

LA RECTOCOLITE

Considérations générales

- Elle présente 2 pics d'incidence:
le premier: 15-30 ans
le second: 60-80 ans
- Incidence annuelle: 5-12/100.000
- Prévalence : 50-150/100.000
- Plus répandue dans les pays occidentaux

Étiopathogénèse

- Agents externes
- Influences génétiques immunologiques
- Métabolites de l'acide arachidonique et facteurs d'activation des thrombocytes
- Tabagisme

- Inflammation diffuse limitée à la muqueuse
- Abscès dans les cryptes de Lieberkuhn
- Exfoliation de la muqueuse
- Congestion vasculaire
- Dans les formes fulminantes: l'épaississement de la paroi produit des dilatations ou des perforations
- Peut atteindre le rectum aussi

Tableau Clinique

A. Symptômes et signes

- rectorragie si diarrhée
- selles aqueuses mélangées de sang
- pus et mucus accompagnés de ténesmes
- Douleurs abdominales coliquatives

Examen objectif

- douleurs abdominales, distension colique
- douleurs anales, fissures , spasme sphinctérien – muqueuse rectale ferme
- sang, mucus et pus sur le gant

Laboratoire

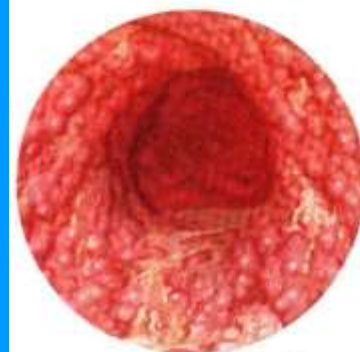
- Anémie
- Leucocytose
- VS accrue
- Examen des selles

Imagerie

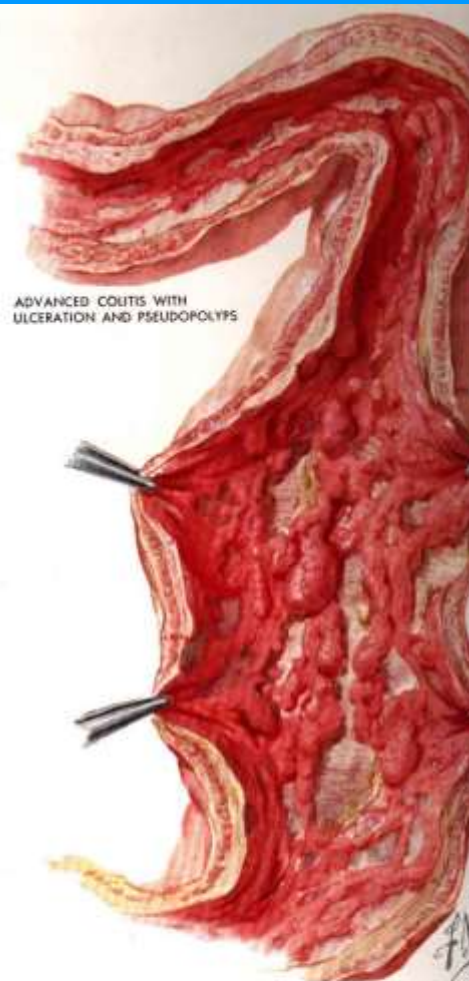
- Irrigographie
- Colonoscopie+ biopsie



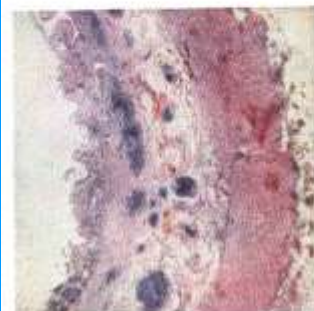
SIGMOIDOSCOPIC APPEARANCE
MODERATE COLITIS



SIGMOIDOSCOPIC APPEARANCE
SEVERE COLITIS



ADVANCED COLITIS WITH
ULCERATION AND PSEUDOPOLYPS



MICROPATHOLOGY

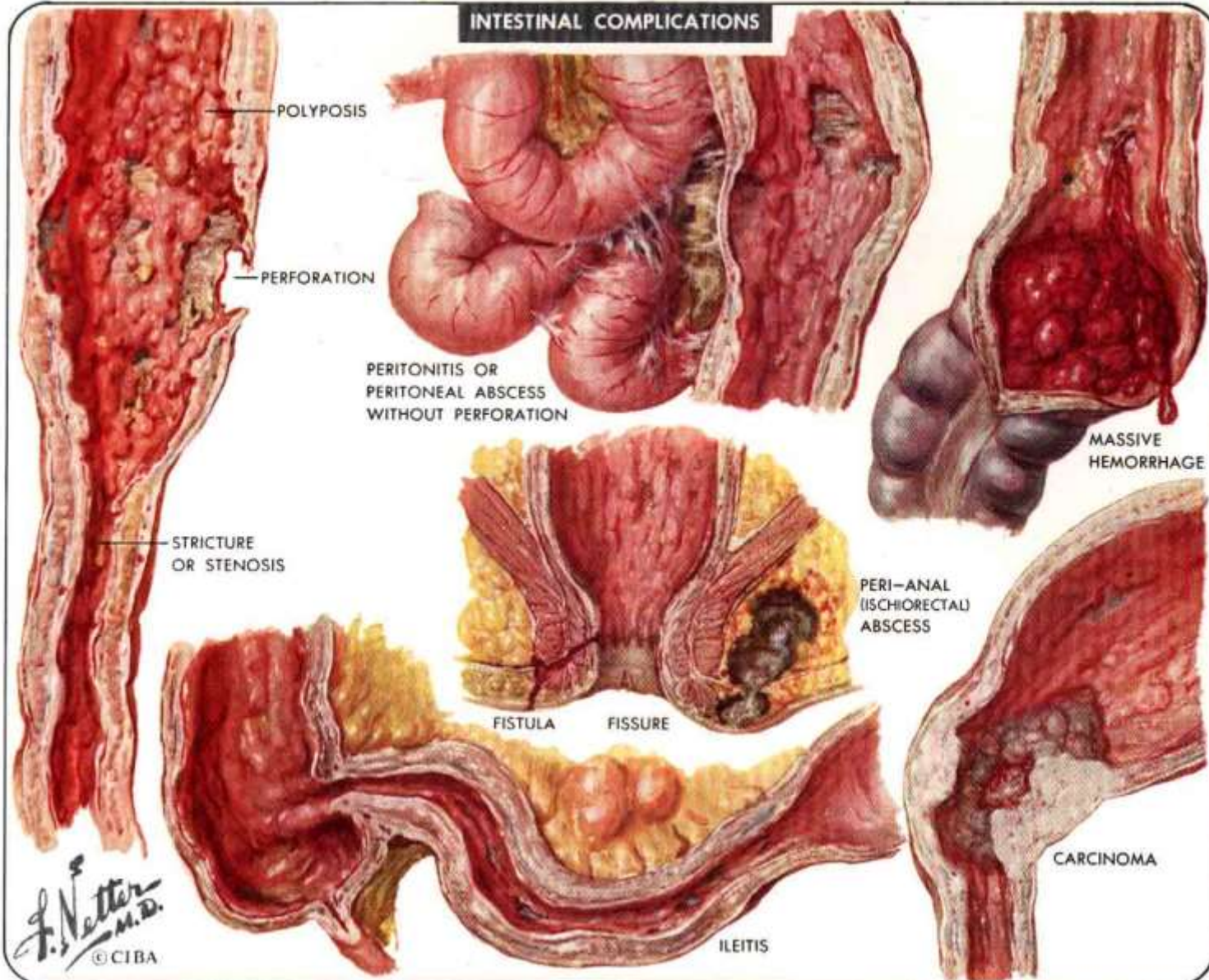


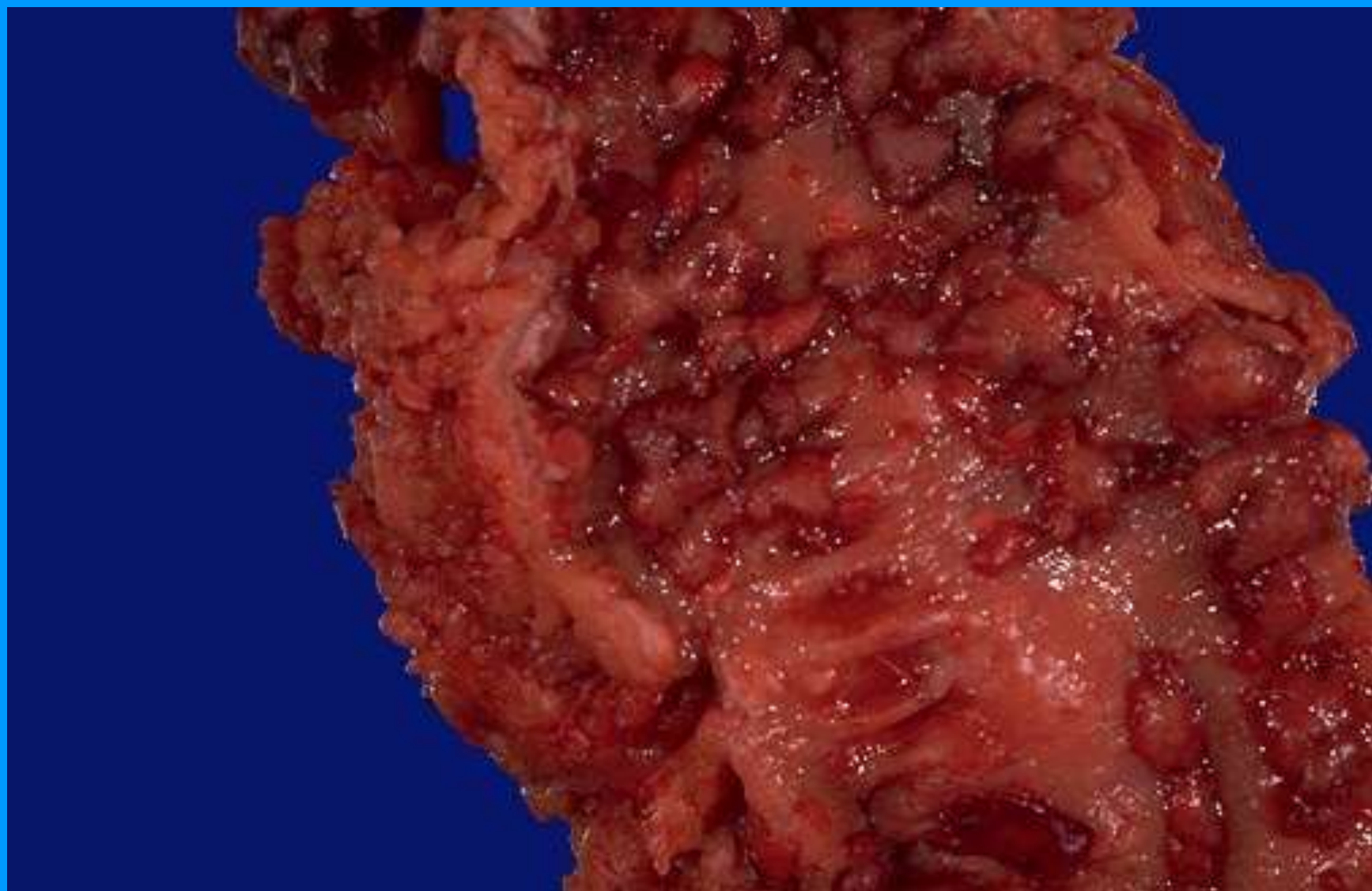
CONTRACTED BOWEL

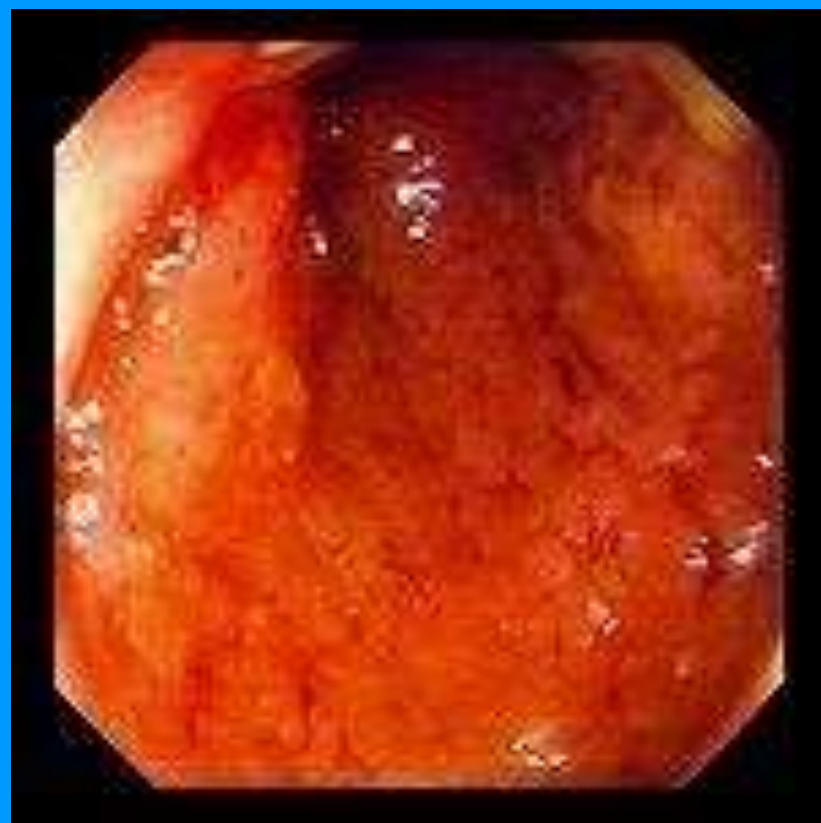


PSEUDOPOLYPO

INTESTINAL COMPLICATIONS









Essentiel pour le Diagnostic

- Diarrhée
- Crampes abdominales
- Fièvre, perte de poids , anémie
- Absence d'un agent pathogène fécal spécifique
- Endoscopie si radiographie

Diagnostic Différentiel

- Carcinome
- Diverticule
- Infections
- Colites provoquées par les antibiotiques

Complications

- *Ano-rectales* dans 15- 20% - fissures 12%
 - abcès 5%
 - fistule
 - *Perforations dans* 3-5% des cas
 - péritonites localisées ou généralisées
- Occlusions intestinales* 3-10%

- *Hémorragies massives*
- *Strictures dans 10% des cas*
- *Carcinomes*
 - à 10 ans 5% ,
 - à 20 ans 30-40%
- Une rectocolite ulcéro-hémorragique peut apparaître en association avec des manifestations *extra-côlon*

- Lésions de la peau et des muqueuses:
Erythème noueux, pyodermie, dermatites
- Artrites, spondylose anchilopoétique
- Lésions hépato-biliaires , pancréatiques
- Anémie
- Malnutrition
- Péricardite

Traitement

A. Conservatif

1. Attaque moyenne

- repos physique et alimentaire , diète
- sulfasalazine 2-8g/d
- hydrocortizone 100 mg dans 60 ml sérum

2. Attaque sévère

- hydrocortizone I.v. 100-300mg/d
- prednisolone 20- 80mg/d
- alternatif :ACTH I. v. 20-40 unités/8h

B. Chirurgical

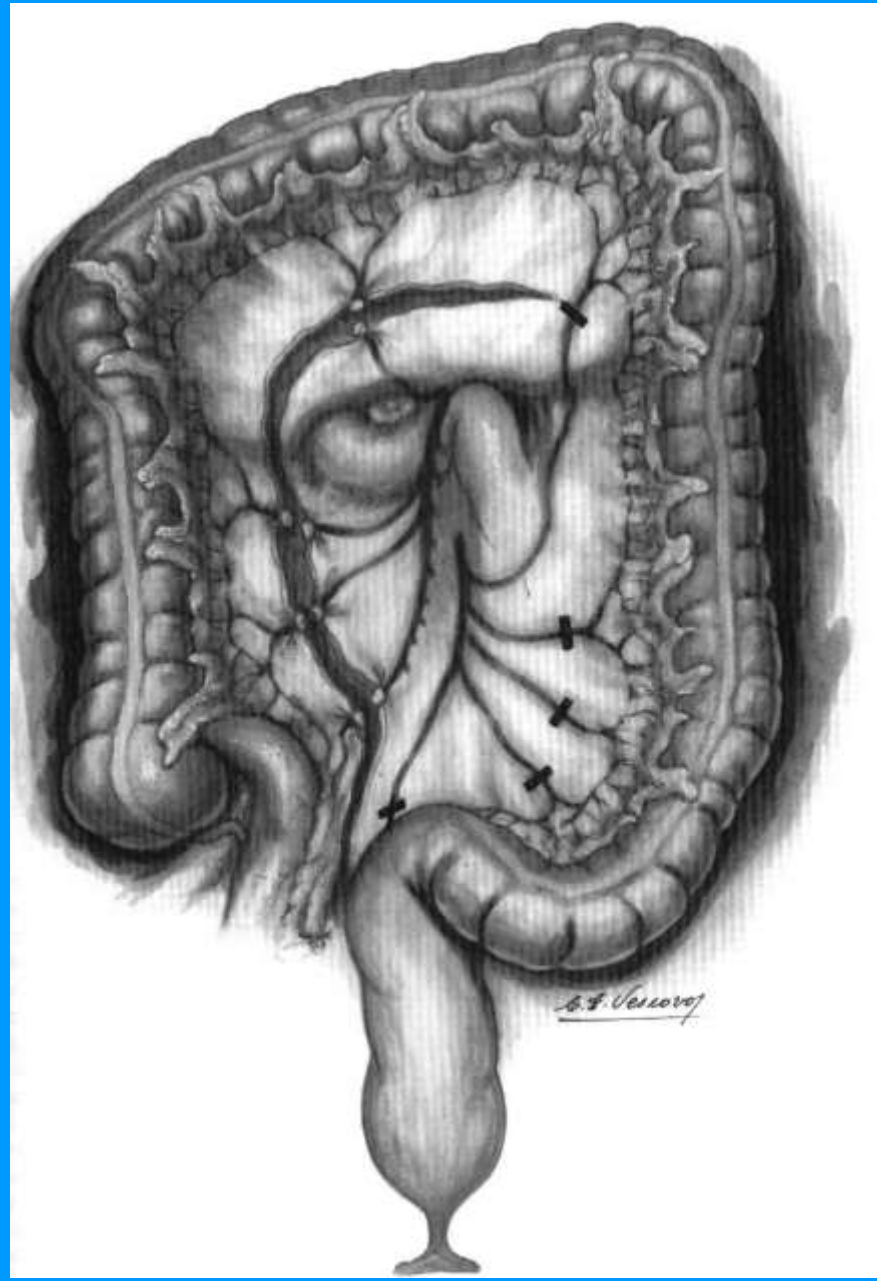
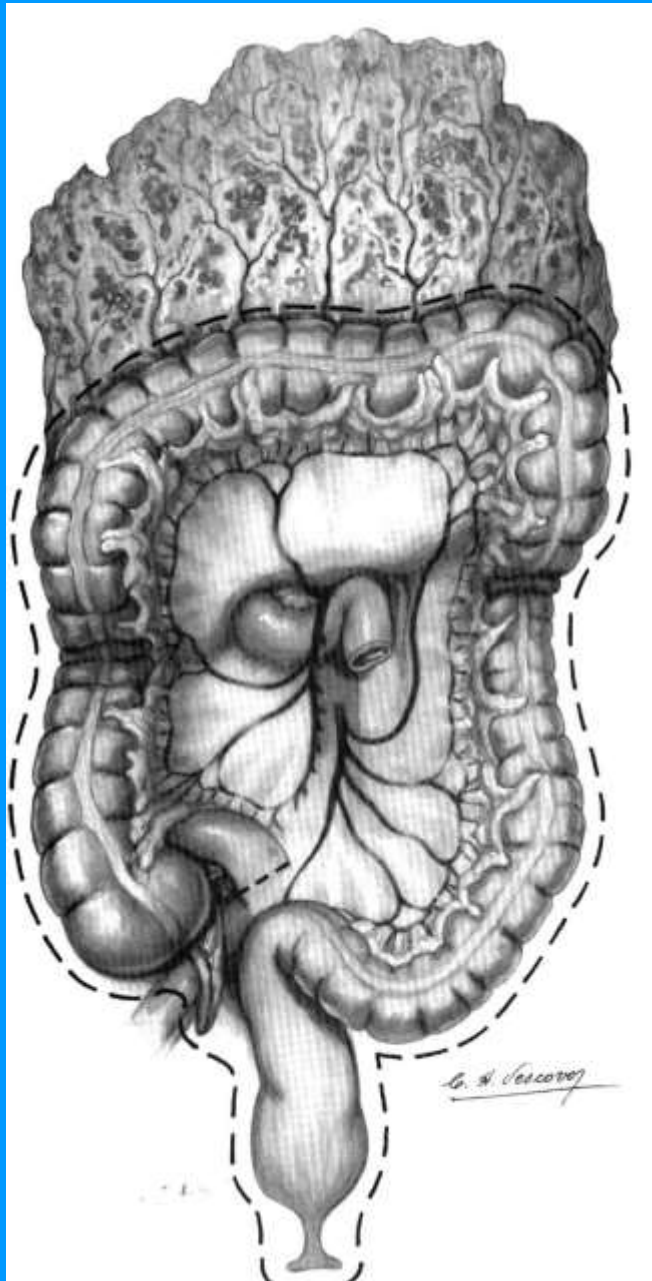
- colectomie totale avec anastomose iléo-anale

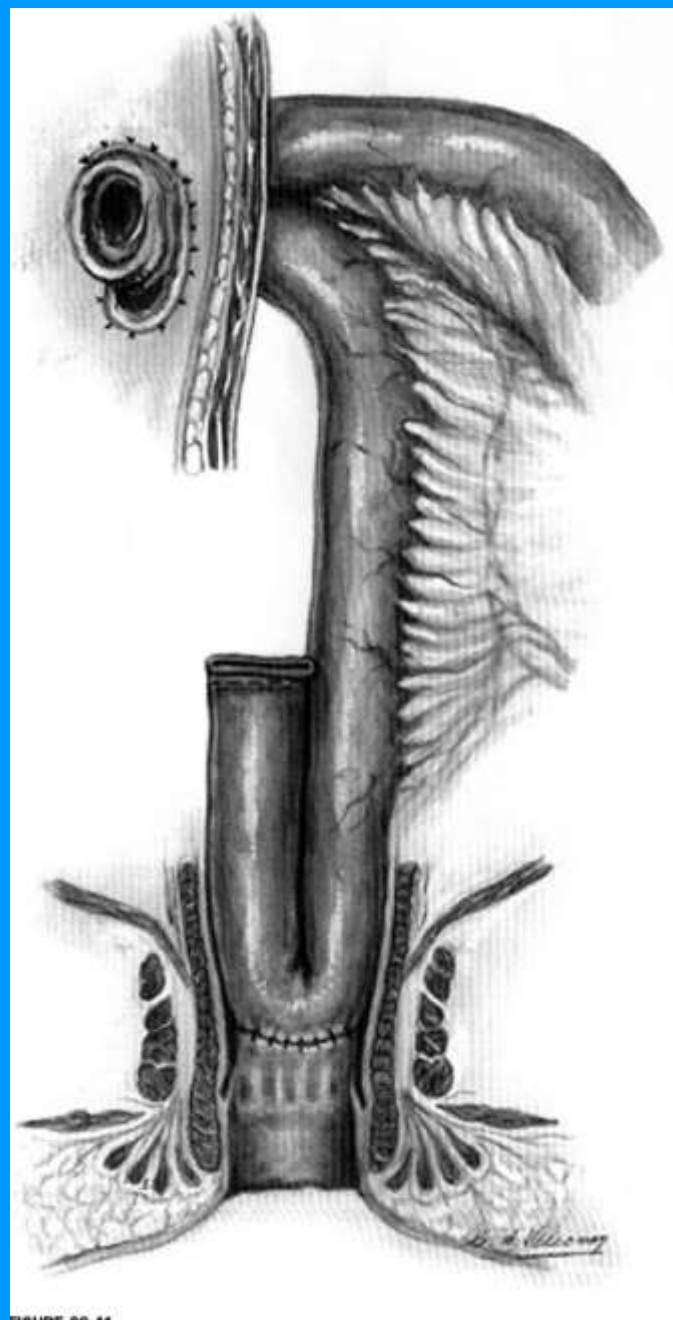
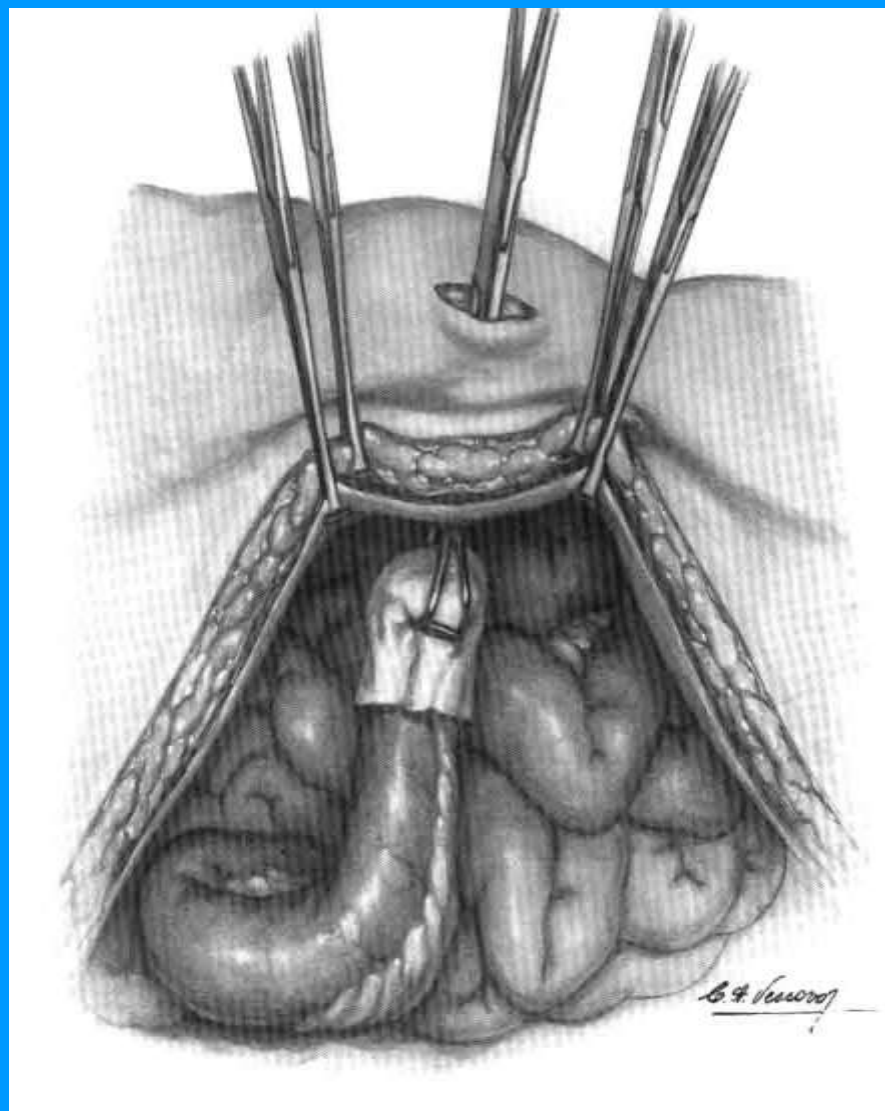
Pronostic

- colectomie d'urgence dans 25%,

Mortalité 6%

- 1% mortalité en première année
- pronostic mauvais en localisation gauche





MALADIE DE CROHN

Considérations générales

- 50% à localisation dans l'intestin grêle /le gros intestin
- 25% ont une localisation seulement colique
- 3% sont à localisation ano-rectale

Tableau Clinique

- Diarrhée
- Douleurs abdominales coliquatives **
- Rectorragies

Examen objectif

- signes ano- rectales – fistules anales ,
fissures , abcès –

Ulcère anal grand

- peau périanale violacée
- Ulcérations irrégulières parcellaires de la
muqueuse

Imagerie

- Radiologie
- Procto-sygmoidoscopie + Biopsie



Traitement

- Repos physique
- Diète

Médical

- Prednisone 0.25-0.75mg/d
- Sulfasalazine 1g/15kg/d

Chirurgical

- en cas d' obstruction, fistule, abcès
- Colectomie totale avec anastomose iléo-rectale

Pronostic

- grande récurrence à l'anastomose 50-75% à 15 ans
- mortalité 15% à plus de 30 ans