

**Universite de Ferhat Abbas,Setif1**  
**Faculte de Medecine**  
**Service de Medecine interne**

**Module: Gastro-enterologie**

**Titre du cours : **Maladie de crohn****

**Enseignant : Dr N/ ZIGHMI**

**Date : 13/04/2020**

# I)Introduction

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

*Caractérisée par:*

- ▶ Elle peut débuter à tout Age, son pic de fréquence est entre 20-30 ans
- ▶ Peut atteindre tous les segments du tube digestif
- ▶ signes digestifs+/- manifestations extra digestives avec fréquence des lésions ano-perineales
- ▶ Evolue par poussées/Remissions
- ▶ Réponse souvent insuffisante au traitement médical
- ▶ Fréquence des gestes chirurgicaux avec tendance à la récurrence post-opératoire

## II)Pathogénie:

Inconnue, probablement multifactorielle mettant en jeu plusieurs facteurs

▶ **Facteurs génétiques** : il s'agit d'une prédisposition génétique à la maladie  
plusieurs arguments : Existence de formes familiales de Mc

identification de gènes de susceptibilité en particulier NOD2 ET CARD15

**F .d'environnement** :Infectieux ou non infectieux

▶ **tabac**=effet délétère contrairement à ce qui est observé au cours de la RCH

Il favorise le développement de la MC et aggrave son évolution

➤ Facteurs alimentaires :consommation importante de viandes, de glucides raffinés  
ou la réduction de celle des fibres alimentaires

➤ l'amélioration des conditions d'hygiène dans l'enfance pourrait intervenir dans  
l'augmentation de l'incidence des MICI en réduisant l'exposition aux infections et ses  
conséquences sur le système immunitaire

**F. Immunologiques** :Activation du système immunitaire local par un ou plusieurs stimuli non  
encore identifiés

## II)Pathogénie:

- ▶ la MC 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

Type de description: Maladie de crohn ileo-colique droite non compliquée

➤ **Signes fonctionnels** :

1) **Diarrhée** : faite de selles fécales parfois hydriques , diurne et nocturne , rarement hémorragiques

2) **Douleurs abdominales** : évoluant par crise, siègent dans l'hypochondre ou dans la fosse iliaque droite

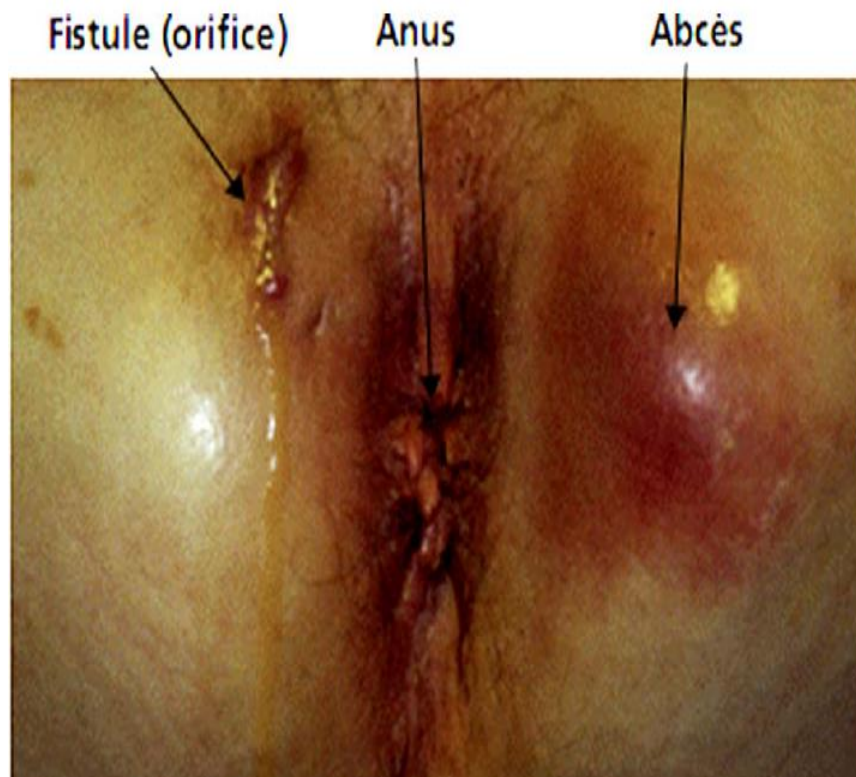
le syndrome de Koenig: douleur très intense et ballonnement abdominal post-prandial cédant brutalement lors d'une débacle de gaz et de selles signe l'existence d'une sténose incomplète sur un segment digestif

3) **Les nausées** sont fréquentes, les **vomissements** accompagnent les crises douloureuses

4) **des émissions glairo-sanglantes** peuvent accompagner les selles, les rectorragies massives sont rares

5) **L'atteinte ano-perinéale**: révélatrice de la maladie dans 1/3 des cas (ulcérations et fissures anales, fistules, abcès ou encore des sténoses anales)

# Lésions ano-perineales



## III) Etude clinique

### ➤ Signes généraux

- Fièvre: dans les poussées sévères et en cas de complication
- Pouls, TA: normaux dans les poussées minimales ou modérées

### ➤ Signes physiques

Examen de l'abdomen: Normal +/- sensibilité de la FID

Marge anale: Lésions anales évocatrices

Recherche des manifestations extradiigestives...



## III) Etude clinique

- ▶ **Manifestations articulaires**: les plus fréquentes des manifestations extra-digestives des MICI
  - **Rhumatisme axial**: Spondylarthrite ankylosante ou sacro iliite
  - **Arthropathies périphériques**: oligoarticulaires touchant les grosses articulations (genoux, chevilles, poignets)



- ▶ **Manifestations cutanées et muqueuses**
  - Aptose buccale**



**Erythème noueux** : éruption douloureuse  
nodules erythemato-violacés prédominant sur les  
faces d'extension des bras et des jambes



**Pyoderma gangrenosum**: réalise des ulcérations creusantes  
indolores, à bords épais, à centre nécrotique et infectés, siégeant  
volontiers au niveau des extrémités inférieures





## III) Etude clinique

### ▶ Manifestations ophtalmologiques

- **l'Uvéite** : c'est la manifestation ophtalmologique la plus fréquente, **peut menacer la vue** (œil rouge)
- Autres : keratites, épisclerites et sclerites

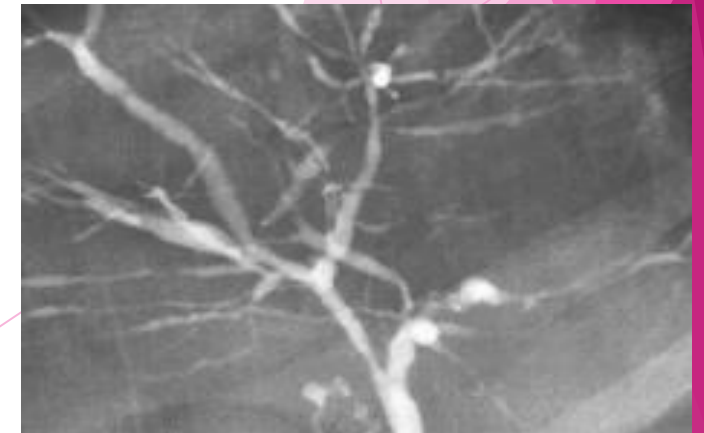


### ▶ Manifestations hépatobiliaires

- Stéatose, hépatite auto-immune
- Plus spécifiquement la cholangite sclérosante primitive: CSP

### ▶ Autres manifestations

- Manifestations thromboemboliques
- Amylose secondaire



# 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:**absence d'ANCA/présence des ASCA+++

# IV) Etude Paraclinique

## 2) Examens à visée diagnostique:

### ▶ l'examen endoscopique:

- L'ileo-coloscopie totale et la Fibroscopie œsogastroduodénale (et parfois l'enteroscopie) ont une place importante dans le diagnostic

### - Lésions endoscopiques caractéristiques de la maladie:

1) caractère discontinu des lésions avec intervalle de muqueuse saine

2) Les lésions évocatrices de la maladie de Crohn sont:

- l'érythème en bande ou en plaque
- ulcérations de formes et de tailles variables, peuvent être superficielles ou profondes
  - ulcérations aphthoïdes** : petites lésions punctiformes avec un fond blanc entouré d'un halo rouge au sein d'une muqueuse endoscopiquement normale
- éventuellement des sténoses ou des fistules

# MC :ulcération aphtoïde

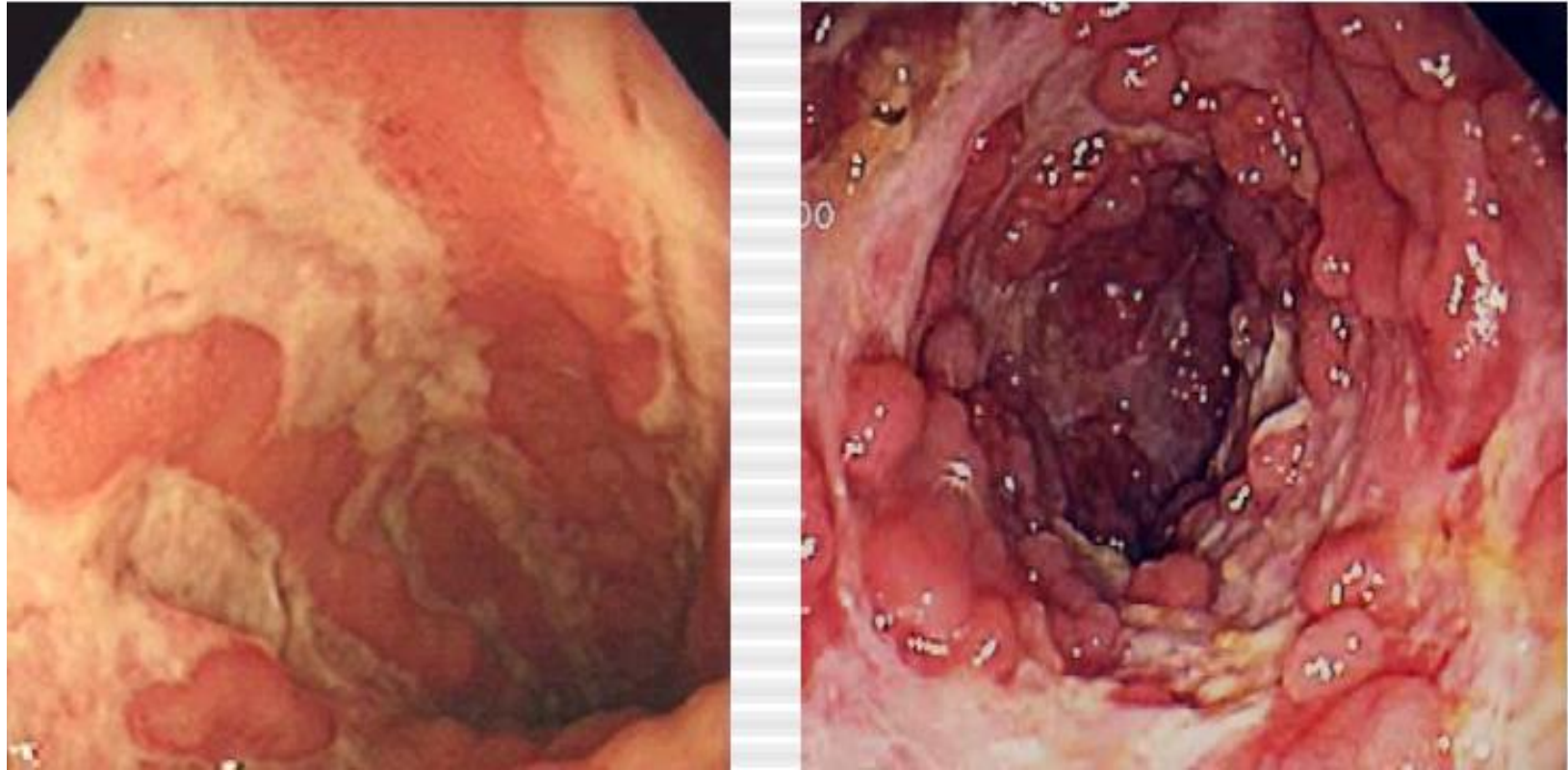


# MC :Aspect endoscopique





# MC :Aspect endoscopique





# MC: Sténose jéjunale à l'enteroscopie



# IV) Etude Paraclinique

## L'examen Anat-path

- ▶ Formes iléales pures 30%
- ▶ Formes coliques pures 25%
- ▶ Formes iléo-coliques 45%
- ▶ Lésions segmentaires ,trasmurales ,multiples, polymorphes
- ▶ Iléon terminal et caecum+++
- ▶ En histologie, Perte de substance muqueuse, distorsions glandulaires, infiltrat lympho-plasmocytaire du chorion muqueux voire transmurale, souvent sous forme de nodules lymphoïdes
- ▶ les deux éléments les plus évocateurs de MC sont les fissures et les granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires sans necrose caseuse (ne sont presents que dans 30% des cas)

## IV) Etude Paraclinique

### ▶ L'examen radiologique

#### 1) ASP

- ▶ Rechercher une complication :  
colectasie :dilatation colique supérieure à 6cm  
Perforation :pneumoperitoine( PNOP)



## IV) Etude Paraclinique

**2) Echographie abdominale:** examen opérateur dépendant

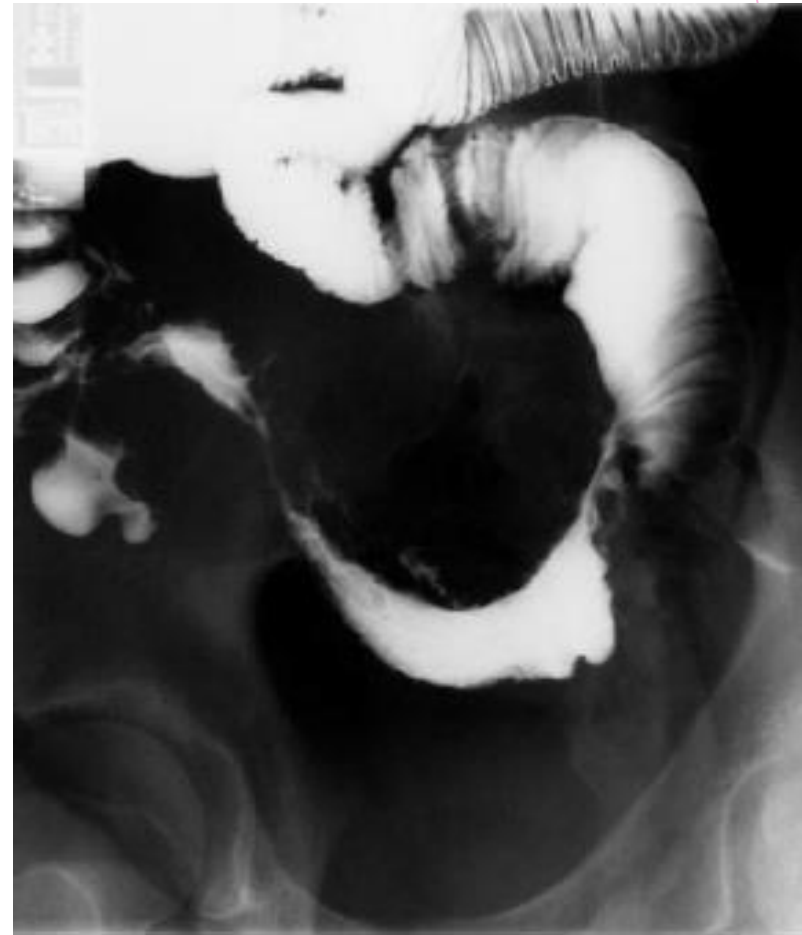
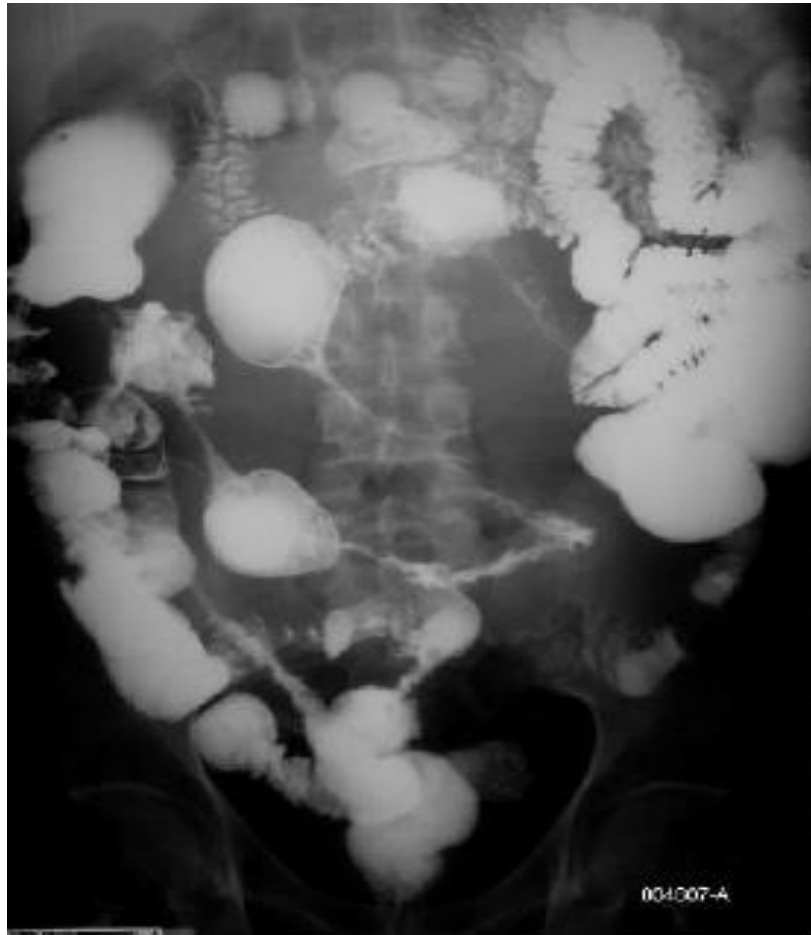
- ▶ Iléon: épaissement circonférentiel hyperechogène
- ▶ Détection : abcès ,sténose...

**3)** Si on suspecte une atteinte de l'intestin grêle, celle-ci doit être recherchée, pour les segments inaccessibles à l'endoscopie conventionnelle par une **entéro-IRM** (à défaut par un **entéro-scanner** ou par **transit baryté du grêle**)

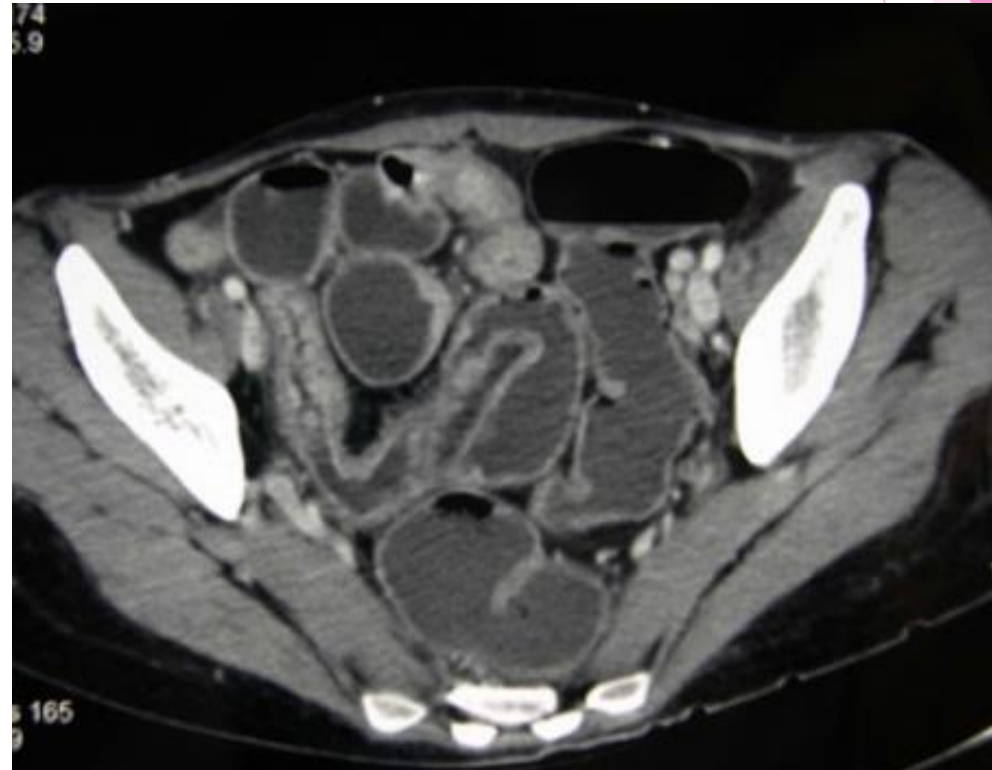
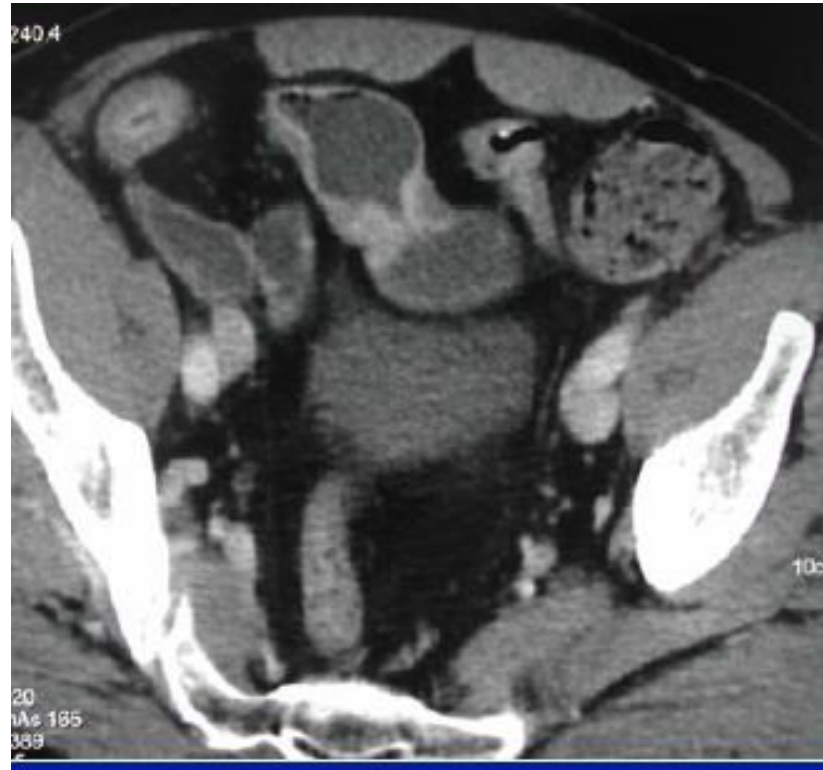
**4) TDM:** complications(abcès...)

**5) Autres examens :** videocapsule endoscopique (éliminer d'abord une sténose:risque de rétention de la capsule)

# MC : aspects radiologiques



# MC : aspects radiologiques





# V) Index de sévérité

1) **Indice de BEST(CDAI)**: Comprends 8 critères, calculé d'une manière rétrospective sur 7 jours

**CDAI inférieur à 150 : MC inactive**  
**CDAI entre 150 et 450 : MC active**  
**CDAI supérieur à 450 : MC sévère**

• *Calcul du CDAI* : les données sont recueillies sur une semaine à l'aide de la carte journalière remise au patient.

LA FICHE DE RECUEIL ORIGINAL EST UN DOCUMENT SOURCE A GARDER DANS LE DOSSIER DU PATIENT

**1. Nombre de selles liquides ou très molles :** [ ] [ ] [ ] [ ] X 2 = [ ] [ ] [ ] [ ]

**2. Douleurs abdominales :** [ ] [ ] [ ] X 5 = [ ] [ ] [ ] [ ]  
(0=aucune ; 1=légères ; 2=moyennes ; 3=intenses)

**3. Bien être général :** [ ] [ ] [ ] X 7 = [ ] [ ] [ ] [ ]  
(0=bon ; 1=moyen ; 2=médiocre ; 3=mauvais ; 4=très mauvais)

**4. Autres éléments liés à la maladie :** [ ] [ ] X 20 = [ ] [ ] [ ] [ ]  
Compter 1 pour chaque catégorie d'éléments présents et **souligner** l'élément présent :

- arthrite, arthralgie
- iritis, uvéite
- érythème noueux, pyoderma gangrenosum, stomatite aphteuse
- fissure, fistule, abcès anal ou péri rectal
- autre fistule
- fièvre > 38°C dans la dernière semaine

**5. Prise d'antidiarrhéiques :** [ ] [ ] X 30 = [ ] [ ] [ ] [ ]  
(0 = non; 1 = oui)

**6. Masse abdominale :** [ ] [ ] X 10 = [ ] [ ] [ ] [ ]  
(0 = absente; 2 = douteuse; 5 = certaine)

**7. Hématocrite :** Hématocrite<sup>1</sup> = [ ] [ ] [ ] %  
Ajouter ou soustraire selon le signe : Hommes : 47 - Hte = [ ] [ ] [ ] X 6 = [ ] [ ] [ ]  
Femmes : 42 - Hte = [ ] [ ] [ ]

**8. Poids :**  
$$\frac{\text{Poids théorique}^{1,2} [ ] [ ] [ ] - \text{Poids actuel}^1 [ ] [ ] [ ]}{\text{Poids théorique}^{1,2} [ ] [ ] [ ]} \times 100 = [ ] [ ] [ ] \times 1 = [ ] [ ] [ ]$$

**TOTAL** **CDAI =** [ ] [ ] [ ] [ ]

## 2) Indice de harvey-bradshaw(IHB): facile en pratique

Bien-être général	<input type="checkbox"/> 0 bon <input type="checkbox"/> 1 moyen <input type="checkbox"/> 2 médiocre <input type="checkbox"/> 3 intense <input type="checkbox"/> 4 (très mauvais)	U
Douleur abdominale	<input type="checkbox"/> 0 aucune <input type="checkbox"/> 1 légère <input type="checkbox"/> 2 moyenne <input type="checkbox"/> 3 sévère	U
Selles liquides (nombre par jour)		UU
Masse abdominale	<input type="checkbox"/> 0 aucune <input type="checkbox"/> 1 douteuse <input type="checkbox"/> 2 certaine <input type="checkbox"/> 3 certaine et douloureuse	U
Signes extradigestifs : (1 point par item présent) Arthralgie, Uvéite, Kératite, Érythème noueux, pyoderma gangrenosum, aphtes bucaux, fissure anale, fistule, abcès		U
Total score		UUU

**Activité minime: IHB 4-8 , Activité modérée : IHB 8-12**

**Activité sévère : IHB sup à 12**

# VI) Formes cliniques

## 1) Formes symptomatiques:

- ▶ Forme pseudo-appendiculaire (tableau d'appendicite aiguë): MC iléale ou ileo-caecale

## 2) Formes topographiques:

- ▶ Atteinte oesophagienne (rare)
- ▶ Atteinte gastrique souvent associée à une atteinte duodénale
- ▶ Atteinte grelique: peut intéresser (outre l'ileon terminal), le duodenum, le jejunum et l'ileon proximal

La diarrhée, les douleurs abdominales et les masses abdominales dominent le tableau

- ▶ Atteinte colique: totale (pancolite) ou segmentaire

Diarrhée, douleurs abdominales, hémorragie digestive

- ▶ Atteinte anale: isolée ou très souvent associée à une atteinte rectale

# VI) Formes cliniques

## 3) Formes compliquées

- ▶ Accidents obstructifs : traduisent l'existence d'une sténose intestinale

Réalisent typiquement un syndrome sub-occlusif spontanément résolutif (syndrome de Koenig) ou un syndrome d'occlusion intestinale aigue

- ▶ Les fistules intestinales,
- ▶ les abcès abdominaux (douleur abdominale; masse ou empâtement douloureux de l'abdomen, fièvre, hyperleucocytose, altération de l'état général)

Dignostic confirmé par l'échographie et /ou la TDM abdominale

- ▶ D'autres complications sont plus rares :

Perforation, hémorragie digestive, colectasie

Cancer colorectal ou de l'intestin grêle

## VI) Formes cliniques

### 4) Formes évolutives :

#### 4.1) Forme grave : 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...)

#### 4.2) Forme chronique active

persistance des signes cliniques (altération de la qualité de vie)  
poussées très rapprochées  
interventions chirurgicales itératives

### 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
--------------------	-----------

## VI) Formes cliniques

### 4.3 ) 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-dépendance :

- 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.



# VI) Formes cliniques

## 5) Formes selon le terrain

- ▶ Forme de l'enfant:

  - clinique: identique à celle de l'adulte

  - retard staturo-pondéral et pubertaire

  - Evolution plus sévère

- ▶ Mc de la femme enceinte :

  - la mc n'influence pas la fertilité féminine

  - En cas de poussée chez une femme enceinte risque d'avortement, de mort in utero, accouchement prématuré ou hypotrophie fœtale

  - Dans les formes graves : une interruption thérapeutique de la grossesse peut être indiquée

# VII)diagnostic

## 1)Diagnostic positif:

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

# VII)diagnostic

## ▶ Diagnostic différentiel

### 1)Causes infectieuses et parasitaires:

- ▶ iléite aigue :éliminer une infection intestinale à Yersinia enterocolitica dont la contamination se fait par l'ingestion de porc insuffisamment cuit ou par consommation de lait cru et même pasteurisé  
diagnostic: coproculture et ou culture des biopsies iléales ,sérologie de la yersiniose
- ▶ Colite à Clostridium difficile, colite à CMV(Immunodeprimés)
- ▶ Tuberculose iléo-caecale ou colique (crohn): ulcérations,pseudo-polypes,sténoses, atteinte plurisegmentaire  
de diagnostic difficile: IDR à la tuberculine, mise en évidence de BK sur les biopsies, granulome avec nécrose caséuse sur les biopsies intestinales  
TRT anti-TBC d'épreuve parfois nécessaire
- ▶ Amibiase colique :ulcérations à l'emporte pièce, parfois aphtoides+/- sténoses

### 2)Autres diagnostics:

Colite ischémique,colite médicamenteuse,Behçet, lésions néoplasiques:adénocarcinome ou lymphome

# Diagnostic différentiel

- Distinction entre MC et RCH :souvent facile en se basant sur les éléments différentiels indiqués ci-dessous :

## Différences morphologiques

Crohn	RCH
Lésions discontinues	Lésions continues
Atteinte rectale fréquente (50%)	Atteinte rectale constante
Atteinte iléale fréquente (50%)	Pas d'atteinte iléale
Sténose segmentaire fréquente	Pas de sténose
Fistules fréquentes	Fistules rares
Lésions anales fréquentes (50%)	Lésions anales rares (< 5%)

## Différences histologiques

Lésions intestinales	RCH	Crohn
Macroscopie	aspect granité-fragile-érosions-ulcérations	ulcération aphtoïde-linéaire
Atteinte microscopique	superficielle	transmurale
Inflammation	continue homogène	segmentaire hétérogène
Hémorragie	abondante	minime
Abcès cryptiques	abondants	rares
Sécrétion de mucus	réduite	préservée
Fissure	superficielle	profonde
Fistule/sténose	absente	fréquente
Granul épithélioïdes (> 5 cell)	absent	30-60%
Plasmocytose	abondante	modérée
Nodules lymphoïdes	superficiels	profonds
Hyperplasie nerveuse	absente	fréquente

- Parfois la distinction est difficile (on parle de colite inclassée)

## VIII) 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

# VIII) Traitement

## 2) Moyens thérapeutiques:

### 2.1) Règles hygiéno dietétiques:

- ▶ 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 poussées et en cas de sténose intestinale
- ▶ **L'arrêt du tabac est impératif**

# VIII) Traitement

## 2.2) 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)

### ▶ Nutrition entérale : efficace dans les atteintes du grêle

## 2.3) Traitement chirurgical

### ▶ Resections intestinales, colectomie totale avec anastomose ileo-rectale ou ileo-anale ou ileostomie

# VIII) Traitement

## 3) Indications thérapeutiques

### ▶ Traitement des poussées

-Éliminer une surinfection (coproculture la recherche de toxine de clostridium difficile, PCR sérique du CMV) ou une complication nécessitant un traitement spécifique

-Traitement préventif à base d'HBPM pour prévenir les accidents thrombo-emboliques

- ▶ Maladie de crohn ileo-colique droite en poussée modérée: traitement à base d'un corticoïde oral à action topique en première intention (Budesonide)
- ▶ En cas d'échec et dans les autres localisations :corticoïdes par voie orale (1mg/kg/j) avec diminution progressive des doses et relais par un traitement de fond
- ▶ Dans les poussées graves : Corticoïdes par voie IV
- ▶ Dans les poussées cortico-resistantes: anti-TNF ou chirurgie



## VIII) Traitement

### ▶ Traitement d'entretien (de fond):

-Les dérivés amino-salicylés ont des indications limitées dans la maladie de Crohn

Ils peuvent être prescrits pour prévenir le cancer colo-rectal

▶ Maladie de Crohn cortico-dépendante : traitement immunosuppresseur (azathioprine, 6 mercaptopurine, méthotrexate ) sinon anti-TNF sinon chirurgie

### ▶ Traitement des complications

Formes sténosantes :

-sténoses inflammatoires: corticoïdes , anti-TNF

-Sténoses fibreuses: dilatation endoscopique , chirurgie

Abcès : Antibiotiques, drainage radiologique, drainage chirurgical

## VIII) Traitement

### ► indications du traitement chirurgical

La chirurgie est réservée aux:

Complications (sténose serrée ,abcès, perforation)

Formes résistantes au TRT médical

Risque de récurrence post-opératoire(traitement médical préventif)

## IX) Conclusion

- ▶ La MC est une affection chronique de cause inconnue qui peut toucher n'importe quel segment du tube digestif
- ▶ Troubles intestinaux avec souvent des manifestations ano-perineales et parfois des signes extradiigestifs
- ▶ Savoir reconnaître les signes de gravité clinico- biologiques et endoscopiques
- ▶ Les lésions de la maladie de crohn évoluent vers des sténoses fibreuses, des fistules et des abcès
- ▶ Nécessite une prise en charge thérapeutique adéquate le plus souvent médicale mais avec recours inévitable vers la chirurgie dans certains cas.
- ▶ Risque de récurrence post-opératoire