



Hôpital du Valais
Spital Wallis



LA COLITE DANS TOUS SES ÉTATS

Dresse EL YAFI – RAMELOT Fabienne
Médecin adjointe
Gastroenterologie

APRÈS-MIDI DU POLE DE MÉDECINE
16 MAI 2019

PLAN DE L'EXPOSÉ

Définition et tableau clinique

Caractéristiques générales - Que voit on au scanner? En endoscopie?

Etiologies – Comment orienter le diagnostic?

Quelle est la sévérité de la colite? - La colite aigue grave - Place de l'endoscopie

Colite infectieuse ou inflammatoire?

Cas divers imagés et commentés

LES COLITES

Définition: inflammation aigue ou chronique du colon.

Symptômes :

- douleurs abdominales localisée ou diffuse, crampoide, avec ou sans fond douloureux permanent,
- diarrhée acqueuse , glaireuse, glairo-sanglante, rectorragies, ténésmes
- fièvre, amaigrissement, ballonnements, nausées, vomissements

Examen abdominal:

souple et indolore / souple avec douleur localisée ou diffuse / empatement localisé et sensible /
défense...rebond...occlusion... tableau de perforation

Biologie:

Normale / hyperleuco et CRP élevée / carences protéique et diverses

LES COLITES : CARACTERISTIQUES

Caractère compliqué: signes généraux important, colectasie, perforation, fistules, abcès

Localisation de la colite: segmentaire (sigmoïde/ droite/ gauche) , suspendue ou continue à partir du rectum, pancolique, iléo-colite, rectite, pouchite (réservoir iléo-anal)

Atteinte muqueuse ou transmurale ? peut être suspecté en endoscopie ou au scanner

Lésions endoscopiques

Images radiologiques

LES COLITES: CARACTÉRISTIQUES

AU SCANNER

- Hyperhémie de la muqueuse
- Epaissement de la paroi
- Perte des haustrations coliques, colon tubulisé
- Sténoses, +/- dilatation d'amont
- fistules
- Infiltration péri-colique
- Adénite
- Signe du peigne
- Sclérolipomatose
- ...

EN ENDOSCOPIE

- **Erythème** : diffus, localisé, maculaire, en bande, muqueuse granitée, pétéchiale
- Fragilité de la muqueuse, saignement au contact
- Raréfaction des **vaisseaux**
- **Érosions** (superficielles), **ulcérations** (aphtoïdes, nummulaires, serpigineuses, étendues, creusantes, en puits, décollements muqueux)
- Suspicion de fistule (orifice)
- Sténose
- membranes

LES COLITES : QUELLES ETIOLOGIES...

INFECTIEUSE : bactérienne (ex: campylobacter), virale (ex: rectite herpetique) , post-antibiotique (ex: clostridium d.), diverticulaire

ISCHEMIQUE: aigue sévère, aigue transitoire, chronique

INFLAMMATOIRE CHRONIQUE : RCUH, Crohn, Colite inclassée, Gastro-enterite à éosinophile (très rare)
Suspicion par le contexte, l'histoire du patient

IATROGENE: AINS, Chimiothérapie, immunothérapie, radique (aigue : en coup de soleil / chronique)
Recherches bactériologiques
médicamenteuse (colite microscopique)

Scanner (diverticules)

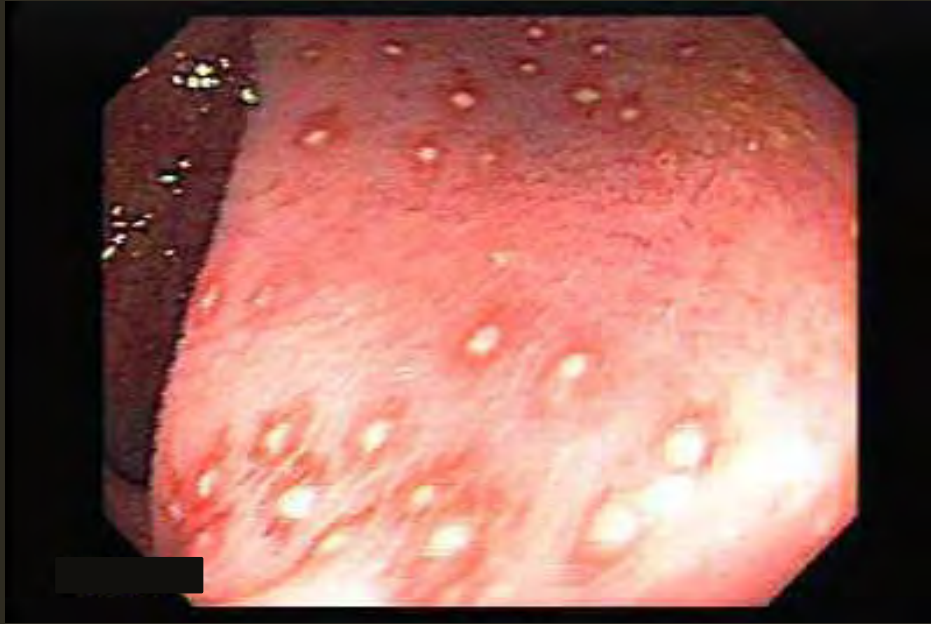
COMMENT ORIENTER LE DIAGNOSTIC ?

Aspect endoscopique

Biopsies

Dans certains cas: sérologie virale et PCR (CMV), ANCA, ASCA

Ulcérations aphtoides



Ulcérations serpigneuses superficielles



CROHN

évocateur mais non spécifique

Ulcères creusant serpigneux



Ulcères nummulaires



CROHN

évocateur mais non spécifique

Erythème , aspect granité, fragilité, disparition
des vaisseaux, micro-érosions



+ ulcérations superficielles multiples



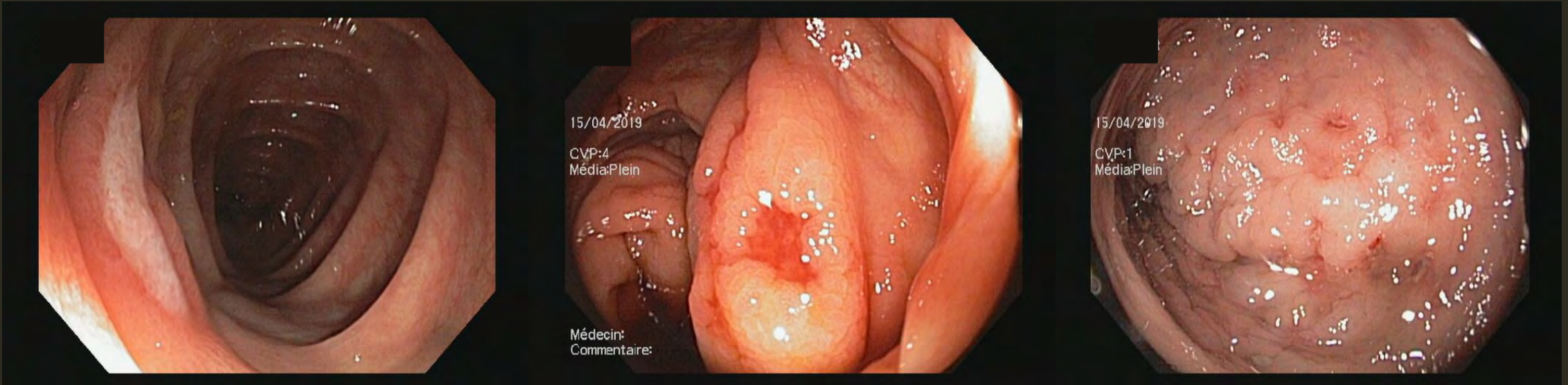
RCUH

évocateur mais non spécifique

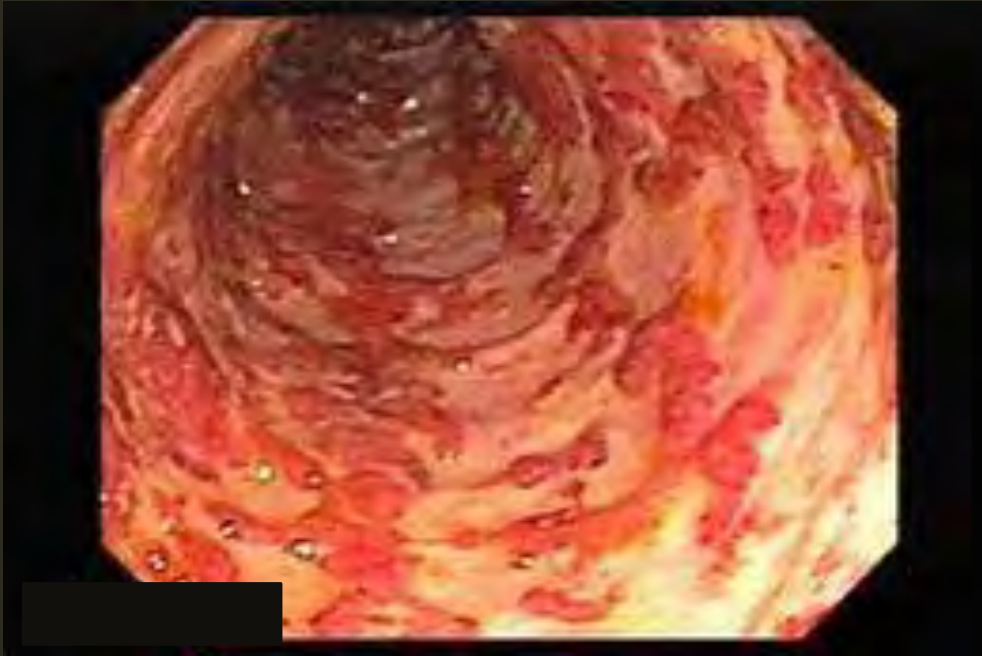
ULCÉRATION UNIQUE OU QUELQUES ULCÉRATIONS

Quels diagnostics évoquer?

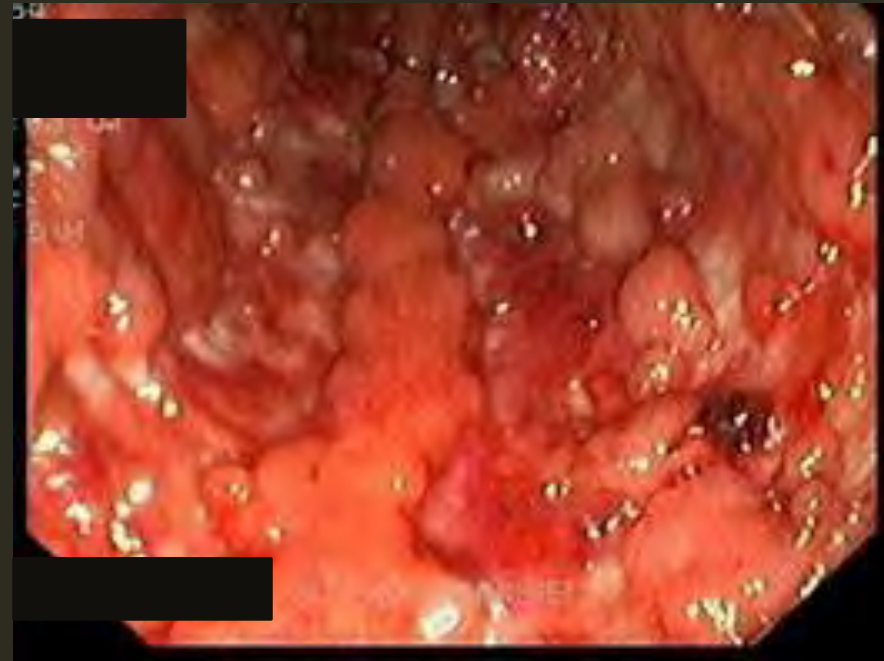
Pathologie: aspécifique...



Colite aiguë grave



Ulcérations creusantes étendues



+ musculature visible

LA COLITE AIGUE GRAVE

Complication de RCH ou de la colite de Crohn (plus rarement d'une colite infectieuse: à exclure!)

Evolution d'une colite inflammatoire connue ou forme inaugurale

La définition de la CAG est une définition clinico-biologique.

Les **critères de Truelove et Witts**, établis en 1955 par l'équipe d'Oxford restent toujours d'actualité: ils sont clinico-biologiques.

Le **score de Lichtiger** est exclusivement clinique.

«Les évaluations initiales et pluriquotidiennes entre équipes médicales et chirurgicales sont indispensables pour optimiser et guider la stratégie thérapeutique» .

Benjamin Pariente. Post'u 2017- FMCHGE

Score de Truelove et Witts modifiés

Critères de Truelove et Witts modifiés

Poussée sévère :	présence du premier critère et d'au moins 1 des 6 autres
------------------	--

Nombre d'évacuations par 24 h	>5
Rectorragies	importantes
Température (°C)	> ou = 37.5
Pouls (/min)	> ou = 90
Taux Hémoglobine	< ou = 10
VS (en mm à la 1ère heure)	> ou = 30
Albuminémie (en g/l)	< ou = 35

Critères d'Oxford modifiés : 2 critères + Albuminémie < 35 g/l*

Score de Lichtiger

Nombre de selles par jour (en plus du nombre habituel)	0-2	0
	3-4	1
	5-6	2
	7-9	3
	10 et plus	4
Selles nocturnes	Non	0
	Oui	1
	Absent	0
Saignement rectal (en % du nombre de selles)	< 50%	1
	≥50%	2
	100%	3
Incontinence fécale	Non	0
	Oui	1
	Aucune	0
Douleurs abdominales	Légères	1
	Moyennes	2
	Intenses	3
	Parfait	0
État général	Très bon	1
	Bon	2
	Moyen	3
	Mauvais	4
	Très Mauvais	5
Douleur abdominale provoquée	Aucune	0
	Légère et localisée	1
	Moyenne et diffuse	2
	Importante	3
Nécessité d'un antidiarrhéique	Non	0
	Oui	1

Un score clinique de **Lichtiger > 10** définit une **poussée sévère**.

Il permet d'évaluer la réponse clinique aux corticoides dans les **CAG des IBD** : un score < à 10 deux jours consécutifs et une baisse > à 3 points par rapport au score de départ

PLACE DE LA COLOSCOPIE DANS LA CAG

SÉCURITÉ? INTÉRÊT?

Dans une série concernant 85 patients ayant eu une coloscopie pour une poussée sévère de RCH, un seul patient ayant des lésions très sévères a présenté après la coloscopie une dilatation colique et a été opéré.

Un examen jusque l'angle gauche est suffisant dans 90 % des cas

Carbonnel, F. et al. Colonoscopy of acute colitis. A safe and reliable tool for assessment of severity. Dig. Dis. Sci. 1994

La présence de critères endoscopiques de sévérité prédit la sévérité de l'examen anatomo-pathologique.

Nahon S et al . Am J Gastroenterol 2002

« Ce diagnostic (CAG) est avant tout clinique et doit être étayé par des critères de gravité biologiques, morphologiques et endoscopiques. »

Benjamin Pariente. Post'u 2017- FMCHGE

LA COLITE AIGUE GRAVE: COMPLICATIONS

Mégacolon toxique ou colectasie

défini par un diamètre du côlon transverse supérieur à 6 cm sur un cliché d'abdomen sans préparation couché ou un scanner abdominal, et des signes de toxicité systémiques

Perforation colique

Abcès abdominaux

Hémorragie digestive massive

INDICATIONS DE COLECTOMIE

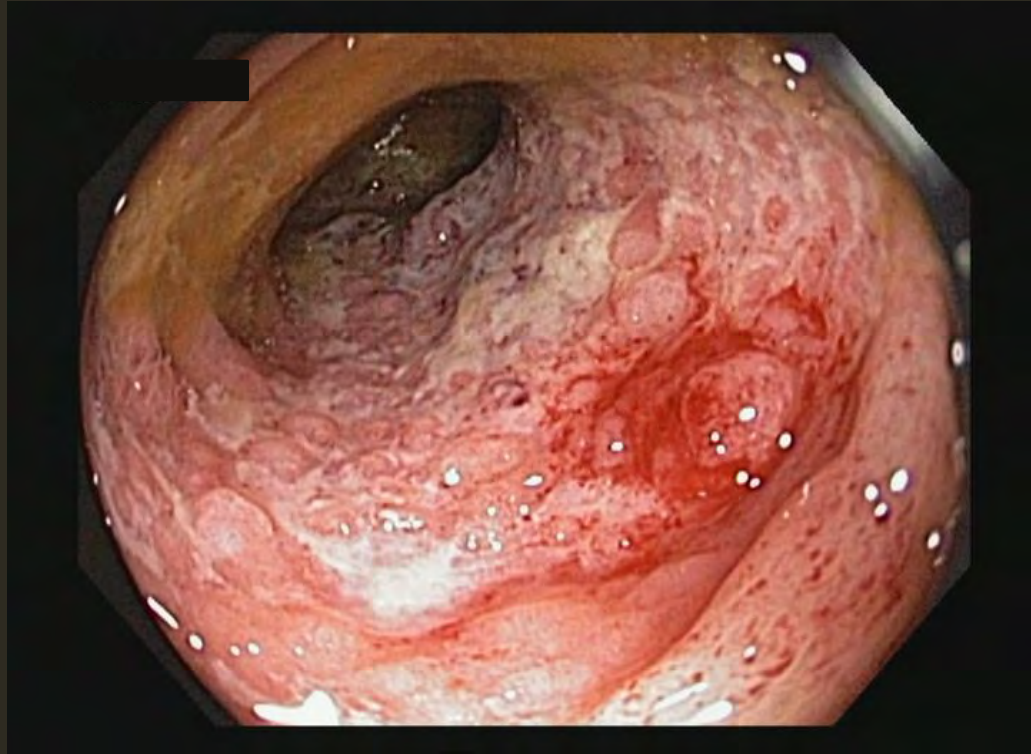
COLITE: INFLAMMATOIRE OU INFECTIEUSE ?

Un faisceau d'argument:

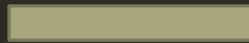
- Age...IBD du sujet âgé...
- Caractère aigu des symptômes...IBD à début aigu
- Bactériologie positive...surinfection d'une IBD
- Endoscopie... lésions élémentaires= suggestives mais non spécifiques
- Biopsies...histologie pas toujours caractéristiques aux stades précoces des IBD
- ANCA, ASCA...existe des profils atypiques
- Topographie: en endoscopie, scanner, entero-IRM
- Réponse au traitement... épreuve aux 5-asa, (corticoïdes)

Colite inflammatoire **et** infectieuse

- Colites infectieuses compliquant MICI = 10 %
 - *Clostridium Difficile, Compylobacter Jejuni, CMV, Salmonella, Shigella, E Coli, Cryptosporidia*
- A évoquer en cas de :
 - *Symptômes inhabituels*
 - *Notion de contagé*
 - *Non réponse au traitement*



?



Colite congestive , pétéchiiale



Colite nécrotique



ISCHEMIQUE



COLITE ISCHEMIQUE

Triade classique: douleur + diarrée + rectorragies

Lésions endoscopiques élémentaires non spécifiques. Diagnostic différentiels : IBD, infectieux, post-antibiotique

Classification endoscopique de Favier:

Stade 1 : œdème et érythème pétéchiol

Stade 2 : ulcérations sur une muqueuse œdémateuse érythémateuse

Stade 3 : nécrotique , colon gris-noir

-> En pratique: si stade 1 ou 2 , refaire endoscopie à 48 h

Stade chronique: sténose, ulcères chroniques

La plus fréquente: « la colite ischémique ambulatoire et non gangreneuse »: transitoire, > 60 ans, atteinte muqueuse et sous-muqueuse

La forme grave: «La colite ischémique sévère gangreneuse»: 15 à 20 % des cas, Ischemie transmurale irréversible (contextes évocateurs: au cours d'une chirurgie avec clampage vasculaire, patients de réanimation avec choc)

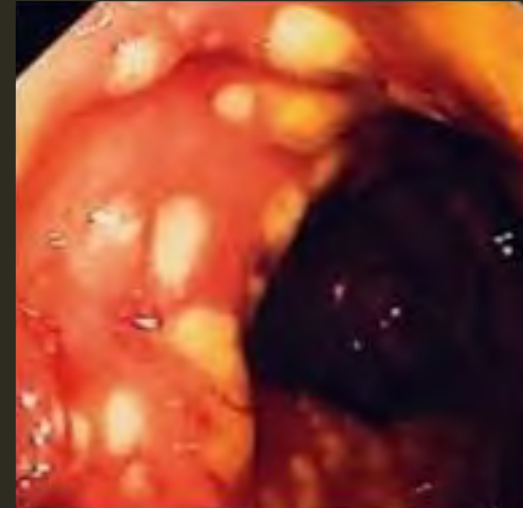
Y penser: L'atteinte colique droite:

plus d'évolution défavorable (recours à la chirurgie, mortalité) Medina C Dis Colon Rectum 2004

Colite pseudomembraneuse

Colite aux antibiotiques

Colite à *Clostridium difficile*

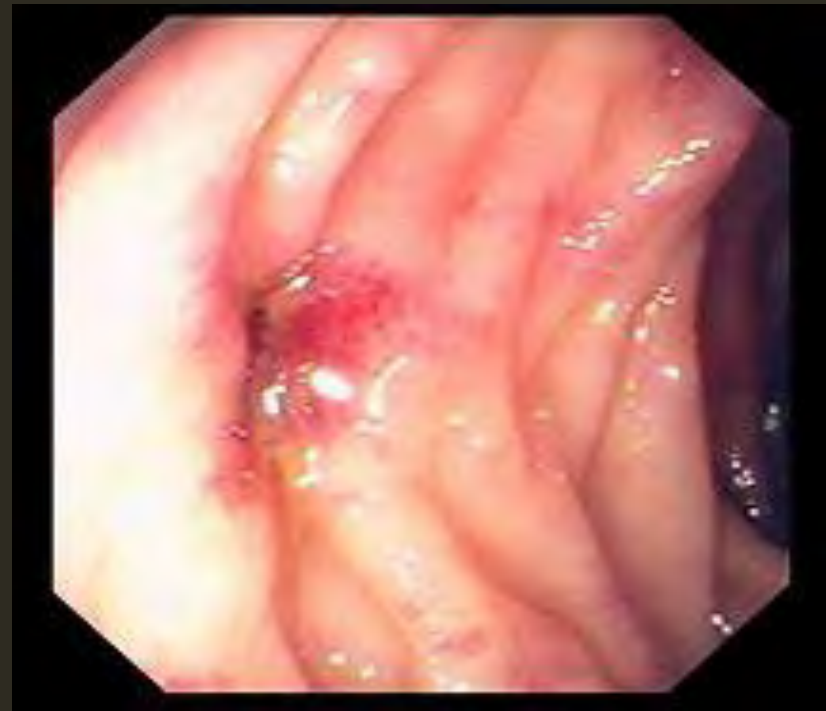


Autre colite post-antibiotique: la colite hémorragique à *Klebsiella oxytoca*
Endoscopie: congestion, ulcérations, pas de membranes.

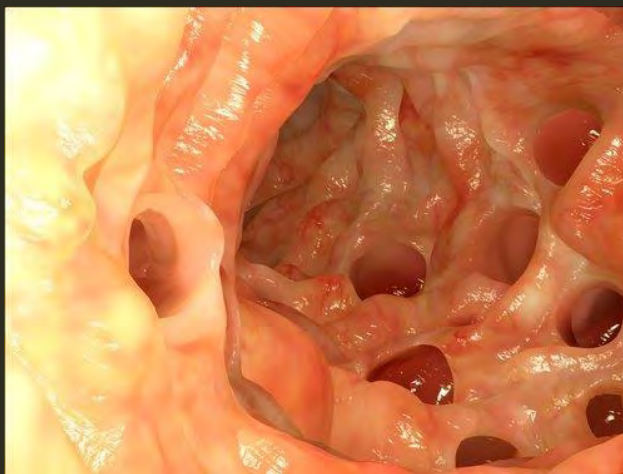
DIVERTICULOSE



DIVERTICULITE

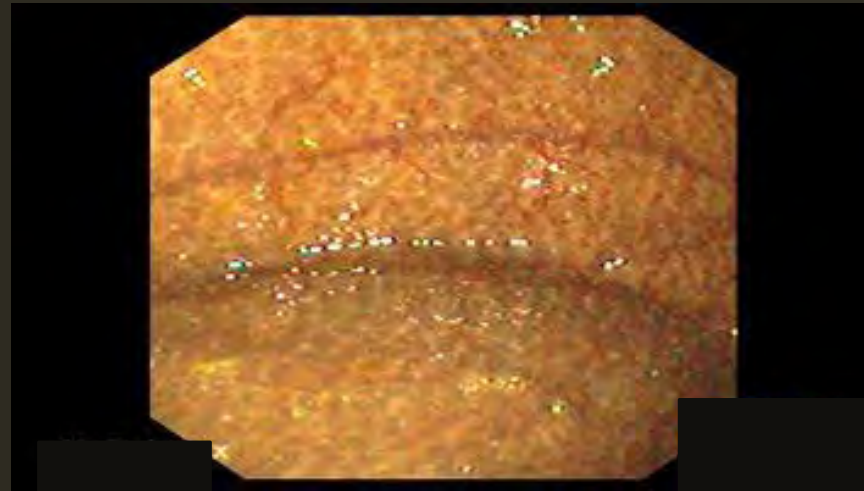


COLITE DIVERTICULAIRE

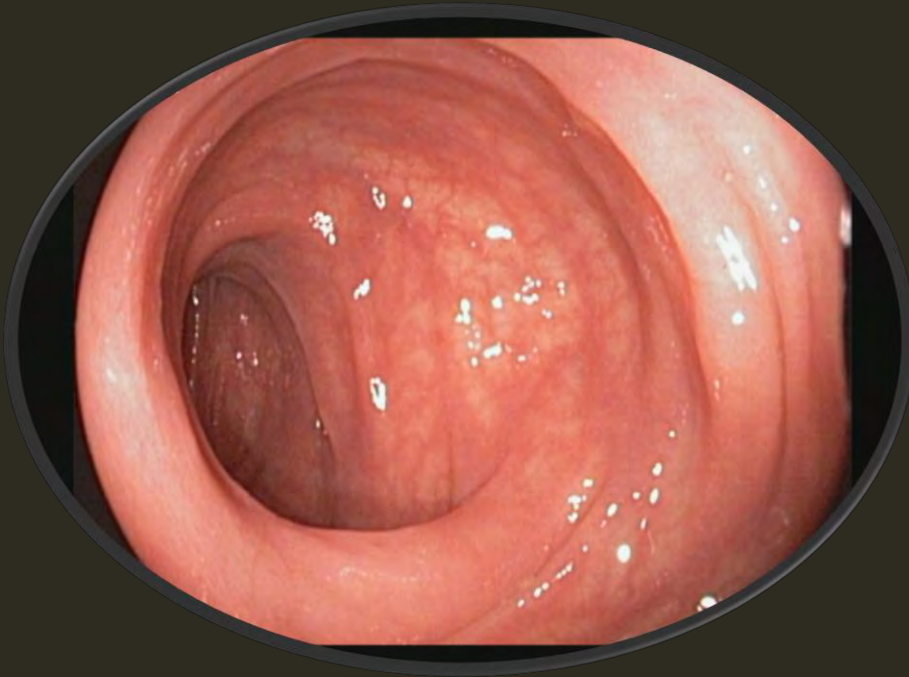


~~Commissure~~

: Melanose colique



QUAND LA DIAHRRÉE EST CHRONIQUE ET QUE LA MUQUEUSE EST...



NORMALE

Colite microscopique ?

Deux formes , même traitement

LA COLITE MICROSCOPIQUE

Diarrhée chronique, en général pas de douleurs abdominales

Muqueuse colique **macroscopiquement normale**.

La plupart du temps : due à un **médicament**. Parfois associée à des maladies AI.

Anomalies microscopiques pancoliques qui prédominent dans le colon droit et sont parfois absente du rectum.

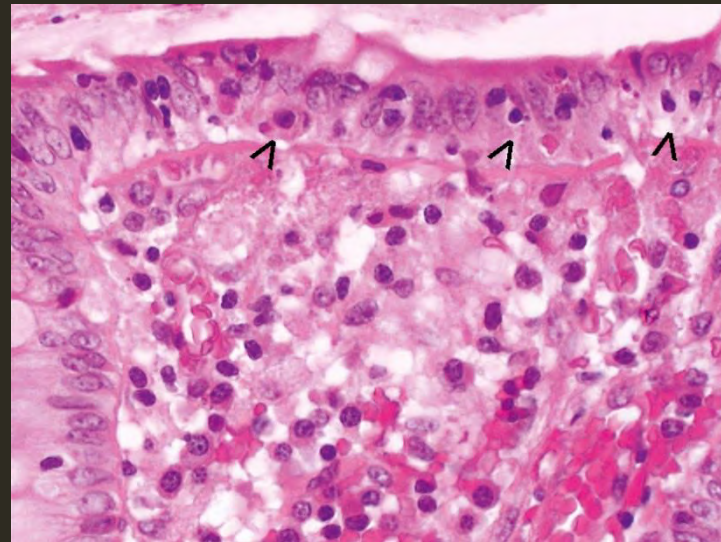
Biopsier le sigmoïde et le colon droit. Mais une rectosigmoidoscopie permet de diagnostiquer une grande majorité des colites microscopiques.

2 formes histologiques, même traitement:

anti-diarrhéiques, éviction des traitements potentiellement responsable, cure de budesonide (azathioprine dans les formes résistantes invalidantes ou corticodependants.)

LA COLITE LYMPHOCYTAIRE

augmentation des lymphocytes CD8+ intra-épithéliaux (>20 pour 100 cellules épithéliales), altérations des cellules épithéliales de surface, infiltrat inflammatoire du chorion



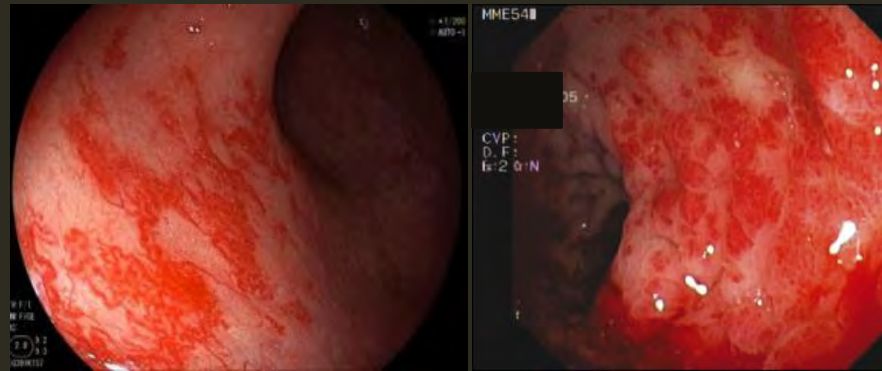
LA COLITE COLLAGÈNE

Dépôt de collagène > 10 microns sous la surface de l'épithélium (bande fibreuse + altération de l'épithélium de surface et inflammation du chorion et légère augmentation des LIÉ)



RECTITES

Rectite chronique radique



Rectite aigue: ne pas oublier les IST ! Oser demander.



Essentiellement : gonocoque, Chlamydia trachomatis, herpes (écouvillon pour PCR)

CONCLUSION: TAKE AWAY MESSAGE

- La sévérité de la colite est avant tout clinique.
- Devant une colite toujours exclure une cause infectieuse et une complication.
- Après avoir exclu une complication, on peut alors envisager une endoscopie.
- L'aspect endoscopique peut orienter le diagnostic mais n'est pas spécifique.
- L'endoscopie permet de réaliser les biopsies qui donnerons en général le diagnostic.
- Dans la CAG l'endoscopie permet d'évaluer la sévérité de la colite (signes de gravité endoscopique). Dans 90% cas, la coloscopie gauche suffit.
- La colite ischémique : se méfier stade 1 ou 2 (2^e endoscopie?) et de l'atteinte droite
- IBD: le caractère aigu n'exclu pas une IBD – La découverte d'un microbe n'exclu pas une IBD

Merci de votre attention.