

**LES COMPLICATIONS DE LA MALADIE DE CROHN
CONDUITE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE EN URGENCE
COMPLICATIONS OF CROHN'S DISEASE
DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CONDUCT IN EMERGENCY**

A. Chetibi ,M. Ghazali ,S. Kadem ,R. Ghemit ,M. Saidani

Service de Chirurgie Générale et Oncologique, Centre Hospitalier Universitaire de Beni-Messous, Faculté de médecine d'Alger - ALGERIE

Résumé :

La maladie de Crohn (MC) 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 distale avec des formes grêliques pures dans 30 à 40% et des formes grêlo-coliques dans 20 à 30%, 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. 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, La place de la laparoscopie dans la maladie de Crohn est faisable mais les résultats dépendent de l'expérience de l'opérateur.

Mots clés : Maladie de Crohn, Complications, Résection iléo-caecale, Récidive

Abstract

Crohn's disease (CD) 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% and ileo-colonic forms in 20 to 30%. 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. The treatment must always be medical apart from emergency situations which may require surgery: abscess drainage, treatment of occlusions and peritonitis, the place of laparoscopy in Crohn's disease is feasible but the results depend on the operator's experience.

Keywords: Crohn's disease, Complications, Ileocecal resection, Recurrence.

**I. CONDUITE
DIAGNOSTIC :**

La symptomatologie de la maladie de Crohn n'est observée que lors des poussées. Elle se traduit par deux types de tableau, 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. Elle peut être révélée par des complications graves nécessitant une prise en charge urgente tel que la sténose, l'abcès et la Fistule du grêle (**Fig 1**). La colite aiguë grave est également une complication connue de la maladie. Elle provoque l'émission de selles sanglantes jusqu'à six fois par jour ainsi qu'une anémie et un amaigrissement.



Fig1 : sténose de l'intestin grêle

Le plus souvent, la maladie de Crohn évolue par poussées plus ou moins rapprochées et plus ou moins intenses,

L'iléo-coloscopie avec biopsies en zones malades et en zones saines est primordiale pour confirmer le diagnostic de maladie de Crohn (**Fig 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).

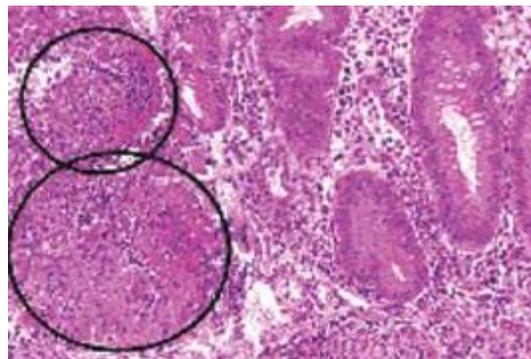
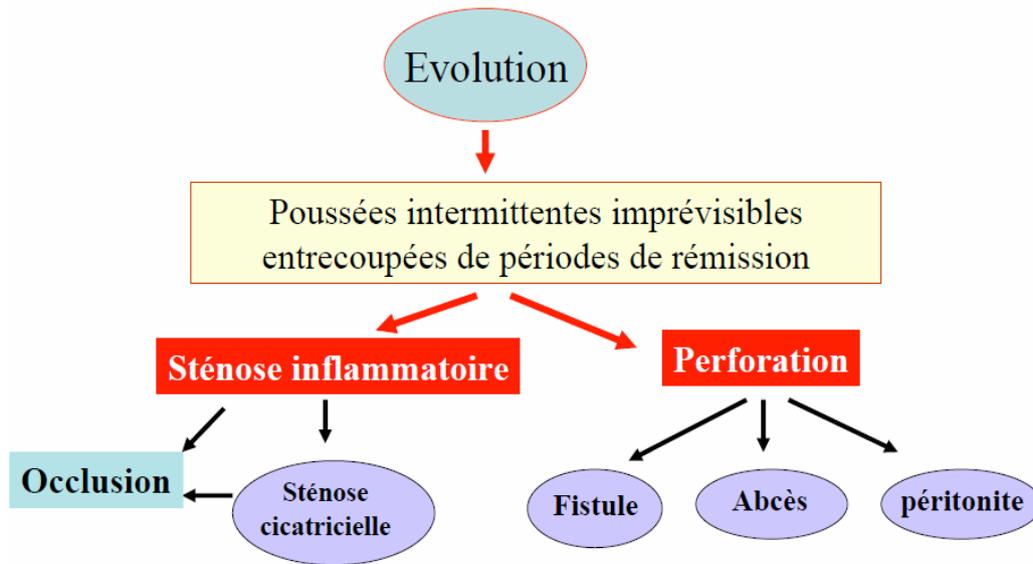


Fig2 : Granulome épithélioïde

entrecoupées de périodes de rémission durant lesquelles le malade est asymptomatique.



- ✓ 80% des patients seront opérés au cours de leur maladie
- ✓ 45 % de récurrence clinique dans les 10 ans post-opératoires
- ✓ un tiers de patients seront opérés une deuxième fois

II. CONDUITE THERAPEUTIQUE :

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 MEDICAL :

1. Objectifs :

- Contrôle des poussées et la prévention des rechutes.
- Maintenir une qualité de vie aussi proche que possible de la normale.

2. Les armes thérapeutiques :

- Les antibiotiques.
- Les salicylés.
- La Salazopyrine® et ses dérivés.

- Les Corticoïdes par voie locale (lavement) ou générale.
- Les immunosuppresseurs.
- Les biothérapies.

3. Les indications :

▪ Poussée modérée :

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

▪ 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.

- **Formes compliquées : Chirurgie**

B. TRAITEMENT CHIRURGICAL :

- Objectif :**
 - Faire disparaître les troubles.
- Quand opérer :**
 - A froid
 - En urgence
- 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 :

- Colites réfractaires au traitement médical.
- Les lésions sténosantes symptomatiques ou des lésions infranchissables en endoscopie.
- La présence de dysplasie ou d'un cancer : indication formelle
- Les lésions rectales ou périnéales sévères après échec au traitement médical.
- Les fistules entéro-cutanées et entéro-vésicales invalidantes.
- Les fistules entéro-vésicales avec retentissement sur la fonction rénale
- .

2) EN SITUATION D'URGENCE :

a. Maladie de Crohn connue compliquée :

- Abscess.
- Perforation.
- Hémorragie.
- Occlusion.
- Colectasie.

b. Complication révélatrice de la maladie de crohn :

- Tableau d'occlusion fébrile.
- Tableau d'abcès de la fosse iliaque droite.
- Tableau d'appendicite aigue.
- Abscess profond.
- Péritonite aigue.

➤ Les péritonites par perforation du grêle :

- Elle est rare : 1 à 2% des cas
- Tableau clinique d'irritation péritonéale souvent abâtardi par la corticothérapie.
- Le plus souvent la perforation siège sur l'iléon terminal ; souvent associée 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 03

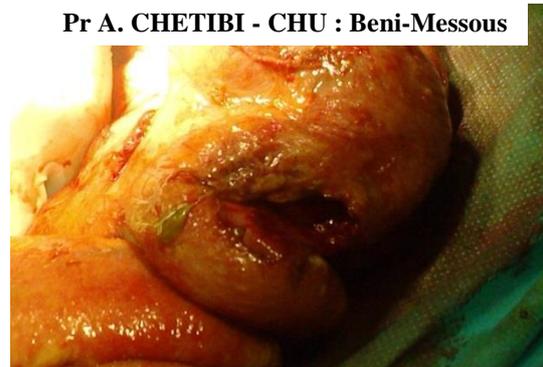


figure 04

➤ **Les abcès intra-abdominaux :**

- Ils peuvent être extra ou intra - abdominaux.
- 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.

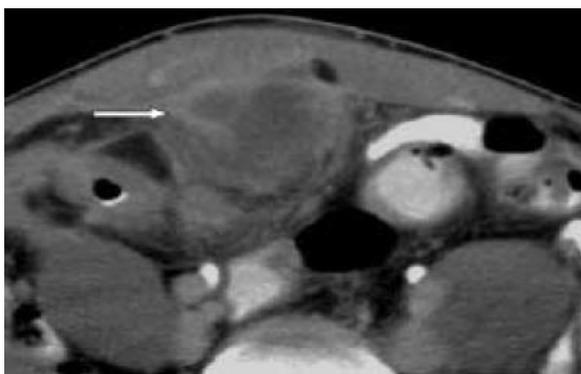


Figure 05



figure 06

- Soit sous guidage échographique ou tomodynamométrique.
- Soit par abord chirurgical direct.
- Secondairement :
 - Résection chirurgicale au mieux par laparoscopie, avec rétablissement immédiat de la continuité digestive.
- **Les occlusions intestinales :**
 - La sténose est la première complication de la MC.
 - L'occlusion réalise le stade ultime de la sténose, elle est fréquente, de survenue brutale ou progressive, et peut parfois être inaugurale.
 - Observées le plus souvent dans les localisations grêliques de la maladie, elles ne doivent pas omettre d'évoquer une occlusion sur brides chez ces patients déjà multi-opérés.
 - Le traitement est essentiellement chirurgical
- **Hémorragie intestinale grave**
 - Définie par la nécessité d'une transfusion de 4 à 5 culots par 24 heures ou par la survenue d'un collapsus.
 - La prévalence : 1% des MC.
- Les lésions sont situées préférentiellement au niveau du grêle (66% des cas).
- La difficulté : siège de saignement ; surtout dans les localisations de la grêle qui peuvent être étagées.
- L'artériographie mésentérique : localise et traite le saignement par injection de vasopressine.
- L'endoscopie per opératoire : indispensable en l'absence de repérage pré opératoire.
- **La colite aigue grave :**
 - 5 à 10% des patients ayant une MC colique présenteront une colite aigue grave.
 - Définition :Clinico-biologique (critères de Truelove)
 - Endoscopique : ulcérations creusantes, laissant voir la musculature, et ou décollement muqueux



Figure 07

- Traitement :
 - Essayer toujours le traitement médical mais ne jamais laisser passer le temps de la chirurgie.
 - Traitement chirurgical : colectomie subtotale avec iléostomie et sigmoïdostomie.
 - Suivi postopératoire : la plupart des auteurs lave le moignon rectal avec des lavements de dérivés salicylés et ou corticoïdes.
 - Résultat : décevant en raison du retard de la prise en charge chirurgicale.

III. 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.

IV. Bibliographie :

1. Mazal J. Crohn disease: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Radiol Technol.* 2014; 85:297–316, quiz 317-220.
2. 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).
3. 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.
4. Abitbol V, Roux C, Chaussade S, et al. Metabolic bone assessment in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1995; 417–22.
5. Peyrin-Biroulet L, Loftus EV Jr, Colombel JF, Sandborn WJ. Long term complications extra intestinal manifestations and mortality in adult Crohn's disease in population based cohorts. *Inflamm. Bowel Dis.* 17, 471–478 (2010).
6. Lewis JD. The utility of biomarkers in the diagnosis and therapy of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2011; 6:1817–

- 2126 [e2].
- 2017; 92(7):1088–1103.
7. Benitez J-M, Meuwis M-A, Reenaers C, Van Kemseke C et al. Role of endoscopy, cross-sectional imaging and biomarkers in Crohn's disease monitoring. *Gut* 2013; 62:1806–16.
 8. Lightner AL, McKenna NP, Alsughayer A, Harmsen WS, Taparra 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.
 9. 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.
 10. Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO, Lémann M, European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). Et al. The second European evidencebased Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management. *J Crohns Colitis* 2010; 4:28–62.
 11. 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.
 12. Feuerstein JD, Cheifetz AS. Crohn disease: Epidemiology, Diagnosis, and management. *Mayo Clin Proc*. 2017; 92(7):1088–1103.
 13. 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.
 14. Alves A, Panis Y, Bouhnik Y, Pocard M, Vicaut 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
 15. 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.
 16. 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].
 17. 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.
 18. Sands B E, Anderson FH, Bernstein CN, Chey WY et al. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. *N Engl J Med* 2004; 350:876–85.
 19. 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 Practi crohn study. *Gastroenterol rep*. 2019; 7(3): 168–75.