

**Université de Ferhat Abbas, Sétif1**  
**Faculté de Médecine**  
**Service de Médecine interne**

**Module: Gastro-enterologie**

**Titre du cours : Rectocolite ulcero-hémorragique**

**Enseignant : Dr N/ ZIGHMI**

**Date : 13 /04/2020**

# I)Introduction

## ▶ Définition:

La RCH est une **maladie inflammatoire intestinale, d'étiologie inconnue**, qui fait partie avec la mdie de Crohn(MC) ainsi que les Colites indéterminées(CI) **des maladies cryptogénétiques de l'intestin(MICI)**

*Caractérisée par:*

- ▶ Deux pics de fréquence 25, 30 ans et parfois après 60ans
- ▶ Touche **exclusivement le colon avec atteinte rectale obligatoire**
- ▶ **Prédominance des lésions au niveau de la muqueuse**
- ▶ Clinique: Diarrhée glairo sanglante/Rectorragies+/- manifestations extra digestives
- ▶ Evolue par **poussées/Remissions**
- ▶ **Bien contrôlée par TRT médical(5ASA,CTC...)**
- ▶ **Peut être guérie par la colectomie(formes compliquées/Echec TRT médical)**

## II)Pathogénie:

Inconnue, probablement multifactorielle

- ▶ *Facteurs génétiques* : Existence d'une prédisposition à la maladie
- ▶ *F. d'environnements* : Infectieux, non infectieux (tabac=Role protecteur)
- ▶ *F. Immunologiques* : Activation du système immunitaire local par un ou plusieurs non encore identifiés

la RCH peut être considérée comme un maladie inflammatoire intestinale survenant chez des sujets prédisposés génétiquement .Liée à une dysrégulation du système immunitaire intestinal induite par un ou plusieurs stimuli et aboutissant à une production de cytokines pro-inflammatoires responsables des lésions digestives

# III) Etude clinique

## Interrogatoire

▶ *ATCD personnels:*

*poussée antérieure ; profil évolutif*

*Signes extra digestives: articulaires ,cutaneo-muqueux;ophtalmologiques...*

*Prise médicamenteuse: AINS;ATB*

*tuberculose*

*tabagisme*

▶ *ATCD familiaux : mici ,cancer colo-rectal*

▶ *Mode de début : brutal, insidieux*

▶ *Circonstances déclenchantes; stress ;toxi-infection,traumatisme physique*

## III) Etude clinique

Les signes cliniques dépendent de l'étendue des lésions et de la sévérité

Type de description: RCH du sujet jeune en poussée modérée

### ➤ Signes fonctionnels :

1) Rectorragies +/- glaires (déjections)

2) Diarrhée glairo sanglante+++ (4 à 6 selles/J)

3) Syndrome rectal (ténésmes, épeintes)

4) Douleurs abdominales (Faibles à modérées / Crampes ou coliques / Précédant la selle +/- la soulageant)

Si nocturnes, insomniantes, permanentes □ craindre complication

5) Ballonnement abdominal+++

(distention importante □ craindre complication)

## III) Etude clinique

### ➤ Signes généraux

- Fièvre: dans les poussées modérées ou sévères (le plus souvent fébricule vespéral)
- Pouls, TA: normaux dans les poussées minimales ou modérées
- Amaigrissement, asthénie: discrets ou inexistantes

### ➤ Signes physiques

Examen de l'abdomen: Normal +/- sensibilité FIG, hypogastre

Marge anale: saine

TR: douloureux / élimine processus rectal.

Recherche des manifestations extradiagnostiques...

# III) Etude clinique

## Manifestations extra intestinales:

- ▶ Importantes à connaître car valeur diagnostique (peuvent être révélatrice de la maladie)
- ▶ Pathogénie mal connue
- ▶ Doivent être recherchées systématiquement chez tout malade porteur d'une RCH (examen clinique ou para clinique)
- ▶ Evolution le plus souvent parallèle à l'activité de la maladie, mais peuvent évoluer pour leur propre compte.

# III) Etude clinique

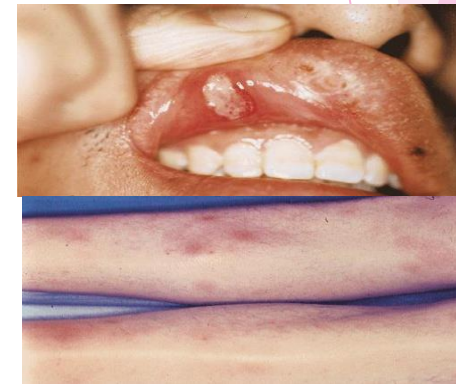
## ▶ Manifestations articulaires

Axiales: SPA ou sacro iléite

Périphérique: oligoarticulaires, touchant les grosses articulations (genoux, chevilles, poignets)

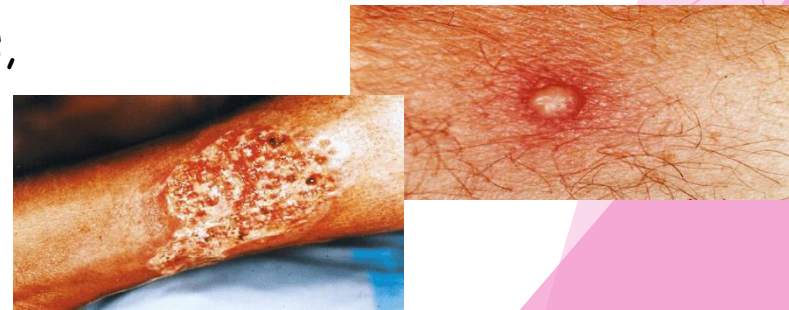
## ▶ Manifestations cutanées et muqueuses

Aphthose buccale



Erythème noueux

Pyoderma gangrenosum: ulcérations creusantes indolores, bords épais, centres nécrotiques et infectés, extrémités inférieures





## III) Etude clinique

### ▶ **Manifestations ophtamologiques**

Episclérite, Uvéite antérieure

Iritis, iridocyclite, kératite, cataracte postérieure □ sont plus rares

### ▶ **Manifestations hepatobiliaires**

Stéatose, péricholangite, hépatite chronique

Plus spécifiquement la cholangite sclérosante primitive: CSP

### ▶ **Autres manifestations**

Manifestations thromboemboliques

Rénales (pyélonéphrite, lithiase)

# IV) Etude Paraclinique

## 1) Examens appréciant le retentissement:

- ▶ **Hémogramme:** -Normal
  - Anémie(carentielle/inflammatoire)
  - +/- hyperleucocytose discrète avec polynucléose neutrophile
- ▶ **Syndrome inflammatoire:**(augmentation de la VS/CRP, alfa2glob à l'EPP...)
- ▶ **Hypoalbumunémie:**Baisse proportionnelle à la sévérité de la poussée et de la maladie
- ▶ **Troubles hydroélectrolytiques(Na+K+Ca++,...):** Dans les formes sévères
- ▶ Sérologie CMV et VIH.
- ▶ **Examen des selles :**
  - Bactériologie: dans un but de diagnostic différentiel ,Recherche de toxine de *costridium*
  - Parasitologie :recherche surinfection amibienne intestinale.
- ▶ **Dosage immuno:**Présence d'ANCA/Absence des ASCA+++

# IV) Etude Paraclinique

## 2) Examens à visée diagnostique:

L'endoscopie digestive basse (coloscopie )

### Objectifs:

- 1) Aider au diagnostic positif et diagnostic différentiel
- 2) Apprécier la topographie, l'extension et l'activité de la maladie
- 3) Affirmer l'absence de lésions iléales (fréquentes dans MC)
- 4) Pratiquer des Biopsies multiples et étagées
- 5) Surveiller l'évolution de la maladie (dépistage du cancer+++)

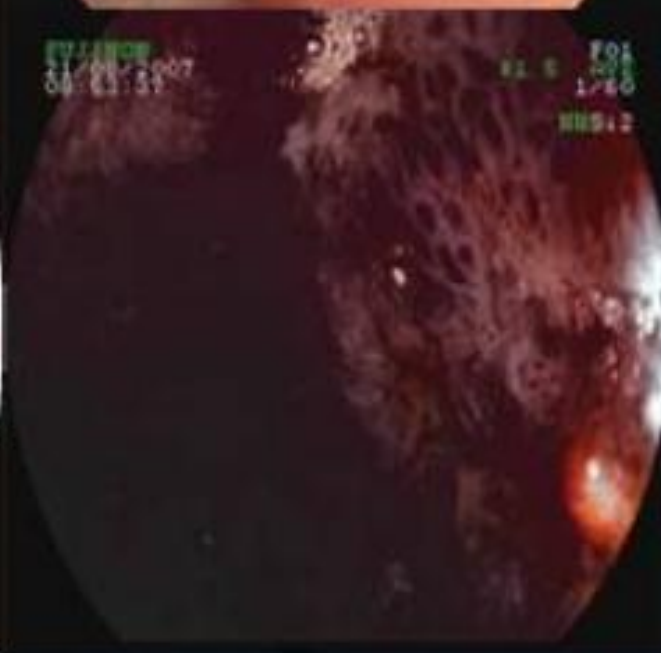
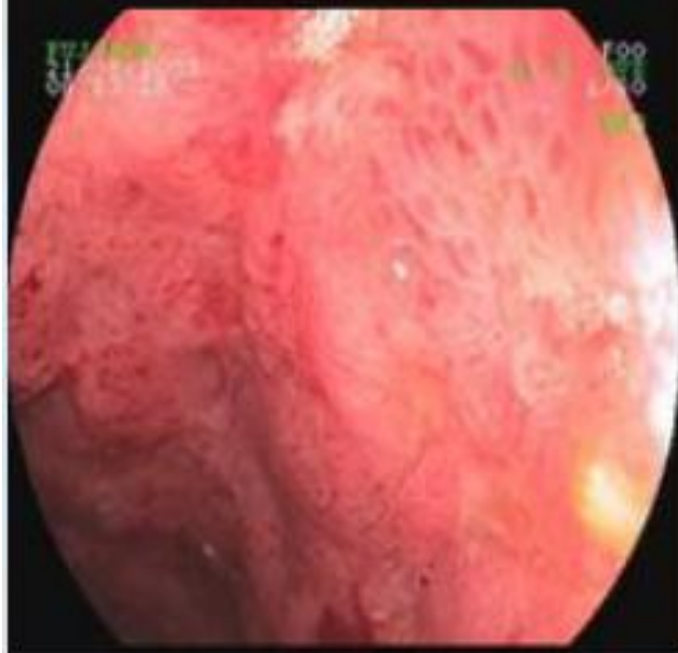
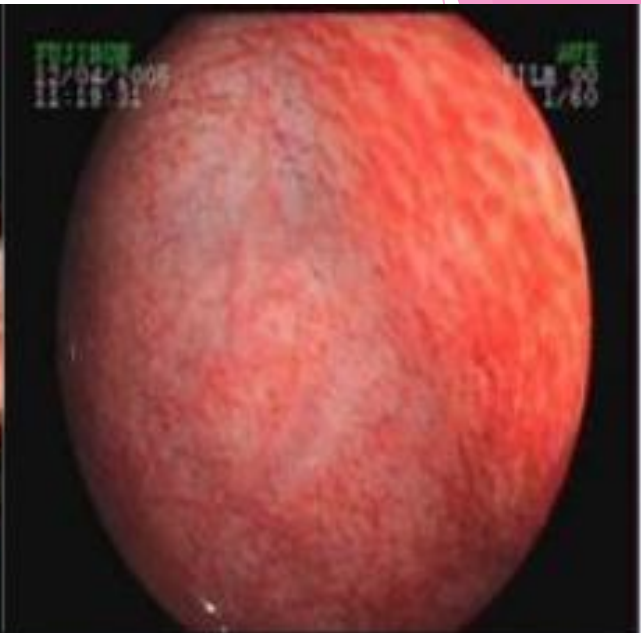
**NB: Contre indication absolue**

**si complication (coléctasie/Perforation)**

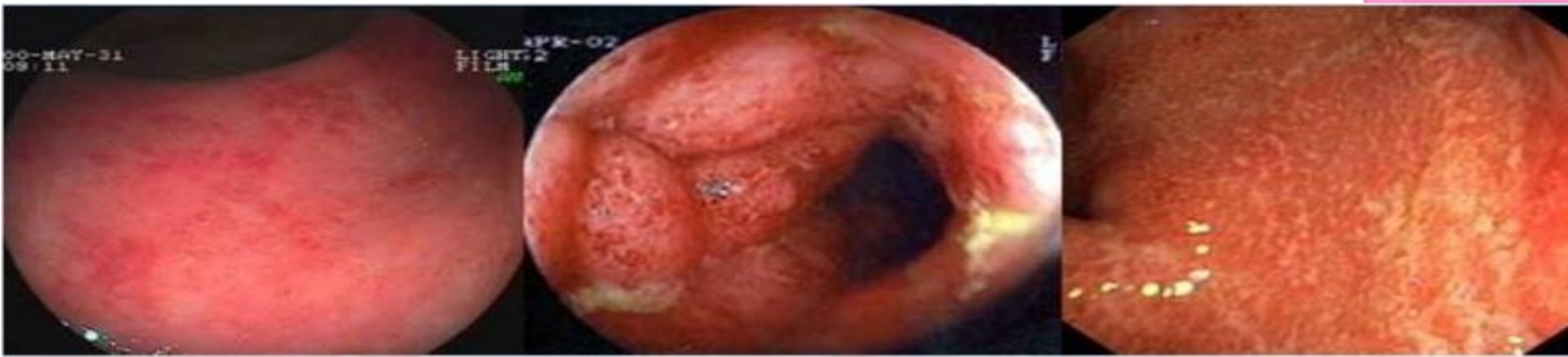
## IV) Etude Paraclinique

### Lésions endoscopiques caractéristiques de la maladie:

- 1) Atteinte constante du rectum
  - 2) Aspect continu des lésions sans intervalle de muqueuse saine
  - 3) Muqueuse: érythémateuse/oedematiée/granité et hémorragique (fragilité au contact de l'endoscope).
  - 4) Présence inconstante d'ulcérations (superficielle ou profonde)
  - 5) Dans les formes anciennes: microcolie, microrectite
- Pseudopolypes inflammatoires



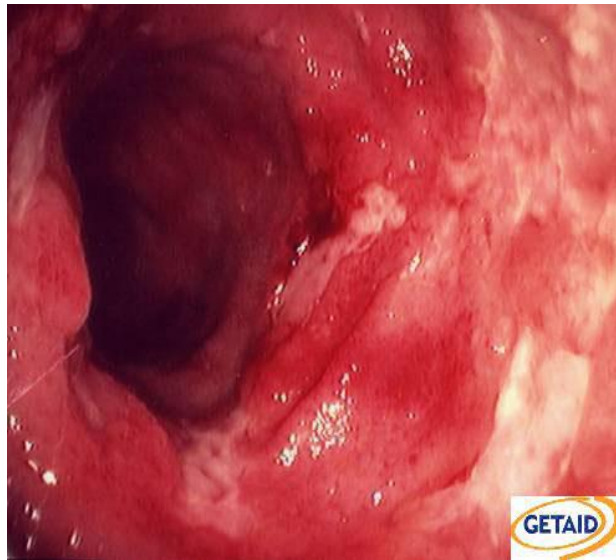




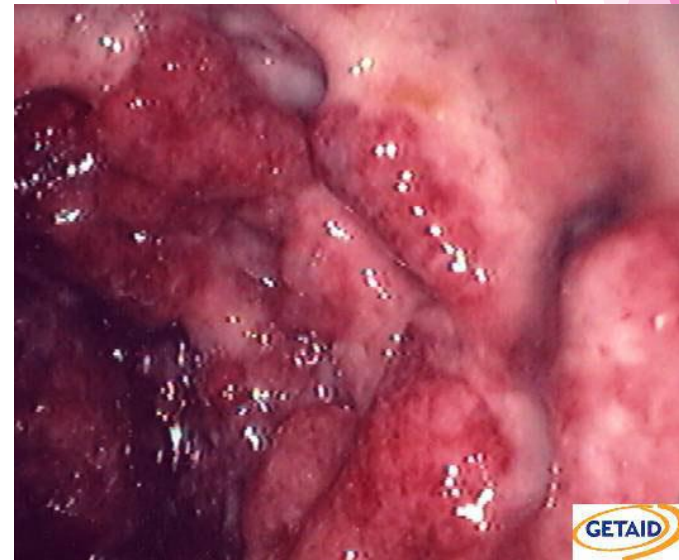
Erythème diffus avec œdème



Erosions confluentes



Ulcérations superficielles



Ulcérations creusantes

## IV) Etude Paraclinique

### L'examen histologique

- ▶ Lésions non spécifiques ,non pathognomoniques
- ▶ Prédominant au niveau de la muqueuse, associent:
  - 1)Altération de l'épithélium de surface+/-ulcerations
  - 2)Distorsion des glandes(rarifiées,hypocrines)avec la présence d'abcès cryptiques
  - 3)Infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire
  - 4)Absence en général des granulomes sarcoidosiques(fréquents dans la MC)

RCH

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

# IV) Etude Paraclinique

## ▶ L'examen radiologique

### 1) ASP

#### ▶ Rechercher une complication :

colectasie :dilatation colon transverse supérieure  
à 6cm

Perforation :pneumoperitoine( PNOP)





# IV) Etude Paraclinique

## 2) Lavement baryté

refus, intolérance ou sténose infranchissable

### ▶ Stade précoce

Anomalies du tonus

Diminution de l'expansibilité

Les Haustrations tendent à disparaître



## IV) Etude Paraclinique



Ulcérations profondes



Images en doubles contours: boutons de chemise

## IV) Etude Paraclinique

► **Dans les formes anciennes :**

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



# IV) Etude Paraclinique

Autres:

Transit du grêle:

- ▶ Si pratiqué, confirme l'intégrité du grêle

TDM et échographie:

- ▶ A la recherche de complications

# V) 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 sensibles 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.

## V) Formes cliniques

**Forme grave** : mérite d'être isolée

Le diagnostic repose sur

- ▶ les critères clinico-biologiques de Truelove et Witts
- ▶ et sur les critères endoscopiques de gravité : ulcérations creusantes, en puit, décollement muqueux et mise à nu de la musculature...)

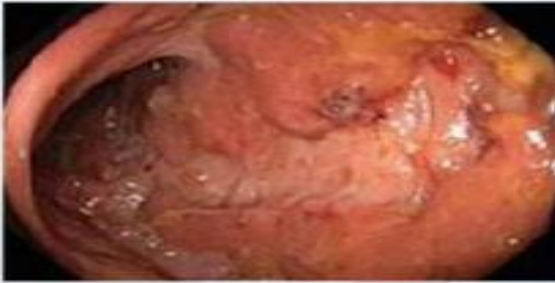
### Critères de Truelove et Witts modifiés

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

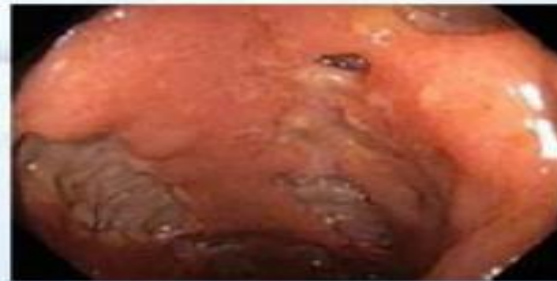
Nombre d'évacuations par 24 h	> 5
Rectorragies	Importantes
Température (°C)	> ou = 37,5
Pouls (/min)	> ou = 90
Taux Hémoglobine	< ou = 10
VS (en mm à la 1 <sup>re</sup> h)	> ou = 30
Albuminémie en g/l	< ou = 35

## V) Formes cliniques

**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



## V) Formes cliniques

### 1.2) Formes évolutives particulières sous traitement :

#### ▶ Cortico-résistance :

Maladie toujours active malgré un traitement par prednisolone à la dose d'au moins 0,75 mg/kg/j pendant 4 semaines

#### ▶ Cortico-dependance :

- Soit impossibilité de réduire la dose de traitement **en deçà de 10 mg/j pour les corticoïdes classiques** et **de 3mg/j pour le budésonide** dans les 3 mois suivant l'instauration d'une corticothérapie.

- Soit rechute dans les trois mois après le sevrage complet.



# V) Formes cliniques

## 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

# VI) Diagnostic

## 1) Diagnostic positif:

- Se fait sur un faisceau d'arguments:
  - Clinique, radiologique, endoscopique et histologique
  - Aucun signe considéré isolément n'est pathognomonique

## 2) Diagnostic différentiel:

- Peut être difficile selon les circonstances du diagnostic

# VI) Diagnostic

## Diagnostic différentiel:

### 1 - Au cours de la première poussée de la maladie:

➤ **Devant une diarrhée aigüe (sanglante ou non) :**

**1) Colite aigüe infectieuse+++ (salmonellose, shigellose, yersiniose, amibiase intestinale+++ , CMV)**

□ Coproparasitologie des selles / sérodiagnostic

**2) Colite aigüe médicamenteuse (sels d'or, AINS, pénicillamine, méthotrexate)**

**3) Colite pseudomembraneuse (notion de prise Antibiotiques+++)**

□ Aspect endoscopique très évocateur : présence de pseudomembranes++

Germe: clostridium difficile

**4) Colite ischémique (sujet âgé / terrain athéromateux)**

□ Colon gauche++ / endoscopie + histologie évocatrice

## VI) Diagnostic

### ▶ Devant des rectorragies isolées ou prédominantes

- 1) Tumeurs bénignes ou malignes recto coliques
- 2) Colite ischémique
- 3) Ulcère solitaire du rectum

### ▶ Devant une diarrhée chronique sanglante ou non:

- Maladie de Crohn colique++++
- Colite radique (anamnèse+++)
- Amibiase chronique (plus rarement)  
(Parasitologie des selles, histo, réponse au metronidazole)

## VII) Traitement

### 1) Buts du traitement :

- 1) Traiter la poussée (Règles hygiéno-dietétiques, TRT médical, +/- TRT chirurgical)
- 2) Maintenir une rémission prolongée sans corticoïdes.
- 3) Diminuer le taux d'hospitalisations
- 4) Prévenir les complications (cancer, infections)
- 5) Réduire la mortalité

# VII) Traitement

## 2) Moyens thérapeutiques:

### 1) Règles hygiéno diététiques:

- ▶ Hospitalisation nécessaire dans les poussées sévères
- ▶ Repos souhaitable pendant les poussées
- ▶ Assurer une ration calorique adéquate avec correction des différentes carences et troubles hydro électrolytiques.
- ▶ Régime sans résidus durant la poussée (normal en dehors des poussées)

# VII) Traitement

## 2) traitement médical

### ▶ Anti-inflammatoires

#### 1) Dérivés 5-aminosalicylés

Sulfasalazine : salazopyrine\* (cp)

Salicylés de 2<sup>ème</sup> génération : Mésalazine : Pentasa\*, Rowasa \*(cp, suppo, lavements),...

#### 2) Corticoïdes : cp, inj, local (lavement, mousse)

Corticoïdes à action topique locale (budésonide : gélule)

### ▶ Immunosupresseurs

- Azathioprine : Imurel\* (cp)

- 6-mercaptopurine (6-MP) : Purinethol\* (cp)

- Methotrexate (im/sc, cp)

- Ciclosporine (iv, cp)

### ▶ Biotherapies : anti-TNF (Infliximab (Rémicade®), Adalimumab (Humira®)) :

### ▶ Antibiotiques : Métronidazole : Flagyl\* (cp), Ciprofloxacine : (cp)

## VII) Traitement

### 3) TRT chirurgical:

- Colectomie totale avec anastomose ileo-anale:  
Indiqué en cas de : 1) Complication d'emblée  
2) Formes graves résistantes au TRT médical



# VII) Traitement

## 3) Indications thérapeutiques

### ▶ TRT des poussées

#### 1) poussée minime à modérée

##### 1.1) Proctite :

- TRT de 1ere ligne: 5ASA suppo 1g/j pendant 14 à 28j
- Si échec: 5ASA per os 3 à 4 g/j + 5ASA local ou corticoïdes lavements pdt 28 j
- si échec: ( observance, autre diagnostic?)  
Corticothérapie per os: 1 mg/kg/j pdt 2 à 6 semaines jusqu'à rémission
- Si échec: anti TNF, chirurgie

## VII) Traitement

### **1.2) Colites gauches et étendues**

5 ASA per os 3-4g + 5 ASA lavement pendant un mois

Si échec Corticoïdes

Si échec: 1ere option: Hospitalisation + CTC IV

2éme option: associer AZA ou 6 MP

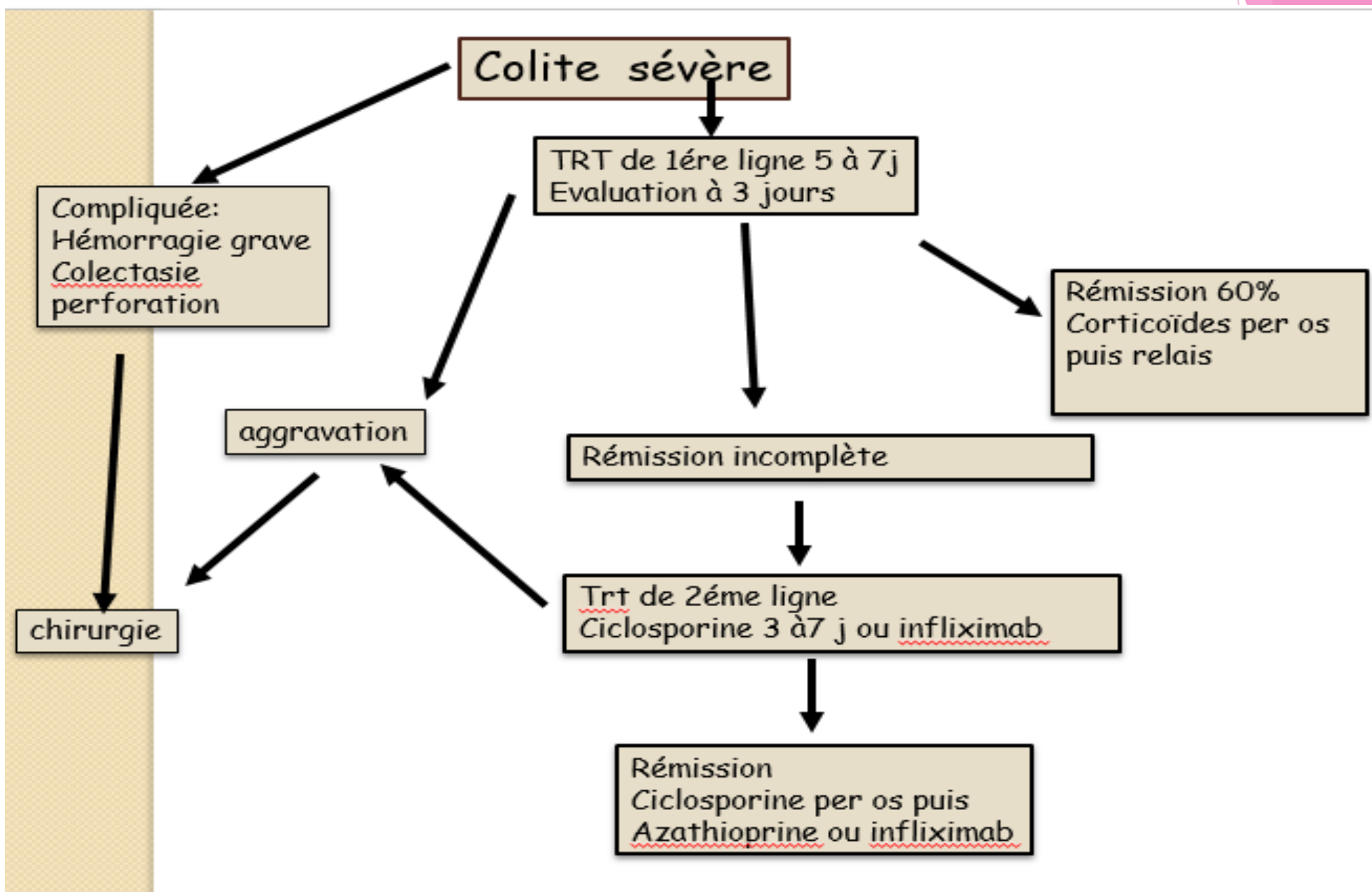
Si échec: RCH réfractaire aux CTC et IS: envisager les anti TNf ou chirurgie

**2) Poussée sévère quelque soit l'étendue** : corticoïdes en IV

# Traitement de la poussée sévère

Traitement de 1ere ligne : schéma de Truelove

- ▶ Corticothérapie IV 1mg/kg/j
- ▶ Lavements ctc 60mg/J dans 100 cc de sérum physiologique
- ▶ HBPM en prévention des TVP
- ▶ Correction des troubles hydro électrolytiques
- ▶ Eviter anti cholinergiques, opioïdes, anti diarrhéiques :risque de mégacôlon toxique
- ▶ ATB non systématique: si syndrome infectieux ,doute sur l'origine bactérienne
- ▶ Perfusion d'albumine < 20g/l
- ▶ Transfusion sanguine si HB< 10 g/dl
- ▶ Surveillance médicochirurgicale



## VII) Traitement

### ► Traitement d'entretien

1) **Les aminosalicylés ( 5 ASA):** sont efficaces au cours de la RCH:

RCH distale (TRT aminosalicylé local +/- per os )

RCH étendue : TRT aminosalicylé per os

Effet protecteur du cancer colo rectal pour le 5ASA

2) **Les immunosuppresseurs (azathioprine, 6 mercaptopurine):**

cortico-dépendance, non réponse aux aminosalicylés et après une poussée sévère

3) **Les anti-TNF** : cortico-résistance

échec des autres TRT

4) **La chirurgie** : meilleur TRT puisqu'elle supprime l'organe cible en totalité

## VIII) Conclusion

- ▶ La RCH est une affection chronique de cause inconnue touchant exclusivement le rectum et le colon
- ▶ Troubles intestinaux avec fréquemment des manifestations extradiigestives
- ▶ Savoir reconnaître les signes de gravité clinico biologique et endoscopiques
- ▶ Nécessite une prise en charge thérapeutique adéquate le plus souvent médicale mais avec recourt inévitable vers la chirurgie dans certains cas.
- ▶ Espoir de recourir dans un avenir proche à de nouvelles thérapeutiques ciblées, pouvant transformer le pronostic de la maladie