave
- Echec du traitement médical bien conduit
- En cas de retentissement important sur l'état général
- En cas de dysplasie colique sévère annonçant un CK
- Devant la survenue de lésions sévères systémiques
- Intervention de choix et anastomose iléo anale
- La CPT : en cas de défaillance de la fct sphinctérienne si CK du rectum
- AIR : dans les colites inclassables, CK colique métastatique avec rectum conservable, ou en cas d'impossibilité technique de réaliser une AIA
- En cas de méga colon toxique grave, rebelle au trt :
- Colectomie sub totale avec double stomie iléale et sigmoïdienne.