

SEMINAIRE ATELIER SUR LES MICI
ALGER LE 21 SEPTEMBRE 2011

COLITES INCLASSABLES

Dr. Benmohammed
Pr. MANOUNI

PREFACE:

CLASSEMENT DES COLITES SELON L'ETIOLOGIE

Cause connue

- 1) **Colites infectieuses :** Bactériennes
Virales
Parasitaires
Mycoses
- 2) **Colites iatrogènes :** Radique
Antimitotiques
G.V.H.
Antibiotiques
Neuroleptiques
Mal. laxatifs
- 3) **Colites ischémiques :** Aiguës
Chroniques

Cause inconnue

- 4) **Maladies inflammatoires intestinales cryptogénétiques :**
R.C.H.
Crohn
Behçet
Cas frontières (colites indéterminées)
- 5) **Divers :** Colite collagène, colite microscopique, colite des vascularites...
- 6) **Colites non classées.**

Définitions :

*colite inclassée (ou inclassable)=

- colite aiguë ou chronique
- le classement nosologique reste provisoirement incertain, On hésite entre : une MICI et une colite infectieuse, ischémique, ou iatrogène.

*colite indéterminée =

une MICI où on hésite entre une MC ou une RCH, du fait des caractéristiques appartenant aux deux affections. On estime ainsi que 10 à 30 % des colites inflammatoires chroniques sont indéterminées.

EPIDEMIOLOGIE :

-Selon le registre des maladies inflammatoires du tube digestif en Bretagne:

Sur **1313** cas inclus, de 1994 au 1997 on observe une moyenne de **329** cas de colite/an, avec:

- **336 maladies de CROHN** : 26,3% des cas
- **297 rectocolites hémorragiques** : 23,2% des cas,
- **69 colites chroniques inclassables** : **5,4 % des cas**

EPIDEMIOLOGIE :

peu de données épidémiologiques sont disponibles, vu que le Dgc de CI est le plus souvent transitoire, les fréquences seront estimées à:

- colites inclassables:
 - 10% des colites de l'adulte
 - 30% chez l'enfant ++
- colites indéterminées:
 - 5-15 % des CAG

*dans 2-3ans d'évolution $\leq 05\%$ des colites restent indéterminées.

DIAGNOSTIC POSITIF:

Le diagnostic des colites inclassables et indéterminées reste-t-il un Dgc d'exclusion?

Oui, jusqu'à ce jour

- Pas de critères Dgc propre à la CI.
- Jusqu'à ce jour il reste un Dgc d'utilisation provisoire en clinique désignant des colites avec insuffisance ou discordance entre les données cliniques, radiologiques, endoscopiques et anatomopathologiques

✘ MANIFESTATIONS CLINIQUES:

- Pas de tableau propre à la CI, il est variable et peut être C.chroniques, ou aiguës++:
- Le début peut être insidieux, aiguë, voir fulminant.
- Le tableau est svnt plus grave que celui d'une RCH.
- Les patients peuvent présenter des diarrhées
Seules, saignements seuls, diarrhées avec saignements, des diarrhées avec des douleurs abdominales et perte de poids, avec ou sans fièvre et avec ou sans symptômes extra-digestifs.
- Quand aucun Dgc n'est parlant, la colite est étiquetée temporairement inclassée.

DIFFICULTES DIAGNOSTIQUE:

A/Colites infectieuses:

- formes trompeuses : prolongées, apyrétiques....
- Divers tableaux: colite pure, entéro-colite, atteinte segmentaire...
- Mise en évidence de l'agent infectieux difficile.
- Colites granulomateuses : TBC, mycobactéries atypiques, bilharzioses, yersinioses, syphilis, actinomycose, chlamydias, peuvent se confondre avec un **MC**.

*Elles peuvent mimer en tout point une RCH, une MC, ou une colite ischémique.

POLYMORPHISME DES LÉSIONS ENDOSCOPIQUES

Colite aigue limitée	Pseudo membran euse	granulom ateuse	Lympho histiocytaire	Distruc architec marqué	Ischemiqu e	Necrose ulcere marqué
Shigella E.histolytica	Clostridium dificile	BK	S. typhi	S.typhi	E.Coli entero hemorragiq ue	E.Coli entero hemoragiq e
Compylo bacter				shigella	Clostrid perfringens	Clostri perfrigen s
aeromonas				Aeromonas (ocasionnel le)		
FT Salmonell mineur						

- Options Dgc:** - Bx précoces (lésions fugaces), multiples, fixateur adapté.
- culture des Bx, coloration adaptée.
 - sérologie++, tests d'immunomarquages.

B/ Colite iatrogène:

- l'interrogatoire + + + définissant l'agent.
- étiologies: ATB, AINS, radiques, laxatifs, greffon, neuroleptiques, antimitotiques, mercure, chimiothérapie.

- Polymorphisme clinique, endoscopique et histologique,

exemples:

- Colite pseudomembraneuses dues aux ATB / colite ischémique.
- Les formes hémorragiques (AINS++) / RCH.
- colite radique / crohn ou TBC (sténose, fibrose, fissures et fistules).

C/ Colites vasculaires:

Pancolite ou atteinte segmentaire (ACG):

terrain+++++

a/ aiguë: hémorragique, ulcéreuse, nécrosante, gangréneuse, pseudomembraneuse

Histo: -lésions caractéristiques limitée à l'épithélium (nécrose de coagulation, microthrombies)

-ou plus profondes atteignant la musculature, ou l'étude histologique devient difficile.

-Dgc ≠ : colites infectieuses, colite aiguë d'une MC ou RCH, colite iatrogènes, notamment celle ATB (forme pseudo-membraneuse).

b/ chronique:

segmentaires, sténosantes++ (ACG++) / crohn?, TBC?....

D/ colites diverses:

surtout chroniques.

Problèmes Dgc ≠ surtout avec les MICI .

- **Colites des vascularites:** Behcet, LED, périartérite noueuse.

- **Colites microscopiques:** collagène, lymphocytaires

- **Autres:** C.diverticulaire, C.d'amant, C.de diversion, ASLC.

C.neutropéniques, C. eosinophiliques

C.hyperurémiques (IR), thyrotoxicose...

E/ MICI: Crohn/RCH ? = C.Indéterminées

Tableau V : Diagnostic différentiel rectocolite hémorragique / maladie de Crohn (6, 36)

	RCH	MC
Manifestations cliniques	<p><i>Douleurs abdominales</i> Rares</p> <p><i>Masse abdominale</i> Absente</p> <p><i>Fièvre</i> Rare (formes compliquées)</p> <p><i>Récidives post chirurgicales</i> Absentes</p> <p>Rectorragies, syndrome dysentérique</p>	<p>Fréquentes Diarrhées</p> <p>Possible</p> <p>Fréquente</p> <p>Fréquentes</p>
Topographie	<p>Sens de progression : rectum → caecum. Continue.</p> <p>Sans intervalle de muqueuse saine au sein des lésions. Lésions superficielles.</p>	<p>Pas de sens de progression, peut rester limitée à une portion de l'IG. Discontinue.</p> <p>Présence d'intervalles de muqueuse saine au sein des lésions. Lésions profondes, transpariétales.</p>
Endoscopie	<p><i>Érythème</i> Diffus</p> <p><i>Ulcérations aphthoïdes</i> Absentes</p> <p><i>Ulcérations</i> Superficielles</p> <p><i>Pseudopolype</i> Possibles</p> <p><i>Rectum</i> Toujours atteint</p> <p><i>Iléon</i> Non atteint</p>	<p>En patch</p> <p>Très évocatrices</p> <p>Superficielles et profondes</p> <p>Possibles</p> <p>± atteint</p> <p>± atteint</p>
Histologie	<p><i>Inflammation</i> Muqueuse</p> <p><i>Mucosécrétion</i> Absente</p> <p><i>Fissures</i> Absentes</p> <p><i>Fistules</i> Absentes</p> <p><i>Granulomes</i> Absents</p> <p><i>Abcès cryptiques</i> Caractéristiques</p> <p><i>Distorsion des glandes</i> Caractéristique</p> <p><i>Granulome tuberculoïde</i> Absent</p>	<p>Transmurale</p> <p>Présente</p> <p>Caractéristiques</p> <p>Caractéristiques</p> <p>Spécifique</p> <p>Absents</p> <p>Absente</p> <p>Caractéristique</p>

POINTS COMMUNS AUX MICI:

- Chronicité, caractère inflammatoire.
- Etiologie inconnue (idiopathique).
- Manifestations extradigestives.
- Réponse aux immunosuppresseurs.

HISTOLOGIE:

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES MICI

Surface de la muqueuse	Normale/ Irrégulière (aspect vilieux)
Architecture des cryptes	Régularité/Distorsion/Ramification Atrophie Cryptite ou abcès cryptiques
Différenciation muqueuse	Hypocrinie/Normocrinie
Inflammation du chorion	Toute la hauteur muqueuse/Superficielle Homogène/Hétérogène Plasmocytose basale Histiocytes Amas lymphoïdes en profondeur
Granulomes épithélioïdes	

HISTOLOGIE

× RCH

- Augmentation infiltrat chorion
- Distorsion sévère architecture cryptique
- Diminution forte et diffuse densité cryptique
- Surface villose
- Déplétion mucus

× Crohn

- Lésions transmurales
- Ulcération aphtoïde
- Fissures profondes
- Granulome épithélioïde géantocellulaire

Difficultés diagnostic:

- Insuff des données cliniques, Rx voir endoscopiques.
- insuff de l'interprétation des biopsies.
- facteurs prêtant confusion entre MC/RCH:

- RCH:** -rectum épargné, existence d'espaces sains
- fissures superficielles, ulcérations aphtoides
 - étendue des lésions au dessous de la muqueuse
 - atteinte iléale (iléite de reflux 32%)
 - atteinte périappendiculaire
 - granulome suite à la rupture de cryptes (27%)

- Crohn:** MC RCH-like:

- atteinte colique isolée
- aspect continu des lésions....

OPTIONS DIAGNOSTIC:

-Ex radiologiques:

- Entéro-scanner, entéro-IRM
- IRM pelvienne : colite opérée

-Ex endoscopiques:

- iléo-coloscopie ,FOGD, entéroskopie, VCE
- Echo-endoscopie: colites opérées

-Anatomopatologie:

- Bx multiples, étagées, profondes (mucosectomie si possible)
- refaire les biopsies 06 semaines après dans les colites aiguës restant indéterminées
- les signes des MICI apparaissent après 15jrs d'évolution.
- anatomopatologiste expérimenté.

Tests immunologiques:

-ASCA: MC

-ANCA: RCH

intérêt d'une association ASCA/ANCA pour une meilleure spécificité

COMBINATION ANCA & ASCA IN DIAGNOSIS OF IBD

	<u>Sensitivity</u>	<u>Specificity</u>
pANCA+ ASCA - for UC	57%	92-97%
pANCA- ASCA + for CD	49-55%	97-100%

TESTS GENETIQUES:

recherche des mutations **CARD15/NOD2**

***Sensibilité 15%, spécificité 100% dans MC**

Lesage, Am J Hum Genet, 2002

- Chez les patients atteints de maladie de Crohn la fréquence cumulée de ces mutations est de 29%.

✘ TRAITEMENT :

- **Colite aiguë:** - sérologie CMV
 - ATB/ 48h
 - immunosuppresseurs : ctc, ciclo, anti-TNF /72h.
 - Chirurgie: colectomie subtotale avec double stomies.
- **Colite chronique:** le TRT est généralement celui d'une RCH.

✘ EVOLUTION :

En 2 à 3 ans d'évolution:

- 20 à 40% vers une maladie de crohn (ASCA+)
- 60 à 80% vers une RCH (ANCA+)
- < 5% restent indéterminées
- Les profils ASCA-/ANCA- peuvent rester indéterminées
Pdt plus de 10 ans.

× CONCLUSION:

- Si doute Dgc il convient d'utiliser le terme inclassée ou indéterminée, au lieu d'étiqueter faussement une colite.
- Cette situation se voit plus avec les colites aiguës.
- Les critères des MICI apparaissent après 15jrs d'évolution, d'où intérêt de refaire les biopsies surtout après 06semainnes.
- Se rappeler que l'histologie n'est que l'un des critères Dgc, il faut savoir la corréler aux données cliniques, radiologiques, endoscopiques et évolutives, apportant plus d'aide au Diagnostique, ce qui peut ainsi diminuer le nombre de cas de colites considérées comme inclassables en première intention.























