

Centre hospitalo universitaire de Constantine
Service d'Hépto-gastro-enterologie

Module de Gastroenterologie 4eme année

LA MALADIE DE CROHN

ELABORE PAR : *Dr Boutra F.*

Année universitaire 2015-2016

LA MALADIE DE CROHN

I- Introduction

- Les maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin (MICI) sont des affections inflammatoires chroniques de cause inconnue
- Elles touchent avec prédilection les adolescents et adultes jeunes.
- Elles comprennent trois entités : la rectocolite hémorragique (RCH), la maladie de Crohn (MC) et les colites indéterminées.
- La MC peut atteindre tous le TD, mais surtout l'iléon terminal, le côlon et l'anus.
- Elle évolue par poussées entrecoupées de périodes de rémission.
- Son étiologie est indéterminée mais les lésions intestinales sont associées à une activation non régulée du système immunitaire muqueux dont le déclenchement est multifactoriel.
- **Diagnostic** : clinique, endoscopie avec biopsies et radiologie.
- Le but du traitement est le contrôle rapide des symptômes puis le maintien de la rémission par un traitement d'entretien. Le recours plus large aux immunosuppresseurs a permis de limiter l'usage des corticoïdes. L'arrivée des thérapeutiques biologiques, dominées par l'anti-TNF α , a un impact positif sur la prise en charge de la MC. Cependant, la chirurgie est souvent nécessaire en cas de complications ou de résistance au traitement médical.

II- Epidémiologie

- Prédominance chez la femme à partir de l'adolescence
- Pic entre 20 et 40 ans suivi d'une décroissance rapide.
- L'âge moyen au moment du diagnostic de MC est 10 ans inférieur à celui de la RCH.
- L'incidence de la MC est
 - Plus faible que celle de la RCH mais à tendance à augmenter.
 - Plus augmentée dans les pays industrialisés
 - Plus augmentée chez les blancs et juifs +++

III- Facteurs étiopathogéniques

Facteurs environnementaux

- **Rôle du tabac**
 - L'effet « nocif » du tabac serait dû à des modifications de la microcirculation pariétale intestinale → vasoconstriction et microthromboses, susceptibles d'aggraver des lésions de vascularite.
 - Tabagisme actif +++/ passif +/-
 - Curieusement, l'effet inverse est observé pour la RCH.
- **Appendicectomie pour appendicite avant 20 ans**
- **Facteurs alimentaires** : sucre raffiné → saccharose : augmente risque relative
- **Oestroprogestatifs** : RR 1,5, minidosée n'influence pas évolutivité
- **Facteurs psychiques** : pas de rôle démontré prospectivement
- **AINS** : révèlent et déclenchent des poussées (antiCOX2 < 2 semaines par d'effet délétère)

Facteurs génétiques

- Fréquence des formes familiales (8 à 10%)
- Concordance élevée (50 à 60 %) chez des jumeaux monozygotes.
- Association à certaines maladies génétiques : Sd Turcot, Sd de Turner
- La confirmation de l'origine génétique a été apportée en 2001 par la découverte du 1^{er} gène de susceptibilité à la maladie : NOD2/CARD15 situé sur le chromosome 16.

Facteurs infectieux

- La participation d'agents microbiens peut se faire de trois manières :
- Implication d'un agent **infectieux spécifique persistant** : *Mycobacterium paratuberculosis*, Rougeole, *Listeria*
 - Rôle **transitoire d'un agent infectieux non spécifique** initiant l'inflammation intestinale, ensuite entretenue par d'autres mécanismes.

V- Anatomie pathologique

Macroscopie 5 lésions macroscopiques principales :

- **Ulcérations muqueuses** : aphtoïdes, à l'emporte-pièce, ou longitudinales en regard du versant mésentérique.
- **Sténoses** srt du grêle.

- **Aspect en pavé** : aspect en relief de la muqueuse séparé par de nombreuses fissures longitudinales et transversales
- **Fistules** entre différents segments du TD ou faisant communiquer le TD avec la peau, la cavité abdominale ou d'autres organes creux du voisinage
- **hypertrophie de la graisse mésentérique avec sclérolipomatose.**

Microscopie : Les modifications inflammatoires ayant une valeur diagnostique sont :

- Intensité de l'infiltrat inflammatoire de la LP,
- Plasmocytose basale,
- Présence d'amas lymphoïdes
- le **granulome épithélioïde** (principal signe histologique permettant de séparer la MC de la RCH). Le granulome épithélioïde est défini par l'association d'au moins 5 cellules épithélioïde ± cellules géantes sans nécrose caséuse ni corps étranger. Il n'est retrouvé dans tous les cas. Seule la réalisation d'un nombre important de biopsies (> 6) portant sur des lésions macroscopiques augmente les chances de le découvrir.
- Les lésions inflammatoires sont **transmurales et discontinues.**

VI- Diagnostic positif Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments anamnestiques, clinique, biologique, morphologique, histologique puis confirmé par l'évolution ultérieure.

Clinique

Manifestations digestives et générales

- **Douleurs abdominales** : Elles sont très fréquentes au cours de la poussée. Les caractéristiques de la douleur permettent d'orienter vers le **siège et la nature des lésions.**
 - Douleurs obstructives liées à une sténose de l'intestin.
 - Localisé souvent à droite. Elles réalisent un syndrome pseudoappendiculaire ou un syndrome de Koenig.
 - Localisé à l'hypogastre ou la fosse iliaque gauche, elles correspondent à des épreintes;
 - Douleurs inflammatoires : doivent faire rechercher un phlegmon ou un abcès.
- **Diarrhée** :
 - Elle est fréquente et peut représenter le seul signe d'appel de la maladie.
 - Suivant la localisation et l'étendue des lésions, il peut s'agir :

- Diarrhée motrice ou, d'une diarrhée grasseuse traduisant une malabsorption (**forme grêlique étendue**).
 - Des selles nombreuses liquides, parfois glairo-sanglantes, témoignent de **lésions coliques étendues**.
 - Des exsudations mucopurulentes associées ou non à un syndrome rectal témoignent d'une **rectite ou d'une colite distale**.
- **Rectorragies** : rarement massives. Témoignent de la présence d'ulcérations coliques
 - **Manifestations anopérinéales**
 - Caractéristiques de la MC, grande valeur diagnostique.
 - Intérêt de faire un examen proctologique minutieux voire une anoscopie sous AG pour un bilan lésionnel complet.
 - Les lésions anopérinéales spécifiques de la MC sont
 - **Ulcérations-fissurations** : La fissure anale au cours de la MC est indolente, de siège antérieur ou latéral.
 - **Fistules** fréquentes avec de multiples orifices cutanés secondaires. Certaines formes se compliquent de fistules anovaginales, rectovaginales ou recto-urinaires très invalidantes.
 - **Abcès ano-périnéaux et recto-vaginaux**
 - **Sténoses** anales et anorectales.
 - **Manifestations générales**
 - **L'asthénie**
 - **La fièvre** modérée mais d'allure septicémique si complications (abcès)
 - **Maigrissement** plus lié à l'anorexie qu'à la diarrhée.
 - **Complications intestinales**
 - Les **sténoses**, notamment de la **DAI**, peuvent être à l'origine d'une occlusion.
 - **Fistules** entérocutanées, entéro-entériques, entéroviscérales (→ infections urinaires à répétition, fécalurie, pneumaturie), entérocoliques et entérovaginales.
 - **Abcès intra-abdominaux** : Fièvre, douleurs abdominales et parfois une masse douloureuse. Il s'agit d'un des modes évolutifs des fistules borgnes.
 - Les **péritonites** : sont liées surtout à la perforation du grêle au niveau du péritoine. Le mégacolon toxique est beaucoup moins fréquent
 - **Cancer intestinale** : Chez les patients ayant des lésions coliques étendues évoluant depuis plus de 20 ans, le risque de **cancer colique** semble analogue à

celui observé au cours de la RCH.

- o Le risque relatif de **cancer du grêle** est également élevé.

Manifestations extradigestives

• Manifestations rhumatismales

- o Rhumatisme périphériques : arthralgies ou d'arthrites.
- o Rhumatisme axial : peut se traduire par une sacro-iléite, qui peut être asymptomatique.
- o Spondylarthrite ankylosante
- o La sacro-iléite et la SPA évoluent de façon indépendante de la MC.

• Manifestations cutanéomuqueuses et oculaires

- o Au moment des poussées évolutives : **L'érythème noueux, une aphtose buccale ou génitale, une épisclérite ou une uvéite antérieure.**
- o Le **pyoderma gangrenosum** peut apparaître lors des poussées mais également avoir une évolutivité indépendante de la MC.

• Manifestations hépatobiliaires : La cholangite sclérosante primitive est la principale manifestation

• Manifestations diverses exceptionnelles

- a- Pulmonaires : bronchite chronique, dilatation des bronches, pneumonies interstitielles.
- b- Pancréatiques : pancréatites chroniques associées à un CSP
- c- Neurologiques : thromboses artérielles ou veineuses cérébrales
- d- Systémiques : amylose.
- e- Thromboses : fréquentes chez les malades hospitalisés pour poussées.

Examens biologiques

- o Permet d'apprécier le retentissement et l'évolutivité de la maladie.
- o Elle est indispensable au Dc différentiel (Infectieuse ou parasitaire).

• NFS:

- o Anémie carentielle, inflammatoire ou exceptionnellement auto-immune,
- o Hyperleucocytose neutrophile
- o Hyperplaquettes

• Sd inflammatoire : VS, CRP, fibrinogène

- Hypoalbuminémie par exsudation intestinale, restriction alimentaire et catabolisme accru,

préalbumine

- Hypocalcémie, hypocholestérolémie...
- Coproculture + parasitologie des selles : indispensable au diagnostic différentiel
- Calprotectine fécale
- Un bilan physiologique (IDR, BK dans les crachats, PCR) surtout dans notre pays.
- La présence des Ac anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) et l'absence des AC anti-cytoplastes des PNN de type périnucléaires (PANCA) sont très spécifique de la MC, mais moyennement sensibles.

Examens morphologiques

Examens endoscopiques

Intérêt :

- de préciser le diagnostic, en montrant des aspects endoscopiques évocateurs ;
- de réaliser des biopsies étagées (en zones pathologique et saine) ;
- d'apprécier l'extension des lésions.

Lésions évolutives :

- Les ulcérations sont les lésions les plus fréquentes. Il peut s'agir d'ulcérations superficielles, creusantes ou aphthoïdes très évocatrices de MC.
- Les lésions muqueuses non ulcérées sont également fréquentes : oedème muqueux, érythème en plaques ou en bandes longitudinales.
- Les sténoses ulcérées réduisent le calibre de la lumière digestive. Elles doivent être biopsiées largement afin d'éliminer une sténose néoplasique.

Lésions cicatricielles

- Les cicatrices d'ulcérations ont des aspects variables
- Les pseudo-polypes, séquelles d'ulcérations, sont de taille variable (des mm à plusieurs cm). Ils réalisent parfois de véritables ponts muqueux.
- Les sténoses cicatricielles, non ulcérées, sont courtes (quelques mm) et rares dans le côlon.

L'iléo-coloscopie est indispensable : lors d'une première poussée pour affirmer le diagnostic et pour le bilan d'extension ;

L'Endoscopie oeso-gastro-duodénale : est nécessaire en cas de signes d'appel
L'échoendoscopie rectale : pourrait être particulièrement intéressante dans le bilan d'extension des formes périnéales en complément de l'examen procto.

Radiologie

1- **ASP :** indispensable si urgence (colectasie, occlusion). Couplé à un cliché de bassin de face recherche de signes de sacro-iléite.

2- **Echographie du tube digestif :** épaississement pariétal, souvent échogène avec des ulcères, des trajets fistuleux ou abcès.

Autres signes associés : stéatose, thrombose porte, dilatation des VBH/EH, épanchement.

Doppler a un intérêt dans les poussées : hyperhémic, thrombose inflammatoire.

3- **TDM abdominale :** n'est pas utilisée dans un but diagnostique mais pour la détection des complications, principalement **des abcès et des fistules.**

4- **EntéroTDM :**

Explore mieux les anodoluminales et pariétales
mee des fistules entéro-entérales et entéro-coliques
De des occlusions

5- **Entéro-IRM :** la plus performante pour étudier les fistules et leur trajet, différencier les sténoses d'origine inflammatoire et fibreuse.

6- **L'IRM anopérinéales :** peut être utile dans l'évaluation des fistules et des abcès anopérinéaux.

7- **Lavement opaque aux hydrosolubles :** intérêt en cas de colite grave

8- **TG :** est l'examen radiologique le plus utile. L'iléon est la région la plus souvent touchée.

Un examen détaillé des clichés peut mettre en évidence des ulcérations, des sténoses, des fistules et des masses inflammatoires

IX- Index de sévérité

Il existe différents indices d'évaluation de l'évolutivité de la MC. L'indice le plus utilisé pour évaluer l'évolutivité de la MC et juger de son évolution sous traitement est **l'indice CDAI**

(Crohn's Disease Activity Index) ou **l'indice de Best**. Il comporte **huit** critères recueillis de façon prospective sur une semaine.

INDICE CDAI ou INDICE de BEST

	J1 J2 J3 J4 J5 J6 J7	Somme 1 à 7
<i>Nombre de selles</i>		
Liquides ou très molles		X 2
<i>Douleurs abdominales</i> (absentes=0, légères=1, moyennes=2, intenses=3)		X 2
<i>Bien être général</i> (bon=0, moyen=1, médiocre=2, mauvais=3, très mauvais=4)		X 2
<i>Autres manifestations</i> - arthrite ou arthralgies - iritis ou uvéite - érythème noueux, pyoderma, aphtes buccaux - fissures, fistule, abcès anal ou périrectal - autre fissure intestinale - fièvre (>38°C durant 1 semaine)		X 20
<i>TRT anti diarrhéique</i> Par lopéramide ou opiacés (non=0, oui=1)		X 30
<i>Masses abdominales</i> (absente=0, douteuse=1, certaine=5)		X 10
<i>Hématocrite (Ht)</i> Homme : 47 - Ht = Femme : 42 - Ht =		X 6
<i>Poids</i> 100 (1 - poids actuel / poids avant maladie ou poids théorique)		

TOTAL

Score < 150 = MC inactive
 150 ≤ Score ≤ 219 = MC active légère
 220 ≤ score ≤ 450 = MC active modérée
 Score > 450 = MC active sévère
 Score maximal égal à 600

- Evaluation de la sévérité par un score endoscopique (CDEIS)
- Score de Rutgeerts endoscopique : évaluation de la récurrence endoscopique post opératoire : corrélation avec la récurrence clinique, et impact sur le traitement.

VII- Diagnostics différentiels de la MC

De nombreuses affections peuvent simuler la MC.

Le diagnostic différentiel est de difficulté variable selon la topographie des lésions, il peut être très difficile devant un tableau de colite inaugurale où il est parfois impossible de distinguer une première poussée de MC d'une colite infectieuse ou d'une RCH.

RCH

La distinction entre MC colique et RCH n'est pas toujours très nette mais il est classique de considérer les caractères distinctifs anatomopathologiques et endoscopiques.

	MC	RCH
Localisations des lésions	Discontinues	Continues
Sténoses fibreuses	Oui	Non
Fistules	10%	jamais spontanées
Lésions anales	25%	absentes
inflammation	Transmurale	Muqueuse et s/s muq
Muco sécrétion	peu altérée	Diminuée
Granulome épithélioïde	Présent dans 30%	Absent

Nature des lésions muqueuses	MC	RCH
Érythème	+	+++
Aspect granulaire, friable	+/-	++
Muqueuse boursouflée	++	+
Pseudopolypes	++	++
Ulcérations aphthoïdes	++	.
Ulcérations superficielles	++	+/-
Ulcérations creusantes	++	.
Sténoses	++	+
Atteinte rectale	++	+++
Atteinte continue et symétrique	+	+++
Intervalles de muqueuse saine	++	.
Ulcérations iléales	++	.

Tuberculose iléocaecale :

La tuberculose iléocaecale est de diagnostic difficile. C'est une maladie en recrudescence. Les

biopsies peuvent montrer la présence d'un granulome épithélioïde et géantocellulaire. En l'absence de nécrose caséuse, le diagnostic différentiel avec une MC prend en compte la recherche des localisations extradiigestives (pulmonaires) de la tuberculose. L'examen direct et la mise en culture des biopsies digestives doivent être systématiques au moindre doute, quantiféron, laparoscopie dans certains cas et même recours au traitement d'épreuve.

Lymphome intestinal

Altération importante de l'état général

ADP périphériques et ADP profondes à l'échographie abdominale

Colite aiguë microbienne

La poussée de MC peut être déclenchée par une colite infectieuse. On recherchera des amibes dans les selles. On réalisera des coprocultures pour mettre en évidence **Salmonella**, **schigelle**, **Campylobacter**; **Yersinia**, **E.coli** et les biopsies réalisées lors de la coloscopie permettraient d'éliminer des inclusions virales de **CMV**.

Colite ischémique

Colite radique

G. Colite médicamenteuse.

VI- Complications

- **Fistules intestinales** : complication fréquente de la MC. Il s'agit d'une conséquence du caractère transmural de l'inflammation : ulcérations et fissures perforantes créent des fistules borgnes ou ouvertes dans un organe voisin.
 - Le point de départ de la fistule est plus souvent l'intestin grêle que le côlon.
 - Les fistules externes entérocutanées peuvent survenir au décours du drainage d'un abcès, d'une laparotomie exploratrice ou d'une appendicectomie ayant méconnu le diagnostic de MC ; elles compliquent parfois une récurrence de la MC, siégeant alors sur le trajet d'une ancienne voie de drainage.
 - Les fistules internes peuvent être entéroentérale, entérovésicale ou entérogénitale chez la femme.
- **Abcès** : de constitution progressive et se manifestent par des signes de suppuration profonde : empatement dl ou tuméfaction locale, fièvre, AEG, hyperleucocytose,

○ Les abcès intrapéritonéaux sont s/mésocoliques, se révélant par tuméfaction abdominale douloureuse ou par un sd subocclusif. Leur siège de prédilection est la fosse iliaque droite pouvant donner un tableau pseudo-appendiculaire.

○ Les abcès extra-péritonéaux sont le plus souvent périrectaux ou périanaux. L'abcès du psoas peut s'observer dans la MC. Il se traduit par des douleurs des fosses iliaques et des régions inguinales, un psoïtis, une masse ou une tuméfaction des fosses iliaques, des signes d'irritation du nerf crural ou sciatique

• **Occlusions** : Les occlusions sont une complication évolutive fréquente de la MC, particulièrement dans sa forme iléale. Il peut s'agir :

• d'une sténose de type cicatriciel, fibrosante, se manifestant par un syndrome subocclusif chronique ou une occlusion aiguë lorsque la sténose est complète ;

• d'une sténose inflammatoire au contact d'un abcès, évoluant dans un contexte fébrile ;

• d'une occlusion sur bride, toujours possible étant donné la fréquence des interventions chirurgicales dans cette maladie.

• **Perforation** : La perforation en péritoine libre est rare (moins de 2 % des cas), siégeant presque exclusivement sur le grêle. Elle survient en pleine zone lésionnelle ou, plus rarement en amont d'une sténose.

• **Colectasie** : complication évolutive rare mais grave, parfois révélatrice de la maladie. C'est une dilatation aiguë du côlon, supérieure à 6 cm sur un abdomen sans préparation, siégeant le plus souvent sur le côlon transverse. Elle se manifeste par un tableau d'allure toxi-infectieuse imposant le traitement chirurgical d'urgence.

• **Hémorragie digestive** : rares, se rencontrent essentiellement dans les formes recto sigmoïdiennes de la maladie. Une anémie par saignement occulte est par contre fréquente.

• **Cancer colorectal ou grêlique**

X- TRAITEMENT

But : Contrôle rapide de la poussée

- Prévention des rechutes après l'obtention d'une rémission médicale ou chirurgicale
- Et les complications
- Assurer une bonne qualité de vie

Moyens

1- Règles hygiéniques : Arrêt du tabac

2- Traitement médical :

↓ Dérivés amino-salicylés

- La sulfasalazine (Salazopyrine) : Peu utilisée dans la MC sauf si At. rhumatismale.
- 5ASA : mésalazine (Pentasa, Rowasa) : 1,5-4g/j (vo), 1g/j (lavement + suppo)

↓ Corticoïdes : L'objectif : efficacité rapide. TTT de référence des poussées modérées

- voie orale :
 - Solupred^R (Prednisolone) est moins bien que le Cortancyl^R (prednisonne).
 - prednisonne : 1mg/kg/jour pendant 3 à 7 semaines. Ces posologies permettent d'obtenir environ 90 % de mise en rémission. Décroissance par paliers 10mg/sem, une semaine après l'obtention de la rémission, jusqu'à ½ dose, puis par tranche de 5 mg/ semaine.
- Corticoïdes oraux à action topique : Budésonide (Entocort). Il présente un niveau d'efficacité situé entre les salicylés et les corticoïdes classiques.
 - Le principal avantage est sa meilleure tolérance.
 - Le traitement d'attaque est de 9 mg pdt 6 sem puis 6mg pdt 9 mois
- Voie rectale : Srt bétaméthasone (Betnesol - Solupred 40 mg dans 60 à 100 ml d'eau.
- Voie parentérale : Solumédrol

↓ Immunosuppresseurs

- Azathioprine (Imurel) et son métabolite actif la 6-mercaptopurine (Purinéthol) : administrés par voie orale.
 - posologie : Imurel = 2 à 2,5 mg/kg/j, Purinéthol = 1,5 mg/kg/j.
 - Le délai d'action est de 3 mois.
 - Indications :

- **corticodépendance**, afin de permettre le sevrage,
- **corticorésistance** (mais le délai d'action est long)
- TTT préventif des rechutes (réservé aux **malades à haut risque de rechute**).
- Manifestations ano-périnéales
- **Effets secondaires** :
 - La pancréatite aiguë immunoallergique,
 - L'hépatite cytolitique aiguë,
 - Les leucopénies et les pancytopénies.
 - Les lymphomes
- **Surveillance** : NFS, enzymes hépatiques / sem X 8sem puis tous les 2 à 3 mois
- **La durée moyenne** du traitement est de 4 ans.
- **Méthotrexate** :
 - **Posologie** : 25 mg/sem en IM ou en s/c. Il faut associer l'acide folique.
 - **EII** : Troubles digestifs, Hépatopathies (stéatose, fibrose), Pneumopathie.
- **Ciclosporine** :
 - Immunosuppresseur sélectif inhibant la réaction immunitaire à médiation cellulaire notamment la production IL2.
 - **Posologie** : 2 mg/Kg/j en IV (Sandimum[®]) pendant 8 jours avec contrôle de la ciclosporinémie puis relayée per os (Neoral) à la dose de 5mg/kg.
 - Elle n'a plus ou exceptionnellement d'indication dans le traitement de la MC

↳ Immunorégulateurs

- L'**infliximab** (Remicade) : anticorps monoclonal chimérique humanisé anti-TNF α .
 - **TTT de la MC active, sévère chez des patients n'ayant pas répondu à un TTT approprié et bien conduit ou chez lesquels ce TTT est CI ou mal supporté**
 - **TTT de la MC fistulisante**
 - **MAP**
 - **Posologie** : perfusion 5mg/kg à 0, 2 et 6 sem puis chaque 8 semaines
 - **E II** : Réaction d'hypersensibilité immédiate ou retardée, Lupus, atteintes neurologiques, infections
- NB pour prévenir les Ac anti-Infliximab, associer un TTT Immunosuppresseur

- Adalimumab : (Humira)AMM ds la MC, moins d'effets secondaires
- ↓ **Traitement médical nutritionnel** : La nutrition entérale à débit continu, parentérale en cas d'impossibilité de la nutrition entérale mais l'effet de cette nutrition est transitoire.
- ↓ **Autres médicaments**
 - Le métronidazole : localisations anopérinéales
 - La ciprofloxacine : localisations anopérinéales
 - L'oxygénothérapie hyperbare : localisations anopérinéales
 - La dilatation per-endoscopique par ballon : sténose iléale terminale
 - Anticoagulant : systématique en cas d'hospitalisation

3- Traitement chirurgical

- Près de 80 % auront au moins une fois un traitement chirurgical.
- Essentiellement : interventions de résection.
- Si atteinte du grêle, la chirurgie d'exérèse doit être économe
- Si atteintes diffuses du grêle avec sténoses étagées contre-indiquant l'exérèse : dérivation interne avec anastomose latérolatérale ou stricturoplastie.
- Si atteinte colique : colectomie segmentaire ou totale avec anastomose iléorectale protégée ou non par une iléostomie temporaire.
- L'atteinte du rectum pose de difficiles problèmes. Une anastomose colo- ou iléorectale sur rectum pathologique expose à un taux de récurrence élevé. Chez un sujet jeune, en l'absence de destruction de l'appareil sphinctérien, la conservation du rectum pathologique est cependant le plus souvent proposée afin d'éviter ou de retarder la stomie définitive.

Indications thérapeutiques

TTT des formes non compliquées

Traitement des poussées évolutives

TTT initial :

- **Atteinte iléale ou iléocolique dite :**
 - Intensité légère : mésalazine 4g/j
 - Intensité modérée à sévère ou échec à la mésalazine : corticoïdes systémiques ou budésonide de préférence.
- **Atteinte colique étendue, isolée ou associée à une atteinte iléale** : il s'agit d'une

symptomatologie modérée à sévère qui nécessite une corticothérapie souvent en débutant un traitement par azathioprine.

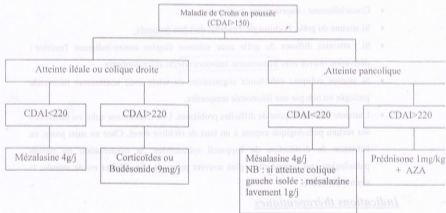
- Atteinte recto-colique gauche : mésalazine lavement 1g/j
- Atteinte oesophagienne et gastroduodénale:

IPP, si nécessaire associer aux corticoïdes systémiques et AZA/6MP (ou MTX si intolérance).

Si atteinte réfractaire: Infliximab

Si sténose: dilatation ou chirurgie

- La prophylaxie des thromboses veineuses est nécessaire dans les formes sévères.



Algorithme de traitement de maladie de Crohn en poussée:

Traitement des formes cortico-résistantes

- Augmentation de doses de corticoïdes à 1,5 mg/kg/j ou corticothérapie parentérale: Solumédrol

L'azathioprine est censé être démarrée

- Si échec : Infliximab : 5mg/kg en 1 à 3 perfusions à 0 – 2 – 6 semaines

ou

Méthotrexate en IM : 25mg/semaine

Nutrition artificielle : (entérale sinon parentérale) utile en cas de dénutrition et pour sevrage rapide des corticoïdes

- Si échec : Chirurgie qui doit être différée au maximum

TTT d'entretien

Rémission induite par un traitement médical :

* Poussées espacées, modérées, sensibles au traitement : méسالazine 2 à 4g/j (dans les formes iléales) ou pas de traitement d'entretien

* Poussées fréquentes, cortico-dépendance, poussées sévères réfractaires : AZA ou 6 MP, MTX, ou injections régulières d'infliximab.

La cicatrisation muqueuse est l'objectif du traitement, mais le rythme de surveillance endoscopique n'est pas établi

En cas de Crohn colique, une coloscopie de dépistage du cancer colorectal après 8 ans d'évolution est indiquée puis tous les 3 ans si maladie évoluant < 20 ans

Les 2 ans si maladie évoluant entre 20 et 30 ans

Les ans si maladie évoluant > 30 ans

Rémission induite par chirurgie :

* 1^{ère} résection intestinale < 50cm, ou iléon terminale et colon droit

Absence de traitement dans l'immédiat mais contrôle endoscopique à 6 mois par coloscopie à

la recherche de récurrence endoscopique et évaluer sa sévérité (score de Rutgeerts) :

Si absence de récurrence : abstention

Si récurrence modérée : méسالazine 2 à 3 g/j

Si récurrence sévère : AZA ou 6MP

* plusieurs résections (grêle court ou menace) : AZA ou 6MP si intolérance ⇔ MTX

* Situation intermédiaire : méسالazine et introduire un immunosuppresseur en fonction de la surveillance endoscopique.

TTT des formes compliquées

- **abcès intra-abdominaux** : sont traités dans un 1^{er} temps par ATB et drainage, mise au repos du tube digestif ; la résection du segment à l'origine de l'abcès est ensuite le plus souvent réalisée.
- **fistule** : l'infliximab peut être tenté avant de recourir à la chirurgie
- **Sténoses et occlusions** : une phase de traitement médical est souvent possible, utilisant les corticoïdes et les immunosuppresseurs. L'infliximab est contre-indiqué dans cette situation, car il peut majorer les sténoses. Des dilatations endoscopiques au ballonnet sont parfois possibles (sténose fibreuse : symptomatique, courte < 5 cm, accessible à l'endoscopie, notamment dans les récurrences anastomotiques sténosantes= indication de choix). En cas d'échec, un traitement chirurgical est indiqué (résection ou stricturoplastie)
- **Dénutrition et carences** : les techniques de nutrition artificielle restent d'actualité. En cas de résection iléale, une administration parentérale du vit B12 et une prévention de la lithiase oxalique (régime pauvre en oxalate et calcium oral) sont indiquées.
- **lésions ano-périnéales** :
 - **Fistules ano-périnéales** : Si abcès ou suppuration : Drainage chirurgical avec mise en place d'un drain en seton. Les ATB doivent être associés (ciprofloxacine/métronidazol).
L'infliximab peut être prescrit selon la sévérité des lésions.
 - **Fissure anale** : Eviter tout geste sur le sphincter
 - **Sténose anale** : dilatation douce au doigt ou à la bougie.

XII- CONCLUSION

La MC reste d'étiologie inconnue, son incidence est élevée, et les signes cliniques sont peu spécifiques.

Le diagnostic repose souvent avec une forte présomption sur un faisceau d'arguments, confirmé par la négativité de l'en par l'évolution ultérieure.

Le traitement reste empirique mais relativement bien codifié, ayant comme but la réduction de la mortalité et l'obtention d'une qualité de vie aussi proche que possible de la normale