

# ***Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique***

---

## ***I- INTRODUCTION***

La rectocolite hémorragique (RCH) et la maladie de Crohn (MC) sont des maladies inflammatoires cryptogéniques de l'intestin (MICI) caractérisées par :

- une inflammation intestinale chronique ;
- une évolution prolongée, fluctuante ;
- l'absence de cause reconnue et de traitement médical curateur ;
- une efficacité thérapeutique suspensive de certains anti-inflammatoires « digestifs », des corticoïdes, d'immunosuppresseurs et d'immunomodulateurs

## ***II- ÉPIDÉMIOLOGIE***

Les MICI sont assez fréquentes. Elles débutent souvent entre 15 et 30 ans et touchent autant les hommes que les femmes.

Les régions de plus grande incidence sont l'Europe du nord, l'Amérique du Nord, l'Australie et l'Afrique du Sud.

Les patients atteints de RCH sont souvent non ou anciens fumeurs, alors que ceux qui ont une MC sont plus souvent des fumeurs actifs.

10% des patients, environ, ont un ou plusieurs apparentés atteints.

- ***Le tabagisme actif*** est un facteur d'entretien de l'inflammation dans la MC
- ***La microflore digestive*** joue probablement un rôle important, et on observe une réaction inflammatoire chronique inappropriée vis-à-vis de micro-organismes endogènes largement *non pathogènes*.
- ***Des pathogènes*** sont parfois associés (mycobactéries atypiques ou certains *Escherichia coli* adhérents et invasifs), mais aucun agent infectieux spécifique n'a été identifié de manière répétée.

***Certaines mutations et polymorphismes génétiques*** s'associent à un risque accru de MICI, portant sur des gènes de reconnaissance de structures microbiennes dans l'intestin tels que le gène CARD15/NOD2 ou celui du tollikereceptor 4

# Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique

## III- Rectocolite hémorragique :

### 1. Topographie

Dans la zone malade, les lésions sont **continues, uniformes, sans jamais de muqueusesaine intercalaire**. Les lésions de la RCH atteignent **constamment le rectum** et remontent plus ou moins sur le côlon, réalisant au maximum une pancolite lorsqu'elles atteignent le cæcum.

➤ La topographie des lésions lors du diagnostic s'établit comme suit :

- Rectites : 40 %,
- Rectosigmoïdites : 30 %,
- RCH atteignant l'angle droit : 15 %,
- Pancolites : 15 %.

L'iléon et l'anus ne sont pas atteints par la RCH.

### 2. Macroscopie

Lors de l'examen endoscopique, la **muqueuse** apparaît **rouge, granitée, fragile, saignantspontamment** ou au moindre contact. Des **ulcérations** peuvent se voir dans les formes plus sévères de RCH. Au maximum, dans les colites graves, les ulcérations sont profondes et étendues

Les **pseudopolypes** constituent des cicatrices exubérantes. Au cours de la RCH **nifistule, ni sclérolipomatose**; toute sténose doit être considérée suspecte de néoplasie.

### 3° Microscopie

Les lésions histologiques se limitent à **la muqueuse** et à **la partie superficielle de la sous-muqueuse**.

**Continues et homogènes**, ces lésions comportent habituellement des **pertes de substances** et dans la muqueuse intercalaire, toujours pathologique, un **infiltrat lymphoplasmocytaire** du chorion, des **abcès cryptiques**, une **perte de la muco-sécrétion** et une modification architecturale des glandes.

Il n'y a habituellement **pas de sclérose et ni de granulome tuberculoïde**.

### 4° Evolution et complications

La RCH évolue le plus souvent **par poussées** entrecoupées de rémissions au cours desquelles le patient est asymptomatique. Plus rarement, elle évolue sur un mode chronique continu.

# Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique

- **La colectasie**, encore appelée mégacôlon toxique, se voit lors des poussées graves de la maladie. C'est une dilatation gazeuse du côlon (habituellement transverse) dont le diamètre dépasse 6 cm. Cet état préperforatif constitue une urgence thérapeutique.
- **La perforation** se manifeste par un tableau de péritonite
- **L'hémorragie profuse** constitue également une urgence.
- **Le risque d'adénocarcinome rectocolique** est augmenté (risque relatif de l'ordre de 10) en cas de colite étendue, évoluant depuis plus de 10 ans.

## **5° Manifestations cliniques de la RCH**

- ✓ **Forme habituelle : rectosigmoidite de faible à moyenne gravité :**
  - Le syndrome rectal se manifeste par des ténésmes, associés à des émissions glairo-sanglantes urgentes et afécales (« crachats rectaux »)
  - L'état général est conservé et l'examen physique normal
  - Des manifestations extradiigestives sont possibles .
- ✓ **Poussée sévère**

Elle réalise un tableau associant : émissions glairo-sanglantes très fréquentes ( 6 par jour), violentes coliques abdominales, fièvre, amaigrissement, pâleur, tachycardie et souvent manifestations extradiigestives

**6° Manifestations extradiigestives :** Elles sont communes à la RCH et à la MC et s'observent chez 15 % des malades.

- ✓ Manifestations articulaires: des arthralgies, parfois des arthrites, pelvi spondylite rhumatismale ou sacro-iliite isolée
- ✓ Manifestations cutanées: un érythème noueux et souvent, des aphtes buccaux.
- ✓ **Manifestations oculaires :** épisclérite, iritis et uvéite.

Les manifestations oculaires et cutanées évoluent en général parallèlement aux poussées intestinales

## **IV- MALADIE DE CROHN**

### **1. Topographie**

La MC peut atteindre n'importe quel segment du tube digestif, de la bouche à l'anus.

**Les lésions** sont en général **hétérogènes** au sein d'un segment atteint avec des **intervalles de muqueuse saine**, et segmentaires, discontinues.

# Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique

Les lésions de la MC siègent avec prédilection sur l'iléon, le côlon et l'anus. Les différentes formes topographiques se répartissent de la façon suivante :

- iléites pures : 25 %
- iléo colites: 50 %
- Colites pures : 25 %.
- Dix pour cent des patients ont aussi des lésions anales spécifiques.

## **2. Macroscopie**

En endoscopie, on observe en général une combinaison des lésions élémentaires telles que :

- **l'érythème** ;
- **les ulcérations** de taille variable : *aphtoïdes* au début, puis souvent serpigneuses ou en carte de géographie.
- **les sténoses**, souvent ulcérées.
- **les fistules**, se prolongeant dans le méso, la paroi ou un viscère voisin.

L'atteinte est souvent transmurale, avec un fort épaissement pariétal. On observe en tomodensitométrie ou lors de la chirurgie une **sclérolipomatose des mésos**.

## **3. Microscopie**

- **Les ulcérations**, parfois prolongées par **des fissures ou fistules**, reposent sur un tissu inflammatoire, puis scléreux.
- **Entre les ulcérations**, la muqueuse est parfois normale ou inflammatoire (*infiltrats lympho plasmocytaires*) avec quelques **abcès cryptiques**.
- **Des follicules lymphoïdes néoformés** se trouvent dans toutes les couches de la paroi.
- **Le granulome tuberculoïde** : est un amas de cellules épithélioïdes et de cellules géantes, sans nécrose, avec une couronne lymphocytaire, observé dans 30 à 50 % des. Leur présence est très évocatrice de MC
- **La sclérose** est responsable de l'épaississement macroscopique et des sténoses. Elle siège dans la sous muqueuse, entourant les ulcérations, et dans la séreuse

# Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique

## 4° Principaux signes cliniques de la MC

En fonction de la localisation des atteintes, la MC peut se manifester par les signes suivants, diversement associés : une *diarrhée fécale*; des *douleurs abdominales*, des *douleurs ano-périnéales* et parfois un écoulement purulent (fistule). une anorexie, un amaigrissement, une fièvre ; des manifestations extradigestives.

## 5°. Évolution et complications de la MC

Poussées et rémissions alternent à un rythme variable d'un sujet à l'autre, et sont émaillées de complications. Il existe aussi des formes chroniques continues.

Les complications font toute la gravité de la maladie et peuvent résulter soit de l'épaississement pariétal par l'inflammation et la sclérose (*sténose, compression d'organes de voisinage*), soit du caractère pénétrant des ulcérations (*fistules, abcès, perforation*).

Ces complications sont habituellement des indications chirurgicales.

La MC à localisation colique augmente également le *risque de cancer colique*.

■ Compression d'organes de voisinage	■ Destruction du sphincter anal aboutissant à une incontinence fécale
■ Fistules (ano-périnéales, rectovaginales, entéro-entérales, entéro-cutanées, entéro-vésicales)	■ Dénutrition et, chez l'enfant, retard staturo-pondéral
■ Abcès ano-périnéaux ou intraabdominaux	■ Syndrome du grêle court après résections répétées
■ Perforations	■ Cancer colique

Tableau 1 : Principales complications de la maladie de Crohn

# Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique

## 6° Comparaison entre rectocolite hémorragique (RCH) et maladie de Crohn (MC)

<b>Topographie</b>	■ rectum et côlon	■ iléon, côlon, anus
<b>Atteinte rectale</b>	■ constante	■ inconstante
<b>Atteinte anale</b>	■ jamais	■ possible
<b>Distribution des lésions</b>	■ continue	■ souvent discontinue
	■ homogène	■ souvent hétérogène
	■ superficielle	■ souvent trans pariétale
<b>Sténoses</b>	■ non	■ possibles
<b>Fissures et fistules</b>	■ non	■ possibles
<b>Granulomes tuberculoïdes</b>	■ très exceptionnels	■ 1 fois sur 3

Tableau 2 : Comparaison entre rectocolite hémorragique (RCH) et maladie de Crohn (MC)