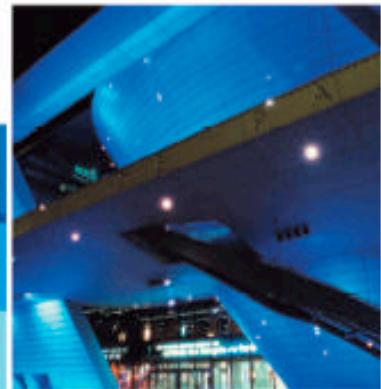


EPU Paris VII



# *Journée de Gastroentérologie*

Vendredi 6 janvier 2006

Palais des Congrès de Paris  
Porte Maillot - Niveau 3

*Organisateurs scientifiques*

Professeurs Benoît COFFIN  
et Marc LÉMANN

*Renseignements et inscriptions*

BCA

6, boulevard du Général Leclerc  
92115 Clichy Cedex - France  
contact@b-c-a.fr - www.b-c-a.fr  
T : +33 (0)1 41 06 67 70  
F : +33 (0)1 41 06 67 79

## **COLITES INDETERMINEES**

**Marc LEMANN**

Service de Gastroentérologie  
Hôpital Saint Louis  
1, Avenue Claude Vellefaux  
75475 PARIS CEDEX 10  
[marc@leemann.com](mailto:marc@leemann.com)

Le terme de **colite inclassée** (ou inclassable) est utilisé dans la situation d'une colite aiguë ou chronique dont le classement nosologique reste provisoirement incertain. On hésite entre une maladie inflammatoire de l'intestin (MICI) et une colite infectieuse, ischémique, ou médicamenteuse.

On réserve le terme de **colite indéterminée** aux colites inflammatoires chroniques (MICI) pour laquelle on hésite entre une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique, du fait de caractéristiques appartenant aux deux affections. On estime ainsi que 10 à 30 % des colites inflammatoires chroniques sont indéterminées.

## 1. LES COLITES INCLASSEES

La question est ici de réunir les éléments qui permettront de retenir le diagnostic de MICI. La durée des symptômes est un élément important, la plupart des colites infectieuses - qui constituent le diagnostic différentiel principal - ayant une durée d'évolution inférieure à un mois.

L'endoscopie est d'une aide relative, tous les aspects évocateurs de MICI pouvant être observés au cours des colites infectieuses; certaines ont plutôt un aspect de type RCH (salmonelles, shigelles), d'autres évoquent une maladie de Crohn (yersiniose, campylobacter, tuberculose). Seules les colites ischémiques ont un aspect suffisamment caractéristique pour être aisément distinguées des MICI.

L'examen microbiologique des selles ou des biopsies joue un rôle important, mais le taux de germes identifiés est relativement faible; même lorsque que les principaux germes responsables de colites sont recherchés avec les méthodes les plus performantes, environ 50 % des colites présumées infectieuses restent sans germe identifié. En dehors de l'amibiase, les tests sérologiques sont d'un faible apport dans les colites.

Le dosage des ANCA et ASCA pourrait trouver dans cette situation un intérêt particulier. Les ANCA sont en effet observés dans 60% des RCH et les ASCA dans 50% des maladies de Crohn, moins fréquemment s'il s'agit de formes coliques pures. En pratique, ces tests sont rarement disponibles dans des délais suffisamment courts pour être utile. De plus, leur spécificité n'a pas été étudiée dans les colites infectieuses.

Outre la possibilité d'être mise en culture, les biopsies coliques peuvent apporter des arguments pour une MICI. Le critère classique est la présence de signes d'inflammation

chronique, consistant en une distorsion des cryptes, avec un aspect ramifié, désorganisé des glandes. Le caractère polymorphe de l'infiltrat inflammatoire, avec des éléments lymphoplasmocytaires mêlés aux polynucléaires est également un bon argument pour une MICI, bien que moins spécifique. Certains auteurs ont insisté sur la valeur de la plasmocytose basale (signe assez rarement décrit par nos anatomopathologistes). La valeur diagnostique de ces signes est cependant dépendante du délai écoulé entre l'apparition des symptômes et la réalisation des biopsies. Plus ce délai court, moins ces signes ont des chances d'être présents, et la distinction entre une poussée de MICI de début aigu et colite infectieuse difficile. La présence de granulome est un signe important pour la maladie de Crohn, bien qu'il puisse s'observer au cours de la yersiniose et de la tuberculose.

D'autres diagnostics peuvent poser des problèmes beaucoup plus difficiles, comme les colites ischémiques chronicisées, les colites diverticulaires chroniques ou les vasularites.

## 2. LES COLITES INDETERMINEES

La question est ici différente: il s'agit de réunir les éléments suffisants pour aller vers le diagnostic de maladie de Crohn colique pure ou vers celui de RCH.

Depuis la description des deux entités, les conceptions n'ont cessé d'évoluer concernant les critères diagnostiques de l'une de l'autre des deux affections (dont on ignore encore si elles sont réellement distinctes !). Ainsi, la RCH a toujours été considérée comme une maladie purement colique, plus ou moins étendue du rectum vers les segments plus proximaux. Les lésions sont typiquement continues, homogènes, prédominent à la partie superficielle de la paroi au niveau de la muqueuse; il n'existe pas d'intervalle sain. La maladie de Crohn a initialement été décrite comme une affection de l'iléon et du côlon proximal, jusqu'à ce soient reconnues des formes coliques pures. Dans ces formes, l'atteinte inflammatoire est habituellement discontinue, segmentaire, hétérogène; les lésions sont transmurales avec des fissures, des fistules et des sténoses; des granulomes sont trouvés dans 30 % des cas.

Cette description « académique » des deux affections a été remise en question au fil des années par plusieurs observations:

- une inflammation microscopique a été décrite dans la RCH au niveau de l'iléon terminal sur une distance habituellement inférieure à 15 cm, décrite sous le terme « **d'iléite de reflux** ».
- des formes de RCH **sans atteinte rectale** ont été rapportées; l'influence de l'utilisation de lavement est parfois difficile à établir dans ces cas. Il est toutefois certain qu'une cicatrisation complète des lésions rectales peut être observée dans cette affection.

- une atteinte de **transmurale** avec des ulcérations profondes peut être observée dans les poussées les plus sévères de RCH; cette constatation est à l'origine du concept de colite indéterminée.
- un aspect **hétérogène** des lésions a été décrit au niveau du côlon dans la RCH sous l'influence de traitements, avec des intervalles microscopiquement sains.
- plus récemment une atteinte macroscopique **péri-appendiculaire**, s'étendant plus ou moins sur le côlon droit, a été rapportée de façon fréquente au cours des RCH coliques gauches.

Un autre élément est venu troubler nos conceptions. Les critères considérés comme les plus discriminants ont fait l'objet d'études menées par des panels anatomopathologistes experts: la reproductibilité intra ou inter-observateur de ces critères était souvent faible, y compris pour des items reconnus, comme les abcès cryptiques ou même les granulomes.

L'existence d'une **atteinte microscopique de l'estomac** a donné lieu à plusieurs travaux: ce concept de **gastrite focale** semblait intéressant pour approcher le diagnostic de maladie de Crohn. La présence d'une gastrite à *Helicobacter pylori* rend toutefois l'interprétation de ce signe impossible; de plus, sa spécificité n'est pas parfaite.

L'intérêt du **dosage combiné des ANCA et des ASCA** a été étudié. La majorité des patients ayant une colite indéterminée ont cependant un profil «double négatif»; l'existence d'un des deux tests positifs est toutefois associé à une évolution plus fréquente vers une maladie de Crohn (ASCA+) ou une RCH (ANCA+) si l'on suit les patients pendant plusieurs années. Cette conception doit toutefois être relativisée, certains auteurs ayant décrit un sous-groupe de maladie de Crohn colique de phénotype «RCH-like» associé à des ANCA+. L'étude des mutations **NOD2/CARD15** aurait aussi pu être utilisée. Malheureusement, tous les travaux sont convergents pour montrer que la plupart des colites pures de maladie de Crohn ne sont associés à aucunes mutations de ce gène.

Plus récemment certains auteurs ont proposé d'utiliser la **capsule endoscopique** pour détecter des lésions méconnues au niveau de l'intestin grêle dans des cas de colites indéterminées. Des travaux préliminaires jugèrent l'existence fréquente d'anomalies mineures. L'intérêt diagnostique de la découverte de ces anomalies reste toutefois encore incertaine, celles-ci ayant été observées chez des sujets normaux dans plus de 15 % des cas.

**Au total**, le diagnostic de maladie de Crohn reste fondé, pour l'essentiel, sur l'existence d'une atteinte macroscopique des segments proximaux au côlon ou de l'anus, sur la présence de granulomes typiques ou sur celle de fistules. Le diagnostic de RCH repose sur l'existence d'une rectocolite pure avec une atteinte continue du rectum vers les segments sus jacents. En présence d'une colite indéterminée, les arguments en faveur du diagnostic de maladie de Crohn sont un tabagisme, la présence d'ASCA, de zones microscopiques saines sur le côlon, d'une atteinte gastrique, jéjunale ou iléale microscopique et sur la normalité du rectum; à l'opposé, l'absence de tabagisme (ou plus encore l'arrêt du tabac peu avant le diagnostic), la présence d'ANCA et un antécédent d'appendicectomie avant le diagnostic sont des arguments en faveur de la RCH.

Parmi les colites indéterminées, 10-20% des évolueront avec le temps vers un phénotype de maladie de Crohn ; 80-90 % resteront indéterminées ou seront classées RCH. Dans la plupart des cas, le traitement d'une colite indéterminée sera celui d'une RCH.