

Les complications de la maladie de Crohn

Conduite diagnostique et thérapeutique en urgence



A. CHETIBI, M. SAIDANI,
Service de Chirurgie Générale et Oncologique,
Centre Hospitalier Universitaire Issad Hassani,
Faculté de Médecine d'Alger, Algérie.

Résumé

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire transmurale du tube digestif d'évolution chronique, d'étiologie probablement multifactorielle. Elle touche l'adulte jeune entre 30 et 40 ans. La localisation la plus fréquente est le grêle distal avec des formes grêliques pures dans 30 à 40 % des cas et des formes grêlo-coliques dans 20 à 30 % des cas^(1,2). La maladie de Crohn se traduit par des douleurs abdominales et des diarrhées qui peuvent persister plusieurs semaines. L'iléo-coloscopie avec biopsies est primordiale pour confirmer son diagnostic^(3,4). Le traitement doit toujours être médical en dehors des situations d'urgences qui peuvent imposer des gestes chirurgicaux : drainage d'abcès, traitement des occlusions et des péritonites^(5,6), la place de la laparoscopie dans la maladie de Crohn est faisable mais les résultats dépendent de l'expérience de l'opérateur^(7,8).

>>> Mots-clés :

Maladie de Crohn, complications, résection iléo-caecale, récurrence.

Conduite diagnostique

La symptomatologie de la maladie de Crohn (MC) n'est observée que lors des poussées. Elle se traduit par deux types de tableaux, soit par un tableau classique sous forme de douleurs, diarrhée chronique, altération de l'état général et anémie, soit par un tableau trompeur sous forme proctologique avec fistule ou forme simulant un tableau chirurgical^(9,10,11,12).

Elle peut être révélée par des complications graves nécessitant une prise en charge urgente telles que la sténose, l'abcès et la fistule du grêle (figure 1). La colite aiguë grave est également une complication connue de la maladie. Elle

Abstract

Crohn's disease is a chronic transmural inflammatory disease of the digestive tract, probably of multifactorial etiology. It affects young adults between the ages of 30 and 40. The most frequent localization is the distal ileum with pure ileal forms in 30 to 40 % of cases and ileo-colonic forms in 20 to 30 % of cases^(1,2). Crohn's disease results in abdominal pain and diarrhea which can persist for several weeks. Ileo-colonoscopy with biopsies is essential to confirm its diagnosis^(3,4). The treatment must always be medical apart from emergency situations which may require surgery: abscess drainage, treatment of occlusions and peritonitis^(5,6), the place of laparoscopy in Crohn's disease is feasible but the results depend on the operator's experience^(7,8).

>>> Keywords :

Crohn's disease, complications, ileocecal resection, recurrence.

provoque l'émission de selles sanglantes jusqu'à six fois par jour ainsi qu'une anémie et un amaigrissement. L'iléo-coloscopie avec biopsies en zones malades et en zones saines est primordiale pour confirmer le diagnostic de maladie de Crohn (figure 2). Elle permet d'évaluer l'intensité de la poussée ainsi que l'étendue des lésions.

Le scanner (tomodensitométrie), l'échographie ou une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) permettent de mieux visualiser l'intestin grêle et peuvent révéler une complication (abcès, perforation, sténose).



Figure 1 : Sténose de l'intestin grêle.

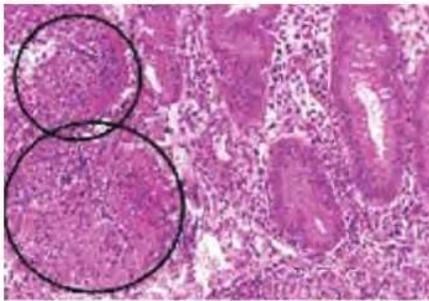


Figure 2 : Granulome épithélioïde.

Le plus souvent, la maladie de Crohn évolue par poussées plus ou moins rapprochées et plus ou moins intenses, entrecoupées de périodes de rémission durant lesquelles le malade est asymptomatique.

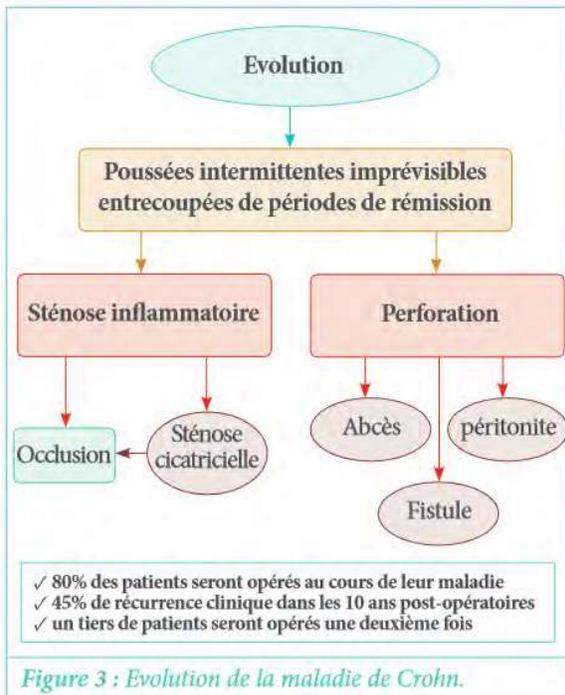


Figure 3 : Evolution de la maladie de Crohn.

Conduite thérapeutique

Le traitement doit toujours être médical en dehors des situations d'urgences. Il est réservé aux formes compliquées et en cas d'urgence.

A. Traitement médical

a. Objectifs : Le traitement médical vise à contrôler les poussées, prévenir les rechutes et maintenir une qualité de vie aussi proche que possible de la normale.

b. Les armes thérapeutiques : Plusieurs types de médicaments peuvent être prescrits dans la maladie de Crohn à savoir : les antibiotiques, les salicylés, la Salazopyrine® et ses dérivés, les corticoïdes par voie locale (lavement) ou générale, les immunosuppresseurs et les biothérapies ^(13, 14, 15, 8, 9, 10).

c. Les indications :

1. Poussée modérée :

- Régime sans résidus
- Salazopyrine® pour les formes coliques
- Pentasa® pour les formes iléales et iléocoliques droites

2. Poussée sévère :

- Corticoïdes : 1 mg/kg/j en I.V. + antibiothérapie
- Nutrition parentérale exclusive si atteinte sévère avec retentissement nutritionnel ou en cas de fistule

3. Formes compliquées : Chirurgie

B. Traitement chirurgical

a. L'objectif du traitement chirurgical consiste à faire disparaître les troubles.

b. Quand opérer :

- A froid
- En urgence

c. Principes de cette chirurgie :

- Voie d'abord : médiane ou mieux laparoscopie ;
- Limiter l'étendue de l'exérèse au maximum ;
- Exploration minutieuse de tout l'intestin.

1. A froid : La chirurgie à froid est indiquée en cas de :

- Colites réfractaires au traitement médical ;
- Lésions sténosantes symptomatiques ou lésions infranchissables en endoscopie ;
- Présence de dysplasie ou d'un cancer (indication formelle) ;
- Lésions rectales ou périnéales sévères après échec au traitement médical ;
- Fistules entéro-cutanées et entéro-vésicales invalidantes ;
- Fistules entéro-vésicales avec retentissement sur la fonction rénale.

2. En situation d'urgence :

- Maladie de Crohn connue compliquée : Les personnes atteintes de la Maladie de Crohn risquent de développer de nombreuses complications parmi lesquelles on peut citer : abcès, perforation, hémorragie, occlusion et colectasie ^(16,17,18,19).
- Les complications révélatrices de la Maladie de Crohn sont :

- Tableau d'occlusion fébrile ;
- Tableau d'abcès de la fosse iliaque droite ;

- Tableau d'appendicite aiguë ;
- Abscès profond ;
- Péritonite aiguë.

✓ *Les péritonites par perforation du grêle :*

Elles sont rares (1 à 2 % des cas). Le tableau clinique se résume à une irritation péritonéale souvent abâtardi par la corticothérapie. Le plus souvent, la perforation siège sur l'iléon terminal (figure 4) ; elle est associée souvent à une sténose.

Traitement

- L'exérèse doit être la plus économe possible (résection segmentaire de l'intestin malade) ;
- Double stomie d'aval et d'amont en canon de fusil en fosse iliaque droite ;
- Bilan d'extension de la maladie : transit du grêle et colonoscopie ;
- Le rétablissement de la continuité est réalisé à 2 ou 3 mois.



Figure 4 : Perforation grêlique.

✓ *Les abcès intra-abdominaux :* Ils peuvent être extra ou intra-abdominaux. Ils sont de survenue spontanée ou postopératoire. Ils s'accompagnent généralement de signes de suppuration profonde avec altération de l'état général. La fréquence des abcès intra-péritonéaux dont l'origine est grêlique, est à peu près similaire à celle des abcès à point de départ colique (figure 5).

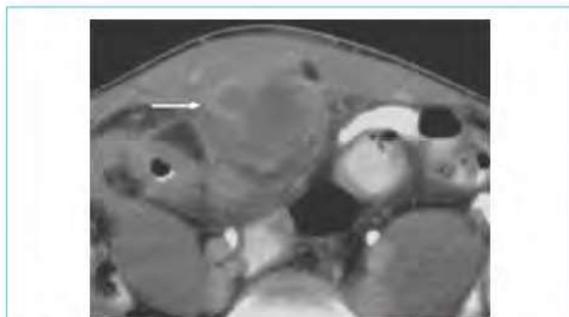


Figure 5 : Abscès intra-abdominal.

S'agissant du traitement, les abcès intra-abdominaux nécessitent un drainage de l'abcès, soit sous guidage échographique ou tomодensitométrique, soit par abord chirurgical direct. Secondairement, une résection chirurgicale est réalisée au mieux par laparoscopie, avec rétablissement immédiat de la continuité digestive.

✓ *Les occlusions intestinales :*

La sténose est la première complication de la MC (figure 6). L'occlusion réalise le stade ultime de la sténose, elle est fréquente, de survenue brutale ou progressive et peut parfois être inaugurale. Les occlusions intestinales sont observées le plus souvent dans les localisations grêliques de la maladie, le traitement est essentiellement chirurgical.



Figure 6 : Sténose grêlique.

✓ *Hémorragie intestinale grave :*

Elle est définie par la nécessité d'une transfusion de 4 à 5 culots par 24 heures ou par la survenue d'un collapsus. La prévalence est de 1 % des MC. Les lésions sont situées préférentiellement au niveau du grêle (66 % des cas). La difficulté se situe au niveau du siège de saignement, surtout dans les localisations du grêle qui peuvent être étagées. L'artériographie mésentérique localise et traite le saignement par injection de vasopressine. L'endoscopie per-opératoire est indispensable en l'absence de repérage pré-opératoire.

✓ *La colite aiguë grave :*

5 à 10 % des patients ayant une MC colique présenteront une colite aiguë grave. La définition de cette dernière est clinico-biologique selon les critères de Truelove et endoscopique : on retrouve des ulcérations creusantes, laissant voir la musculature et/ou un décollement muqueux. Le traitement consiste toujours à recourir au traitement médical et la chirurgie reste une composante essentielle dans la prise en charge. Le traitement chirurgical consiste en une colectomie subtotal avec iléostomie et sigmoïdostomie. S'agissant du suivi postopératoire, la plupart des auteurs utilisent des lavements de dérivés salicylés et/ou corticoïdes pour le moignon rectal. Le résultat est décevant en raison du retard de la prise en charge chirurgicale.

Conclusion

Les progrès des traitements médicaux permettent de retarder l'évolution de la maladie de Crohn. Le traitement des formes compliquées de la maladie de Crohn nécessite une concertation multidisciplinaire. La chirurgie doit être réservée aux complications ou aux formes résistantes aux traitements médicaux. Il faut être économe en termes de résection. La prévention des complications passe par un diagnostic précoce et un suivi rigoureux.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Date de soumission

05 avril 2022.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

Références

- Mazal J. Crohn disease : Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Radiol Technol. 2014; 85:297–316, quiz317-220.
- Thia KT, Sandborn WJ, Harmsen WS et al. Risks factors associated with progression to intestinal complications of Crohn's disease in a population-based cohort. Gastroenterology 139(4), 1147–1155 (2010).
- Sokol H, Seksik P, Rigottier-Gois L, Lay C, et al. Specificities of the fecal microbiota in inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis 2006; 12: 106–11.
- Abitbol V, Roux C, Chaussade S, et al. Metabolic bone assessment in patients with inflammatory bowel disease. Gastroenterology 1995; 417–22.
- Peyrin-Biroulet L, Loftus EV Jr, Colombel JF, Sandborn WJ. Long term complications extraintestinal manifestations and mortality in adult Crohn's disease in population based cohorts. Inflamm. Bowel Dis. 17, 471–478 (2010).
- Lewis JD. The utility of biomarkers in the diagnosis and therapy of

- inflammatory bowel disease. Gastroenterology 2011; 6:1817–2126[e2].
- Benitez J-M, Meuwis M-A, Reenaers C, VanKemseke C et al. Role of endoscopy, cross-sectional imaging and biomarkers in Crohn's disease monitoring. Gut 2013; 62:1806–16.
- Lightner AL, McKenna NB, Alsughayer A, Harmsen WS, Tapparra K, Parker ME, et al. Biologics and 30-day postoperative complications after abdominal operations for Crohn's disease: are there differences in the safety profiles? Dis Colon Rectum. 2019; 62(11): 1352–62.
- Ben-Horin S, Waterman M, Kopylov U, Yavzori M et al. Addition of an immunomodulator to infliximab therapy eliminates antidrug antibodies in serum and restores clinical response of patients with inflammatory bowel disease. Clin Gastroenterol Hepatol 2013; 11: 444–7.
- Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO, Lémann M, European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). Et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management. J Crohns Colitis 2010; 4:28–62.
- McDonald JWD, Tsoulis DJ, Macdonald JK, Feagan BG. Methotrexate for induction of remission in refractory Crohn's disease. Cochrane Database Syst Rev 2012; 12: CD003459.
- Feuerstein JD, Cheifetz AS. Crohn disease: Epidemiology, Diagnosis, and management. Mayo Clin Proc.2017; 92(7):1088–1103.
- Tsui JJ, Huynh HQ. Is top-down therapy a more effective alternative to conventional step-up therapy for Crohn's disease? Ann Gastroenterol. 2018; 31(4): 413–424.
- Alves A, Panis Y, Bouhnik Y, Pocard M, Vicaud E, Valleur P. Risk factors for intra-abdominal septic complications after a first ileocecal resection for Crohn's disease: a multivariate analysis in 161 consecutive patients. Dis Colon Rectum 2007; 50: 331–6.
- Colombel J-F, Schwartz DA, Sandborn WJ, Kamm MA, et al. Adalimumab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease. Gut 2009; 58: 940–8.
- Present DH. Review article: the efficacy of infliximab in Crohn's disease: healing of fistulae. Aliment Pharmacol Ther 1999; 13(S4): 23–8 [discussion 38].
- Cullen G, Vaughn B, Ahmed A, and Peppercorn MA et al. Abdominal phlegmons in Crohn's disease: outcomes following antitumor necrosis factor therapy. Inflamm Bowel Dis 2012; 18: 691–6.
- Sands BE, Anderson FH, Bernstein CN, Chey WY et al. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. N Engl J Med 2004; 350: 876–85.
- Gutiérrez A, Rivero M, Martín-Arranz MD, García Sánchez V, Castro M, Barrio J et al. Perioperative management and early complications after intestinal resection with ileocolonic anastomosis in Crohn's disease: Analysis from the Practicrohn study. Gastroenterolrep. 2019; 7(3): 168–75.

Prochain dossier

Ophthalmologie

Février
2024