

Endoscopie dans les colites aiguës graves

Ph. Marteau – M. Ould-Hocine

Endoscopie dans les colites aiguës graves

- Rappel des Colites Aiguës Graves
- Diagnostic endoscopique de gravité
- Diagnostic étiologique et différentiel
- Modalités de l'endoscopie et risques
- QUIZZ

COLITE AIGUE GRAVE / RCH

Urgence vitale médicochirurgicale :

- ❑ Risques: mort, perforation, colectasie, septicémie, hémorragie massive, thrombophlébites

A)- Critères de sévérité clinico-biologiques :

- ✓ Dérivés de ceux de TRUELOVE et WITTS :
 - Température vespérale > 37.8/2J,
 - Rythme cardiaque > 90 bat/mn
 - Hémoglobine < 10.5g/dl,
 - VS > 30, CPR > 40,
 - Nombre de selles sanglantes > 6 / j,
 - Hypoalbuminémie < 30g/l

(Truelove SC, Witts LJ: Br Med J 1955:1041-1048)

COLITE AIGUE GRAVE / RCH

✓ Critères de TRAVIS:

- > 8 selles glairo-sanglantes par 24 heures
- Ou 3 à 8 selles glairo-sanglantes par 24 heures et une CRP > 45mg/l
- Définissent un score plus prédictif de colectomie.
- Présence de l'un de ces deux critères au 3ème jour du traitement médical intensif : colectomie dans 85% des cas (indication tt 2ème ligne)

(Travis SP:GUT 1996 ; 38 : 905- 910)

COLITE AIGUE GRAVE / RCH

B)- Critères de sévérité morphologiques:

- ✓ ASP/ Tomodensitométrie et examens endoscopiques

- ✓ Signes endoscopiques de gravité :
 - Ulcérations profondes mettant à nu la musculature
 - Ulcér. prof. > 10% de la surface d'un segment colique
 - Décollement muqueux ± ulcérations en « puits »
 - présents dans 90% des cas avant l'angle gauche

(Carbonnel F et al. DIG.DIS.SCI 1994; 39: 1550-1556)

COLITE AIGUE GRAVE / M.CROHN

A) - Critères de sévérité clinico-biologiques:

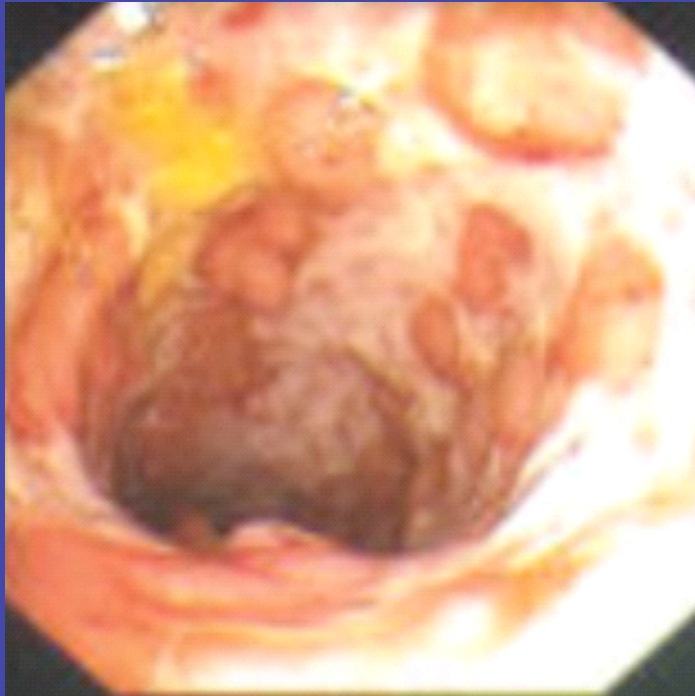
- ✓ Indice CDAI de BEST: > 450: Très Sévère
- ✓ Index de HARVEY et BRADSHAW:
> 12: Maladie sévère

COLITE AIGUE GRAVE/M.CROHN

B) - Critères de sévérité morphologiques:

- o Etude de Nahon et al a porté sur 78 patients en poussée grave de maladie de Crohn qui ont été opérés (colectomie subtotale). Les critères endoscopiques de gravité étaient définis comme suit:
 - **musculeuse visible**
 - **ulcérations creusantes > 1/3 de la superficie d'un segment colique mais n'atteignant pas la musculature**
 - **décollement associé ou non à des puits**
- o Les lésions retrouvées lors de l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire ont été comparées aux lésions décrites lors de la coloscopie pré-opératoire
- o bonne corrélation entre endoscopie et ex. anatomo-pathologique.

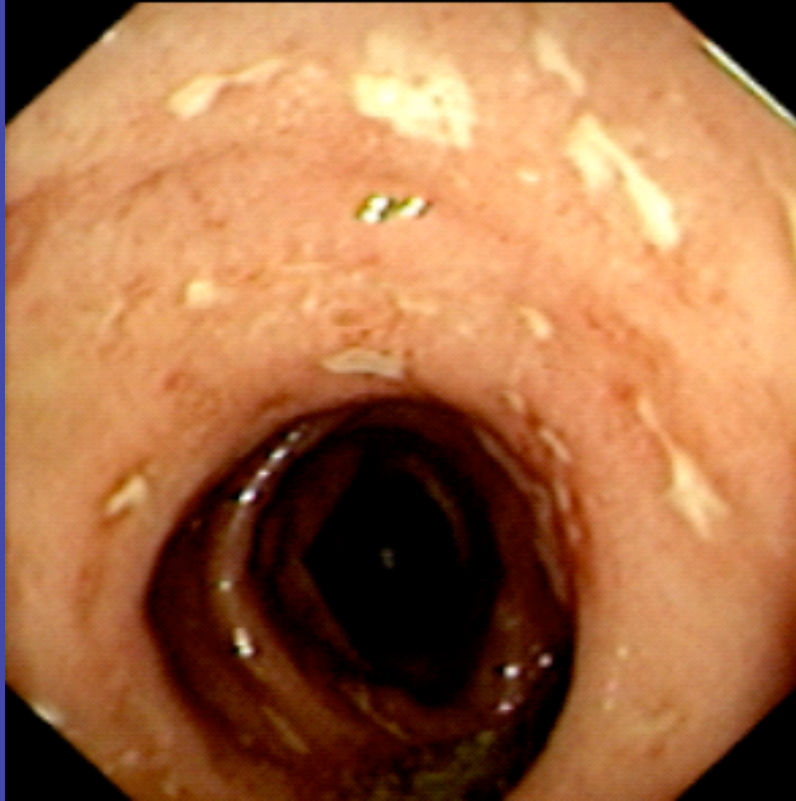
(Nahon S et Al: Am.J.Gastroenterol Decembre 2002; 97: 3102)



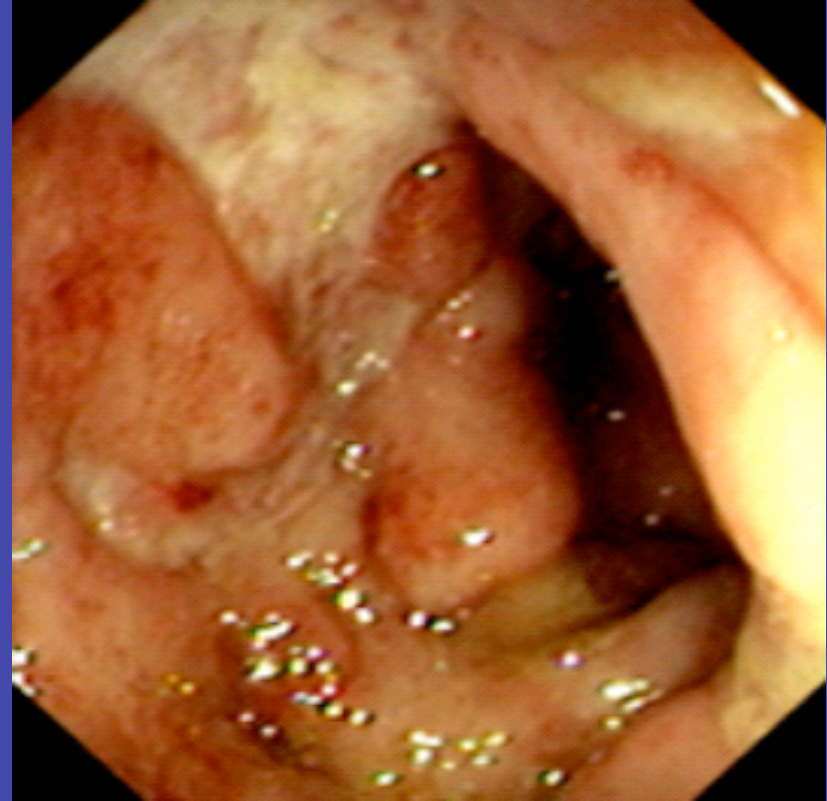
Ulcérations creusantes



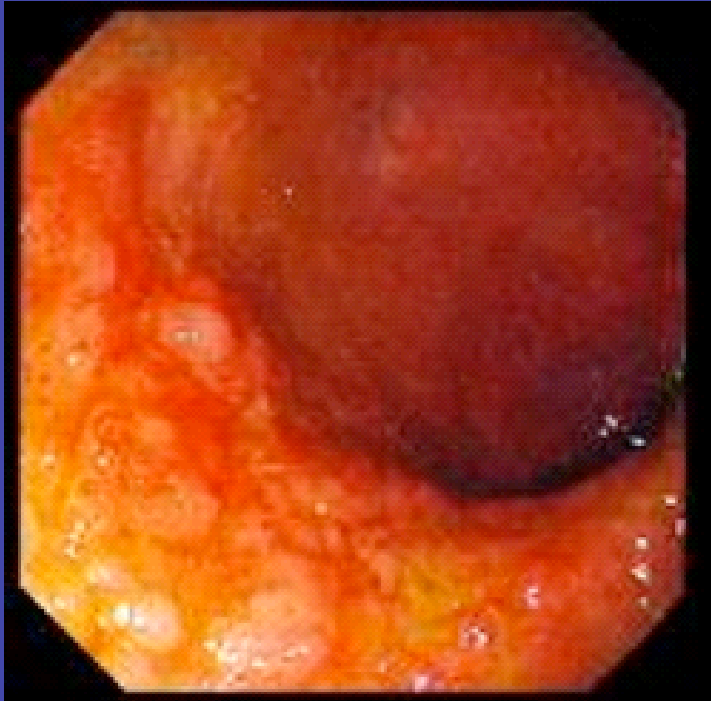
Ulcérations creusantes



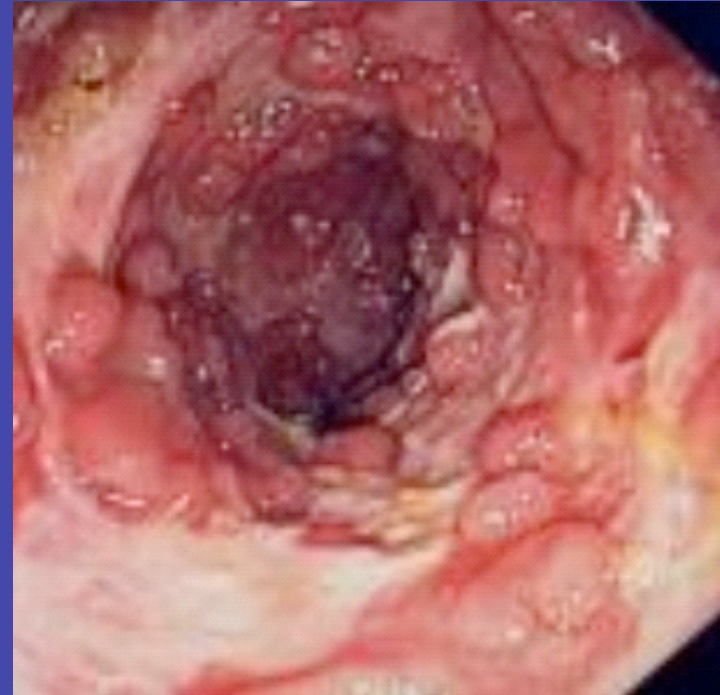
Ulcérations superficielles



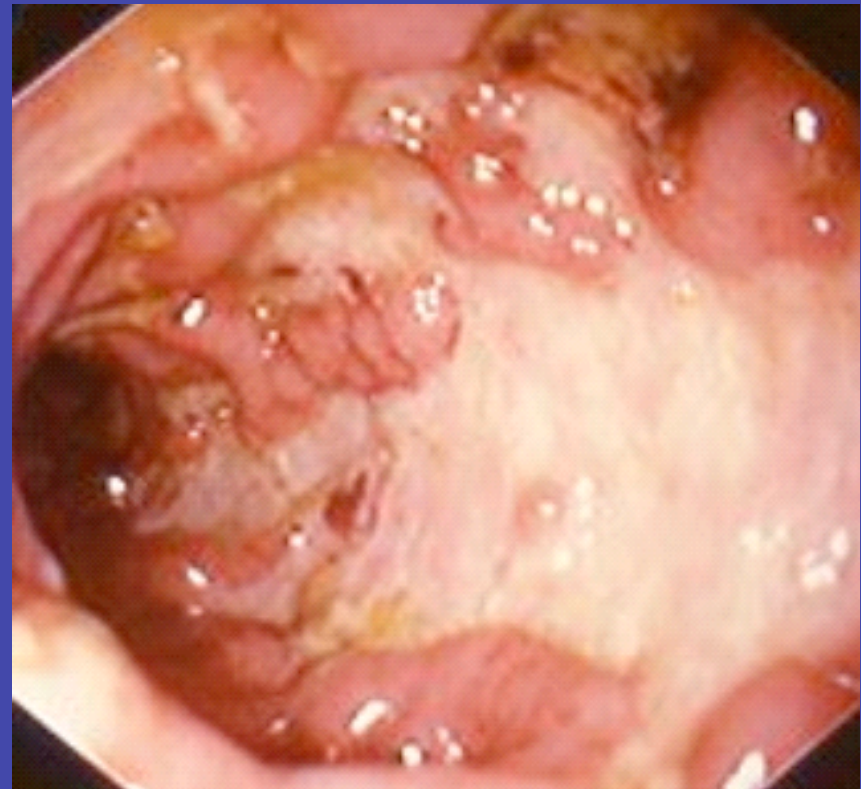
Ulcérations creusantes



Lésions superficielles



Ulcérations creusantes



ulcérations creusantes

MODALITES ET TOLERANCE DE LA COLOSCOPIE DANS LES COLITES GRAVES

➤ Contre indications:

Colectasie, perforation, hémorragie massive

➤ Modalités:

- Préparation: **PEG en quantité suffisante** (éventuellement 4L)
- Sédation et insufflation minimales

➤ Risques

- Série Carbonnel: 5/163 complications : mégacôlon toxique (3), choc septique (2)
- Examen jusqu'à l'angle gauche suffisant dans 90% des cas
- **Iléoscopie avec biopsies**: utile pour préciser le type de MICI en cas d'incertitude sur Crohn (poussée révélatrice ...)

(Carbonnel F et Al : DIG.DIS.SCI 1996; 41: 2471)

(Nahon S et Al: Am.J.Gastroenterol Decembre 2002; 97: 3102)

UTILITE DE LA COLOSCOPIE POUR GUIDER LE TRAITEMENT DES CAG

➤ Diagnostic de gravité endoscopique

(différent de clinico-biol)

➤ Diagnostic différentiel

(macroscopie et biopsies)

➤ Buts: adapter le traitement

- médical (en milieu médico-chirurgical) intensif
- de 1ère ligne ou 2ème ligne en cas de résistance
(pour tenter d'éviter certaines colectomies « abusives »)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1) Colites infectieuses et parasitaires:

Bactériennes : Clostridium difficile, K.oxytoca, E.Coli EH/

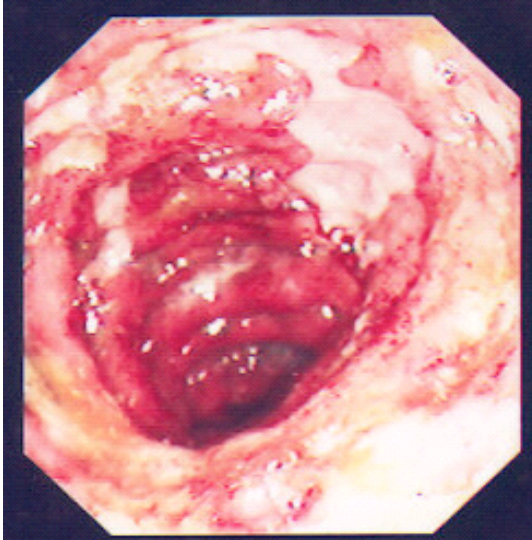
Virales: CMV (rechercher une surinfection dans une poussée de MICI résistant au traitement médical), HSV/

Parasitaires: Entamoeba histolytica/ Fongiques:
Histoplasma.

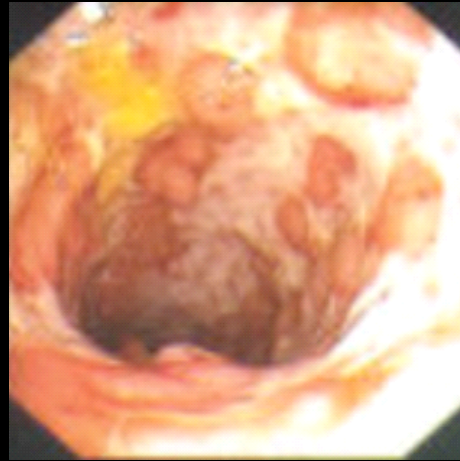
2) Colites non infectieuses:

Colite ischémique / Sigmoidite diverticulaire / Iléïte et iléocolite iatrogènes (AINS) / Ulcère solitaire du rectum ou du côlon / Entérocolite radique.

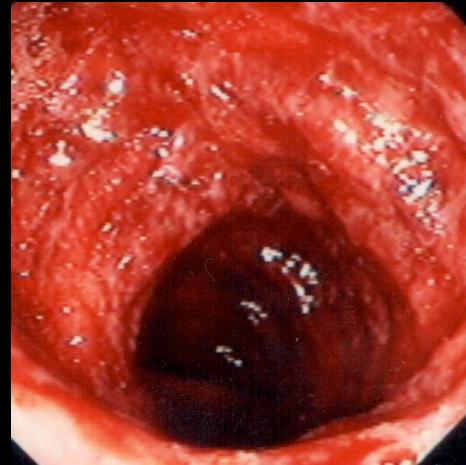
Quizz: parmi ces lésions lesquelles correspondent à des lésions graves de colite ?



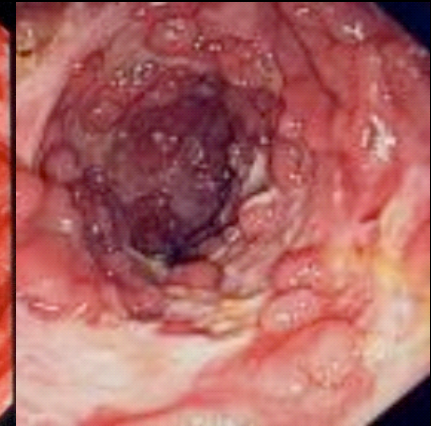
A



B



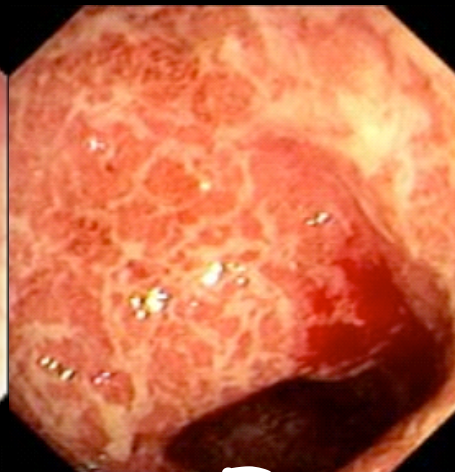
C



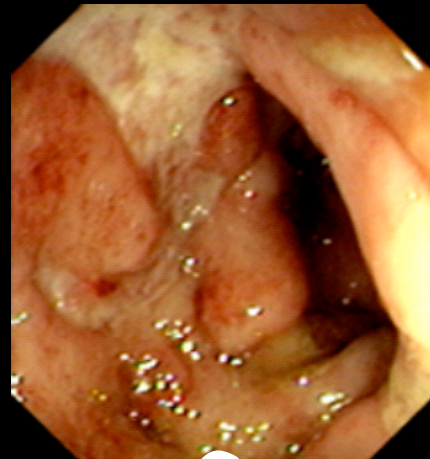
D



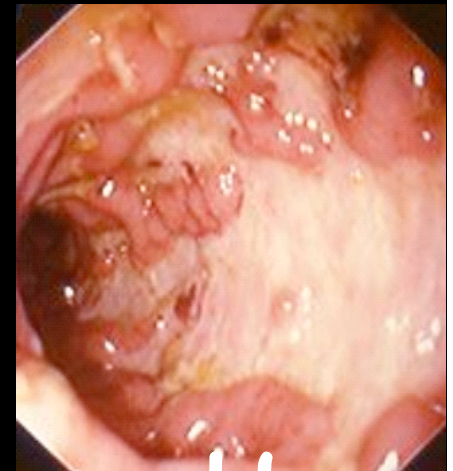
E



F

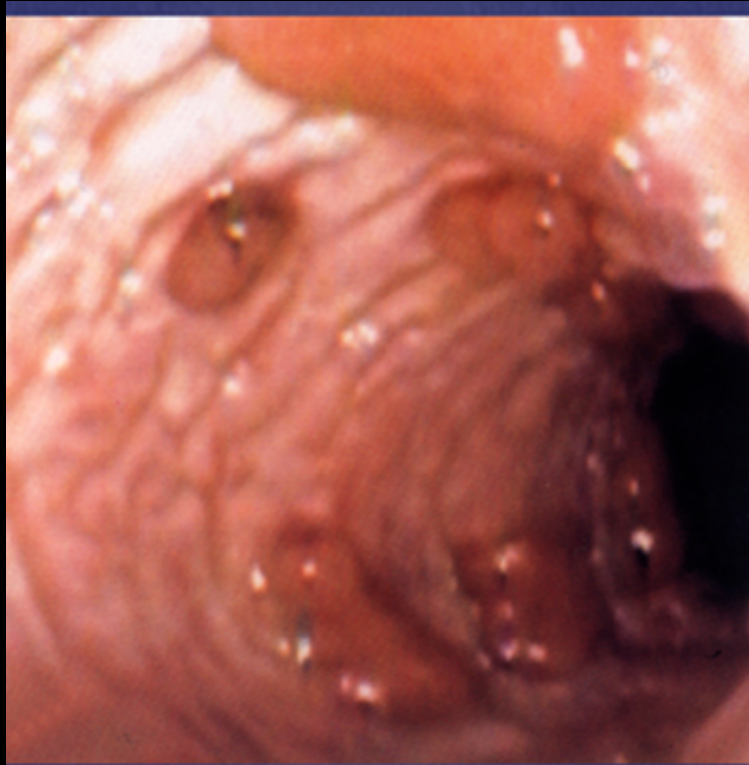


G

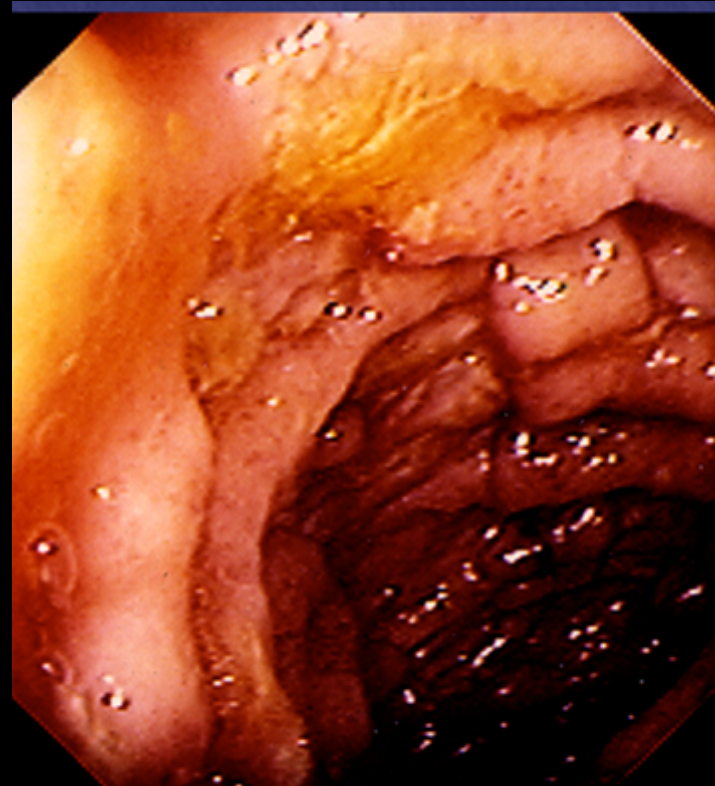


H

Quelle est la colite la plus grave ?



I



J

Conclusion

- Endoscopie dans les CAG à risque plus élevé mais très utile pour prendre certaines décisions thérapeutiques majeures (colectomie)
- Il faut donc bien connaître les signes de gravité: ulcérations creusantes étendues...
- Entraînez vous