

**Séminaire Atelier National de formation en
Hépto-gastroentérologie
Alger le 21-22 Septembre 2011**

Rectocolite ulcéro-hémorragique :

DIAGNOSTIC

(Manifestations cliniques)

Dr M.BELKAHLA / Pr C.MANOUNI

Service d'Hépto-gastro-entérologie

Pr BOUASRIA

E.H.U. ORAN

INTRODUCTION

- ❑ la RCH est une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI)
- ❑ elle se caractérise par :
 - ❖ Anatomie: atteinte exclusive du rectum et colon.
les lésions prédominent au niveau de la muqueuse.
 - ❖ Evolue habituellement sous forme de poussées entrecoupées de périodes de rémissions.
- ❑ le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments: cliniques, biologiques morphologiques et anatomopathologiques.
- ❑ son étiologie exacte et les facteurs déterminants son évolution restent inconnus.
- ❑ Elle peut être guérie par colectomie totale réservées au formes compliquées ou rebelles au traitement.

OBJECTIFS

- ❑ Quand évoquer le diagnostic ?
- ❑ Quelles manifestations cliniques ?
- ❑ Quelle place pour l'endoscopie et histologie?
- ❑ Quelle place de l'imagerie?
- ❑ Quelles sont les formes cliniques ?

Rappel pathogénie RCH

Inconnue , probablement multifactorielle

- ❖ F. **génétiques** prédisposition à la maladie
- ❖ F. **d'environnements** : infectieux, non infectieux (tabac=F protecteur)
- ❖ F. **immunologiques**: activation du system immunitaire locale par un ou plusieurs stimuli non encore identifiés

RCH: maladie inflammatoire digestive survenant chez des **sujets prédisposés**, liée à une **dysrégulation du système immunitaire intestinal** induite par un ou plusieurs **stimuli** et aboutissant à une production locale accrue de **cytokines pro inflammatoires** responsables de lésions digestives.

Quand évoquer le diagnostic ?

- Anamnèse .
- Examen clinique.
- Examens paracliniques.

1 - interrogatoire

➤ **ATCD personnels:**

1-Poussée antérieure , profil évolutif.

2-manifestations extra intestinales (arthrites , maladie de la peau, inflammation oculaire...ext)

3-prise médicamenteuse: (ATB ,AINS)

4-TBC et contage TBC.

5-tabagisme.

➤ **ATCD familiaux :** MICI, Cancer colorectaux

➤ **Mode de début, durée:**

(insidieux, brutal ou une forme compliquée d'emblée).

➤ **Circonstances déclenchantes** (stress, traumatisme physique, grossesse, toxi-infection)

- **Signes fonctionnels digestives : légers à sévères et dépendent du segment colique atteint.**
- ❖ **Diarrhée: (Symptôme initiale dans 50 % cas)**
 - Modérée surtout matinale ou post prandiale.
 - Habituellement glairo sanglante mais pas toujours hémorragique.
 - Parfois majeur avec plusieurs dizaines d'évacuations rectales diurne et nocturne.
 - Incontinence fécale formes sévères.
 - Parfois alternance constipation diarrhée comme dans la colopathie fonctionnelle.
 - Facteurs d'aggravation de la diarrhée pouvant déclencher une poussée:
(Stress psychologique, laxatif, infection respiratoire ,ATB à large spectre, intervention chirurgicale ,lavement évacuateur)

❖ Réctorragie : ++

- Rectum : sang sur la surface des selles.
- Étendue : sang mélangé au selles.

Poussée de RCH: évacuations composées de débris fécaux, de glaires, de sang et de pus d'aspect très évocateurs.

❖ Douleur abdominale:

- Rare au début de la maladie ,atteinte rectale isolée.
- Le plus souvent post prandiale ,basse à type de colique
- Parfois plus diffuse très vive dans les formes sévères , si fixe et permanente nocturne et insomniante suspecter complication intestinale .

❖ Ballonnement abdominale:

- Modéré et intermittent , une distension importante permanente et douloureuse doit suspecter une complication intestinale.

❖ Syndrome rectal: (ténésme et douleur rectale)

- **Signes généraux : surviennent lorsque les lésions sont étendues.**

- ❖ **Fièvre**: poussée modérée ou sévère.
 - Plus souvent fébricule vespérale.
 - Parfois fièvre à 39-40 °c.

- ❖ **Nausée, vomissements, anorexie et amaigrissement** :
 - Leur importance est un des facteurs d'appréciation de la gravité d'une poussée.

2- Examen clinique:

- **Examen physique modeste (poussée modérée)**
 - Palper abdominal discrètement douloureux
 - Colon gauche parfois un peu spasme.
 - Borborysme intestinale peu accentué à l'auscultation.

- **Examen de la marge anale: négatif**

- **TR : peut révéler**
 - Un sphinctere anale peut contracturé.
 - Aspect granité de la muqueuse réctale basse.
 - Pseudopolype.
 - Doigtier revient souillé de sang.

➤ **Manifestations extra intestinales :**

Examen cavité buccale, cutanéomuqueux, ostéo-articulaire et oculaire :

- Fréquentes MICI 20-40 % et multiples.
- D'autant plus fréquentes que l'atteinte digestive est étendue, qu'il existe une localisation colique et que la maladie est ancienne.
- Dominées par les manifestations **articulaires, cutanées et oculaires.**
- D'autres localisations sont possible et parfois graves .
- Leur évolution est le plus souvent parallèle à l'activité de la maladie.
- Mais peuvent évoluer pour leur propre compte et sont parfois révélatrices.

❖ **cutané muqueuses:**

1-aftoses buccale:

4% RCH 10-20 % MC

Ind poussée



2-érythème noueux

0,5 à 15 %

RCH pancolique



3-pyoderma gangrenosum

2-4 % MICI

RCH pancolique(3XMC)



4-vascularite :

exceptionnel

- ❖ **Osteo articulaires:** 2-25%
 - Axiale : Sacro-ileite, Spondylarthrie Ankylosante(SPA).
 - Périphérique: grandes articulations

- ❖ **Ophthalmologiques:** 1-10% MICI
 - Episclérite , sclérite et ulcération marginale de cornée.
 - Uvéite antérieur.

- ❖ **Hépatobiliaires:**
 - **Cholangite sclérosante primitive (CSP)** 0,5-5,5 % RCH
CSP associée RCH 70 %
 - **Hépatite chroniques actives et CBP.**

- ❖ **Vasculaires:** vascularite et thromboses.

- ❖ **Autres:** cardio-pulmonaire ,neurologique ,rénale et pancréatique

3- Examens paracliques:

a)Biologie: aucuns éléments n'est spécifique

- ❖ **FNS:** -anémie ferriprive ou inflammatoire.
-augmentation des GB discrète a PNN -thrombocytose .
- ❖ **Syndrome inflammatoire:** -augmentation VS 30 mm, CRP.
- ❖ **EPP:** hypoalbuminémie (baisse proportionnelle à la sévérité)
- ❖ **Perturbations hydro-électrolytiques.**
- ❖ **Examen des selles :** **Bactériologie:** dans un but de diagnostic différentielle
Recherche de toxine de **costridium**
Parasitologie : recherche surinfection amibienne intestinale.
Sérologie CMV et VIH.
- ❖ **ANCA/ASCA :** intérêt diagnostique faible.
ANCA 60 à 70% RCH ,spécificité 70 à 90 % amélioré par la recherche simultanée des
ASCA (ANCA+/ASCA-)

Quelle place pour l'endoscopie?

b) Examens à visée diagnostic:

❖ Endoscopie:

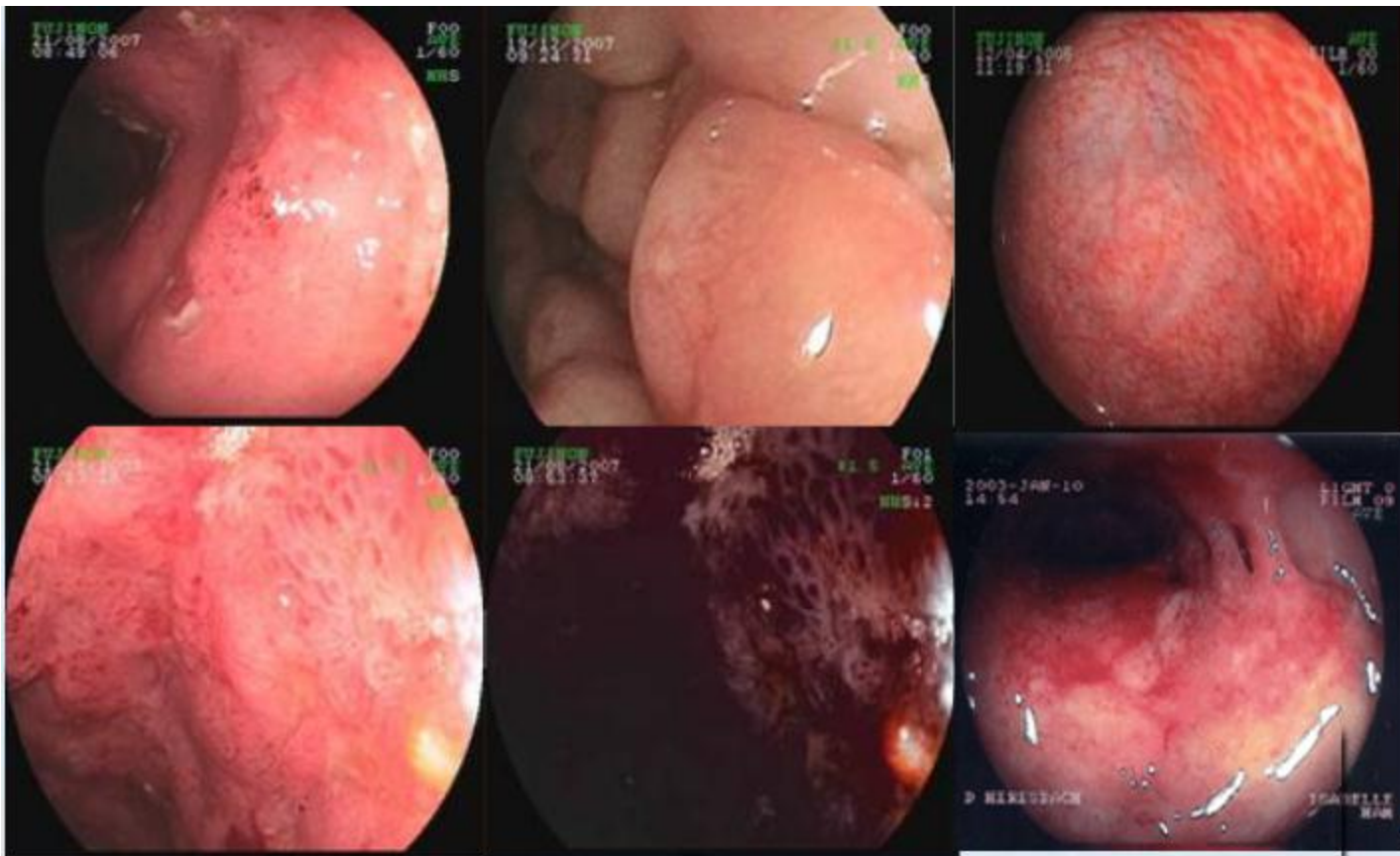
Iléo-coloscopie:

- Aider Dc positif et diagnostic différentiel
- Préciser topographie ,l'extension des lésions et Activité de la maladie.
- Surveillance ultérieure (dysplasie ,sténose, pseudopolypes)
- pratiquer des biopsies multiples étagées.
- Contre indication : complications (coléctasie , perforations)

Description des lésions élémentaires

Lésions non ulcérées

- 1) **Erythème** : diffus et continu (RCH) par plage ou par bande (MC)
- 2) **Aspect œdématié** : muqueuse boursouflé (MC)
- 3) **Aspect granité** : rouge, sombre, friable (RCH)



Lésion non ulcérée et ulcérée de RCH active



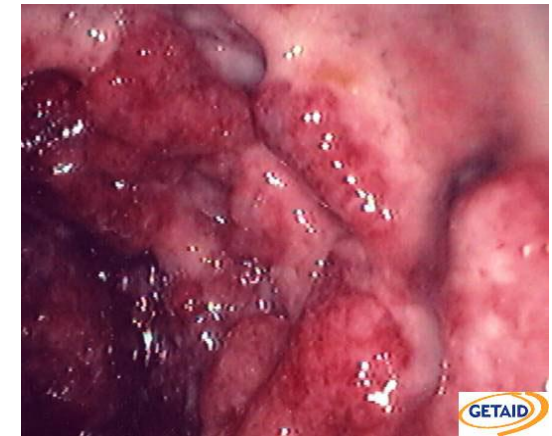
Erythème diffus associée à un œdème avec sécrétion de muco pus



Érosions confluentes



Ulcérations superficielles



Ulcérations creusantes

Topographie et répartition des lésions élémentaires ?

Au cours de la RCH :

- atteinte rectale constante
- lésions continues
- sans asymétrie des plages lésionnelles
- sans intervalle de muqueuse macroscopiquement saine
- sans ulcération iléale



Cas particuliers de RCH: l'atteinte du rectum n'est pas constante

- Le respect du rectum **est rarement total** : **15% à l'endoscopie et 5% à l'histologie**¹
- L'absence d'atteinte endoscopique et/ou histologique du rectum au cours de la RCH n'est **qu'1 fois sur 5** liée à un traitement local¹

et l'atteinte peut être discontinue

- Un segment sain endoscopique ET histologique est rare **au cours de la RCH**
- L'**extension** endoscopique de la colite est **sous-estimée dans 20 à 30 % des cas**^{1,2,3}, plus souvent lors du suivi de la maladie (28 %)⁴ qu'au moment du diagnostic (4 %)

¹Niv et al. *Am. J. Gastroenterol.* 1987.

²Bernstein et al. *Gastrointest. Endosc.* 1995.

³Floren et al. *Scand. J. Gastroenterol.* 1987.

Cas particuliers de RCH

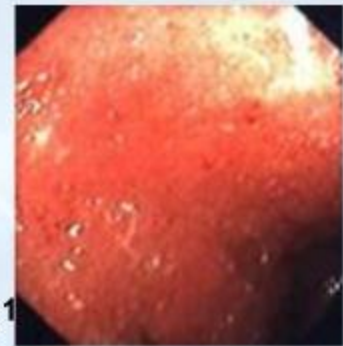
Atteinte isolée de l'orifice appendiculaire

- Une atteinte **endoscopique et histologique autour de l'orifice appendiculaire** est classiquement décrite au cours de la RCH
- Sa fréquence varie de 20 à 75 %¹ **en présence d'une atteinte recto-sigmoïdienne** ou d'une colite gauche²

¹Okawa et al. *Am. J. Gastroenterol.* 1998, ²d'Haens et al. *Am. J. Gastroenterol.* 1997, ³Matsumoto et al. *Gastrointest. Endosc.* 2002, ⁴Yang et al., *Gastrointest. Endosc.* 1999.

Atteinte iléale ou iléite de reflux

- Une **atteinte inflammatoire congestive peu ulcérée** > 5 cm de l'iléon terminal est décrite dans 20 à 50 %
- Cette iléite est **surtout décrite sur les pièces opératoires**¹
- Sa **signification est inconnue** : risque de cancer colique², de pochite après anastomose iléo-anale³



¹Gustavson. *Dis. Col. Rectum* 1987, ²Heuschen. *Gastroenterol.* 2001, ³Pendig, *Dis. Col. Rectum* 1988.

Description des aspects élémentaires cicatriciels

❖ Cicatrice d'ulcération:

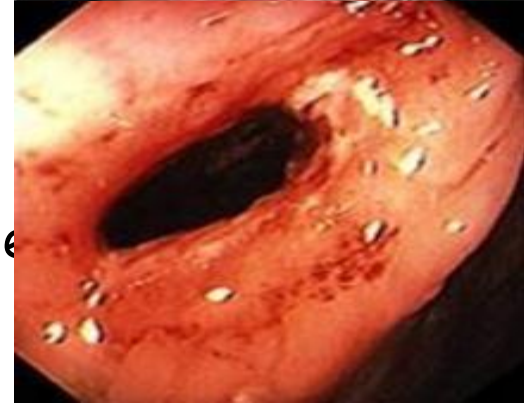
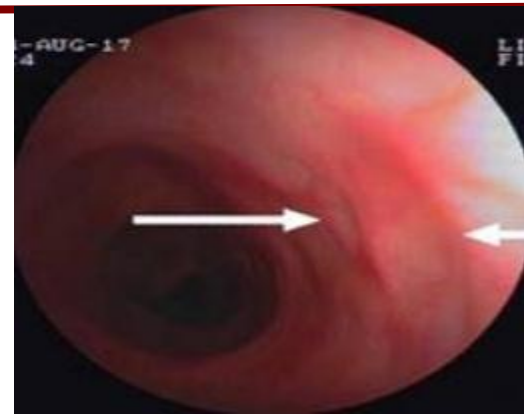
- Plane ou légèrement déprimée, Blanchâtre , pale, dépoli avec réapparition de la vascularisation (RCH MC).

❖ Pseudopolypes MC>RCH:

- Séquelles hypertrophiques de quelques mm à 2-3cm.
- Parfois congestif ou surmontée d'une muqueuse Blanchâtre ulcérée.

❖ Sténose cicatricielle:

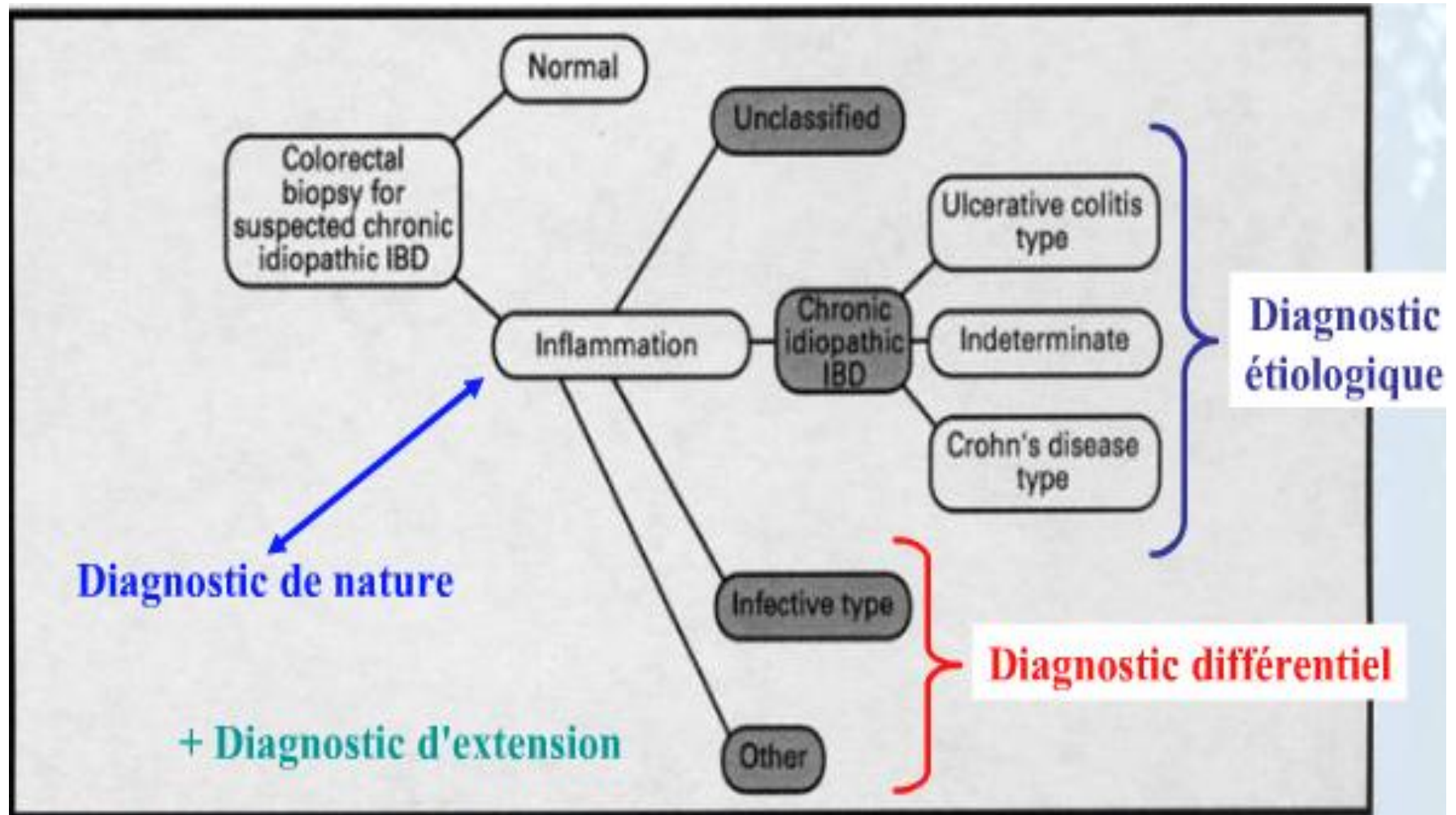
- Aspect tubulé du colon avec retrécissement Localisé en particulier au cours des formes cicatricielles et évoluée.



Palce des autres examens endoscopique?

- ❖ **Le cathétérisme rétrograde du cholédoque:**
Suspicion de Cholangite sclérosante primitive (CSP)

Quelle place pour les biopsies?



Histologie RCH ?

RCH

- Anomalies glandulaires
(ramifications, abcès cryptiques)
- Altération de la mucosécrétion
- Atteinte continue, homogène
et superficielle

Apprécier l'extension lésionnelle ?

➤ **Rectite (proctitis) / Colite gauche (Left-sided colitis) / Colite extensive / Pancolite**

- ✓ l'extension de l'inflammation :
 - Est un facteur du pronostic
 - Oriente le choix du traitement (local vs per os)
 - Stratifie le risque évolutif de dysplasie et de cancer
- ✓ Importance de la cicatrisation muqueuse après traitement

La coloscopie sous-estime l'extension de la maladie : privilégier l'évaluation histologique (± chromoendoscopie ?)

Recommandations pratiques

- **Biopsies multiples, étagées et bien répertoriées ++ :**
 - 2 à 3 biopsies par 10 cm de colon lésé (SFED)
 - Au moins 2 biopsies sur 5 sites coliques (cœco-ascendant, transverse, colon descendant, sigmoïde, **rectum ++**) (ECCO)
 - Biopsies iléales systématiques
- Biopsies des lésions (**bordure des ulcérations et érosions aphtoïdes**) et en zone saine ++
- Si **iléite isolée**, biopsies coliques étagées

- **Biopsies pour microbiologie**
 - dans le segment colique le plus sévèrement atteint, sur les lésions
 - transport au laboratoire dans eau stérile ou serum salé
 - Bactériologie : mise en culture : milieux spécifiques (coprocultures) et Löevenstein
 - Anatomo-pathologie : examen direct
- **Maximum de renseignements cliniques** (age, contexte clinique, ancienneté de la maladie, traitements en cours...)

Quelle place pour les imageries?

❖ ASP:

- Poussée sévère,
- rechercher une complication:
Coléctasie, perforation.
- Signes de pelvis-pondylite ou de sacro-iléite.

Dilatation aérique de tout le colon
Avec un diamètre du transverse >7cm
coléctasie



❖ **Lavement baryté:**(baryte sous faible pression ou sans préparation)

- refus, intolérance ou sténose infranchissable.
- Apprécie le degrés de microrectie.



**Stade précoce: anomalie de tonus ,diminution d' expansibilités
les haustrations sont festonné et ont tendance à disparaître
(Atteinte limitée au rectum et au sigmoïde A-B)**

Stade de plus : F.intermédiaires



Ulcérations profondes
colique gauche



images en doubles contours
liée a la confluence d'ulcérations
en « boutons de chemise »

Aspect radiologique de RCH

Stade séquellaire

Aspect rigide colon avec disparition des haustrations, arrondissement des Angles, diminution du calibre et de la longueur aboutissant à une microcolie Gauche.



❖ Transit du grêle:

- Si il est pratiqué confirme l'intégrité de cette organe

❖ TDM et échographie:

- complications

Quelles formes cliniques?

1. Formes évolutives :

1.1 Selon l'intensité de la poussée : évaluation de l'activité peut être déterminée par :

→ **Critères de Truelove et Witts** : ne sont ni sensible ni spécifiques, cependant ils sont simples, logiques et d'application clinique aisée

	Sévère	Légère
Nombre de selles/j	≥ 6 (sanglante)	≤ 4 (non sanglante ou petites traces de sang).
Température	> 37,5 pendant 4 jours ou > 37,8 (2j/4)	Absence de fièvre.
Rythme cardiaque / mn	≥ 90 / '	Pas de tachycardie
Hémoglobine	≤ 10,5 g/dl.	Pas d'anémie sévère.
VS	≥ 30	< 30.

La poussée est dite modérée si l'intensité des paramètres est intermédiaire.

→ **Critères d'Oxford modifiées :**

- Plus sensibles.
- Prennent en compte :
 - Nombre de selles.
 - Au moins l'un des autres critères et/ou une albuminémie < 35 g / l.

1.2 Selon l'intensité de la forme clinique

La forme grave de la RCH mérite d'être isolée. Elle est caractérisée par :

❑ Signes cliniques sévères :

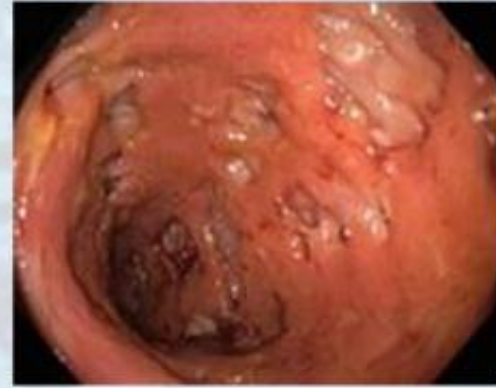
- Douleurs abdominales intenses,
- Diarrhée profuse sanglante (>10 selles/jour) et/ou rectorragies abondantes,
- Distension abdominale et douloureuse
- Signes généraux : hyperthermie (39-40°), torpeur tachycardie (>120/mn)

❑ Biologie :

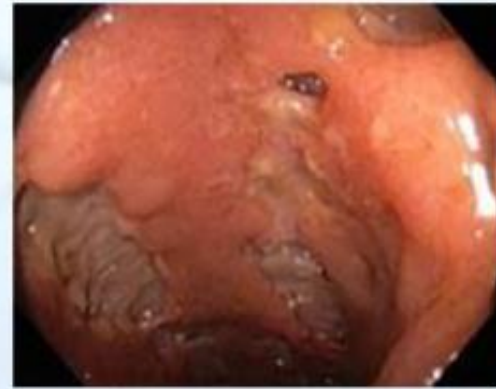
- hyperleucocytose, VS très accélérée, anémie franche, hypoalbuminémie.

❑ Radiologie : colectasie ou aspect en double contour diffus ou localisé de la paroi colique qui traduit des décollements de la muqueuse intestinale.

Endoscopie courte prudente et sans préparation préalable → signes sévères.



Ulcération profondes et larges mettant à nu la striation musculieuse



Ulcérations profondes en puits et décollement muqueux

- Evolution spontanée** : vers la complication
- Pronostic** : fonction de la précocité du TRT

Autres formes cliniques

Topographies	Terrain	Complicquées	Manifestations extra intestinales
•Rectum (proctite ulcéreuse) tableau de constipation	Enfant (rare) RSP et pubertaire. Évolution sévère	Perforation colique 2-8% Risque élevé F. grave Pancolite.	articulaires
•Partielle (rectosigmoïde ne dépassant pas l'angle droit)	Femme enceinte: Rémission bien tolérée Concomitante de poussée :aggravation	Hémorragie massive	cutanées et muqueuses
•Totale ou pancolites= (Ensemble rectocolon)	Sujet âgé : éliminer Cancer, Colite ischémique et diverticulite	Mégacôlon toxique: 1,6 à 13 % Pancolite +++	oculaires
•Forme colique gauche		Cancer rectocolique Risque : âge jeune, étendue, évolution 20 ans, CSP	hépatiques et biliaires
•Segmentaire ou localisée sans atteinte rectale		Association Amibiase, sténose colique : rare	autres: thromboemboliques, rénales

Évaluation clinique RCH

□ Poussée initiale de la RCH:

➤ **légère** : 54 % des patients .

- Atteinte localisée au rectum et au sigmoïde peut être pancolique.
- Seuls symptômes : diarrhée et réctorragies.
- Examen clinique est fréquemment normal.

➤ **Modérément sévère**: 27 % des patients

- Typiquement une diarrhée hémorragique (5-6fois /j)
- Douleurs abdominales peuvent être présente.
- Asthénie et fièvre.
- Abdomen sensible à la palpation.

➤ **Sévère** : 19% (colite aigue grave)

Evolution RCH

- ✓ **80 %** rémission, **10 - 15 %** évolution continue, complications sont possibles.
- ✓ L'extension de la maladie détermine en partie son évolution :
 - **Les formes pancoliques** ont plus de tendance à générer : Poussées sévères & Taux de colectomie plus élevé.
 - **Les proctites** ont en général une évolution bénigne :
 - **11 %** extension après 5 ans.
 - **19 %** après 10 ans.
 - **29 %** après 19 ans.
- ✓ Une fois la première année révolue, l'évolution est identique quelque soit l'étendue de la maladie avec un taux de colectomie annuelle à 1 %.
- ✓ A long terme la survie est légèrement différente de la population générale.

POINTS ESSENTIELS

- ❑ L'évaluation clinique de la RCH repose sur l'histoire de la maladie et l'examen physique.
 - ❑ Les signes de gravité clinico-biologiques et endoscopiques doivent être appréciés et suivis.
 - ❑ Les patients qui progressent vers une coléctasie doivent être rapidement identifiés.
 - ❑ Les agents infectieux (bactériens ou viraux) devraient être également recherchés.
-
-