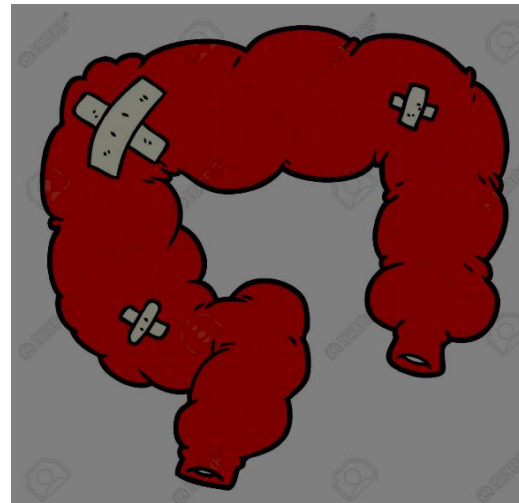




# Congrès SARMUR Urgences Abdominales

## Colite – Un Cas Clinique



# Cas clinique

- Mme B, 52 ans, pas de voyage récent ou d'antibiothérapie
- Douleurs abdominales, diarrhées non sanglantes depuis 48H
- Atcds :
  - -arthrite non étiquetée sous immunosuppresseurs
  - troubles fonctionnels intestinaux anciens
  - hystérectomie
  - thyroïdite
  - tabagisme actif
- TTT : méthotrexate
- **Examen** : Hypotendue, abdomen distendu mais souple
- **Biologie** : GB 14G/L CRP 40mg/L, créat 200 $\mu$ mol/L, lactate 3mmol/L

## Cas clinique

- .Quels diagnostics évoquez vous ?
- .A – colite infectieuse sur pathogène des TIAC
- .B – colite à clostridium difficile
- .C – hyperthyroïdie sévère
- .D – colite ischémique
- .E – colite à CMV
- .F – colite aigue grave sur RCH

## Cas clinique

- Quels diagnostics évoquez vous ?
- A – colite infectieuse sur pathogène des TIAC
- B – colite à clostridium difficile
- C – hyperthyroïdie
- D – colite ischémique
- E – colite à CMV
- F – colite aigue grave sur RCH

## Cas clinique

- .Quels examen pratiquez vous en urgence ?
- .A – coloscopie complète
- .B – ASP
- .C – Scanner abdomino pelvien non injecté
- .D – Scanner abdomino pelvien injecté
- .E – Sérologie yersiniose
- .F - Coprocultures

## Cas clinique

- Quels examen pratiquez vous en urgence ?
- A – coloscopie complète
- B – ASP
- C – Scanner abdomino pelvien non injecté
- D – Scanner abdomino pelvien injecté
- E – Sérologie yersiniose
- F - Coprocultures

# Cas clinique

## .Scanner :

-iléus, rectocolite gauche

-vaisseaux perméables pas d'argument pour une cause ischémique



## Cas Clinique

• Instabilité hémodynamique malgré remplissage

→ mise sous noradrénaline

→ pas d'indication chirurgicale retenue

→ transfert en réanimation



## Cas clinique

.Quels traitements à visée spécifique débutez vous ?

- .A – C3G + Fidaxomicine
- .B – C3G + Métronidazole
- .C – Pipéracilline/Tazobactam
- .D - Azithromycine
- .E - Solupred

## Cas clinique

.Quels traitements à visée spécifique débutez vous ?

.A – fidaxomicine + C3G

.B – C3G + flagyl

.C – Tazocilline

.D - Azithromycine

.E - Solupred

# Cas clinique

- Amélioration hémodynamique initiale

- Coprocultures négatives

- Rectoscopie : muqueuse érythémateuse, quelques plages nécrotiques du bas rectum

- J3 :

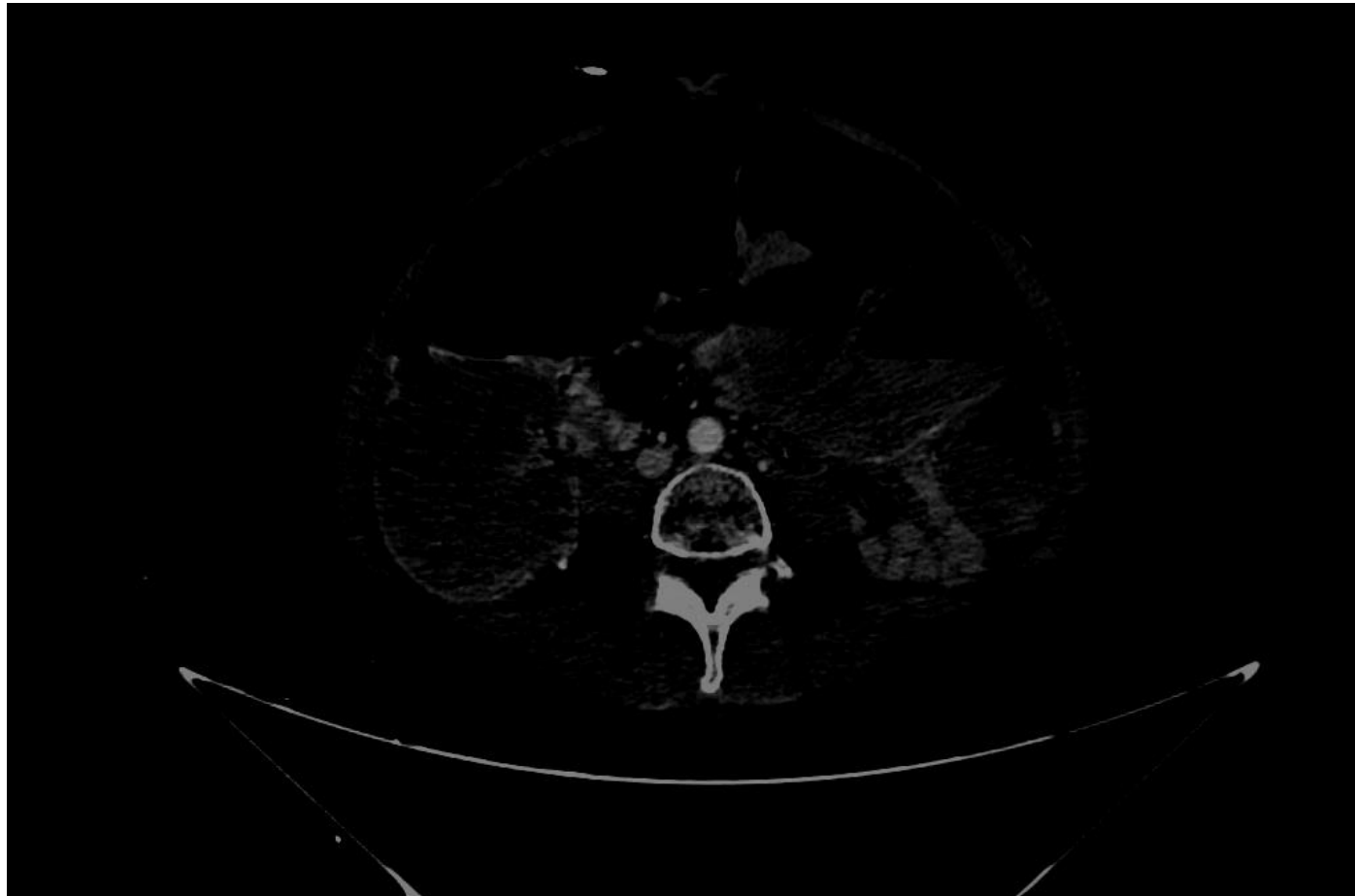
- -rectorragies avec majoration noradrénaline malgré transfusion, distension colique majeure

- -Biologie : Hb 7g/dL VS 10g/dL, hausse GB 23G/L, TP 44% Pqt 110 G/L

# Cas clinique

.Scanner :

.distension colique avec colon transverse à 70mm  
pas de perforation ou de pneumatose pariétale, ascite  
saignement actif dans le colon droit



## Cas clinique

- .Quelle est votre prise en charge ?
- .A – nouvelle endoscopie complète pour hémostase
- .B – appel du radiologue embolisateur pour embolisation
- .C – chirurgie en urgence pour colectomie
- .D – traitement médical seul : optimisation hémostase et majoration antibiothérapie

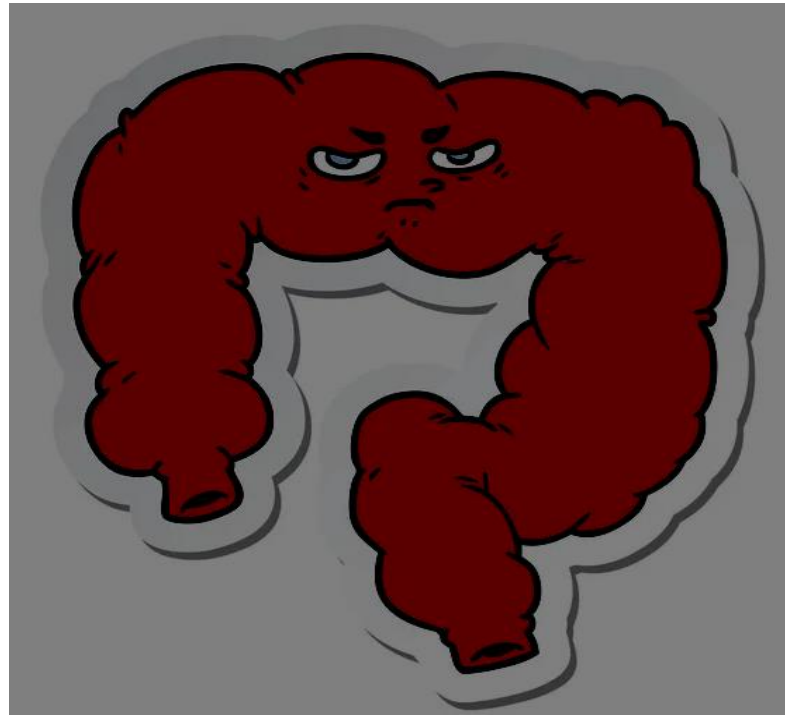
## Cas clinique

- Quelle est votre prise en charge ?
- A – nouvelle endoscopie complète pour hémostase
- B – appel du radiologue pour embolisation
- C – chirurgie en urgence pour colectomie
- D – traitement médical seul : optimisation hémostase et majoration antibiothérapie

## Cas clinique

- Bonne évolution après colectomie subtotale avec RAD début mars au domicile.
- Prélèvements péritonéaux positifs à *Candida tropicalis* et *Enterococcus faecalis*
- Pas de cause franche sur l'ensemble des biopsies, prélèvements infectieux et anatomopathologie de la pièce opératoire

# Colites



**Principales causes et prise en charge**



# *Symptômes*

## **.Clinique :**

- douleurs, diarrhées
- rectorragies
- fièvre

## **.Diagnostic :**

- clinique si forme peu sévère
- scanner mais mauvais pour la gravité/étiologie
- rectoscopie dans les formes graves/prolongées si atteinte distale

# Gravité

.Déshydratation avec troubles ioniques

## **.Scanner :**

- .- défaut de réhaussement, pneumatose pariétale,
- .- aéroportie, ascite

## **.Prise en charge chirurgicale :**

- .- perforation
- .- choc hémorragique
- .- mégacolon toxique = diamètre du colon transverse > 6cm

# Colite infectieuse chez l'immunocompétent

✓ **Campylobacter** → 1ère cause

Résistant aux C3G, souvent aux FQ

→ Azithromycine 3J OU Amox + Acide Clavulanique dans les cas graves

✓ **Autres germes :**

Salmonelle, Yersinia (iléal), Shigelle, E coli toxinogène

→ sensibilité aux C3G

**.Diagnostic :**

.-coprocultures (+ dans 50%), sensibilité améliorée par PCR sur selle ou écouvillon rectal

.-sérologie positive 4 semaines après l'épisode

# Colite infectieuse et voyage en zone tropicale

I

✓ **Amibes** = *enterolyca histolytica*

→ coproculture + dosage immuno enzymatique dans les selles

✓ **Paludisme**

✓ **Leptospirose** → diarrhées hémorragiques

✓ **Tuberculose** → svt tableau de colite droite mimant une MICI

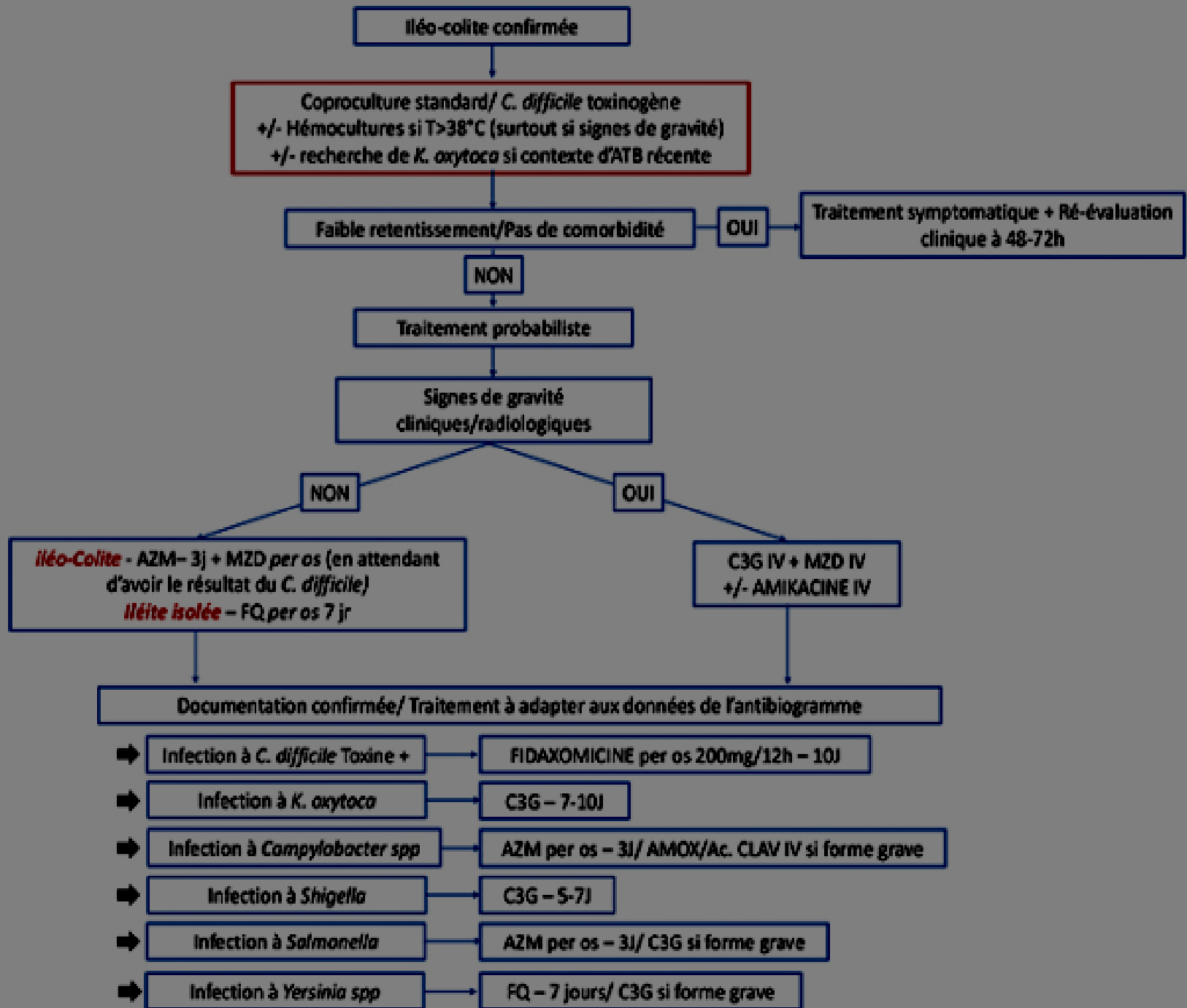
# Colite infectieuse

## **.Formes non graves :**

- .- atteinte iléale = Fluoroquinolones
- .- atteinte iléo colique ou colique = Azithromycine + Flagyl

## **.Formes graves :**

- .C3G + flagyl



# Colite infectieuse liée aux antibiotiques

**.A considérer si prise d'ATB dans le mois**

**.Germes Incriminés**

✓ **bactéries pathogènes TIAC**

✓ **klebsiella oxytoca** : diarrhée hémorragique

→ stop ATB , si mauvaise évolution C3G 7 jours

✓ **clostridium difficile**

- 30% des cas hors fdr ou hors atb

- seule la souche toxigène est pathologique

→ fidaxomicine OU vancomycine

# Clostridium difficile

## .Terrain

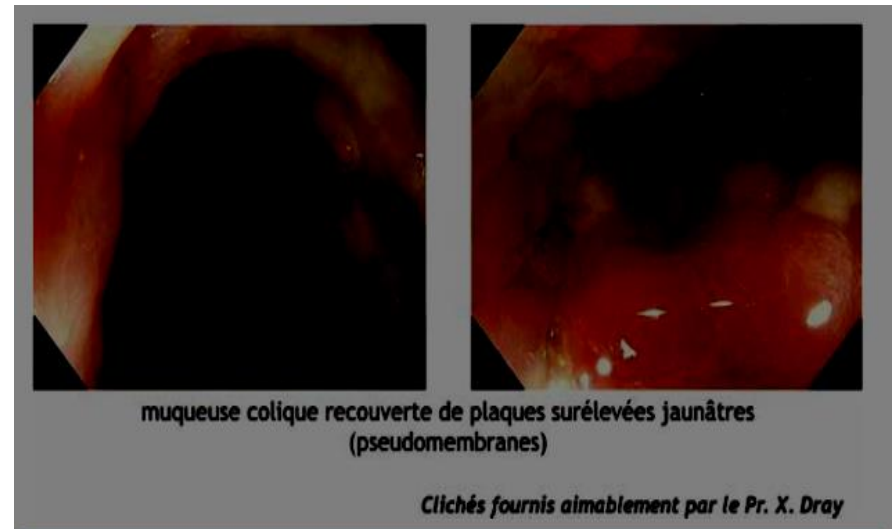
- ATB < 1 mois, traitement modifiant le microbiote
- > 65 ans, nosocomial, comorbités, MICI

## .Diagnostic :

- 1 - présence de la bactérie (GDH ou culture)
  - 2 - Elisa pour les toxines
- si résultats discordants = PCR

## .Rectoscopie :

- .Sans colite : recto normale
- .Avec colite :pseudo membrane





# Clostridium difficile

## .Traitement

- √Suspicion dg : Metronidazole jusqu'au Dg +
- Fidaxomicine per os 10 jours si fdr récidive
- Absence de fdr de récidive : Vancomycine per os ou Fidaxomicine
- Formes graves : ajout Tigécycline voire chirurgie
- Récidive :
  - switch avec ajout de Bezlotoxumab si vancomycine
  - plusieurs récidives : transplantation fécale
- √Réponse clinique pas de coproculture de contrôle

# Colite infectieuse chez l'immunodéprimé

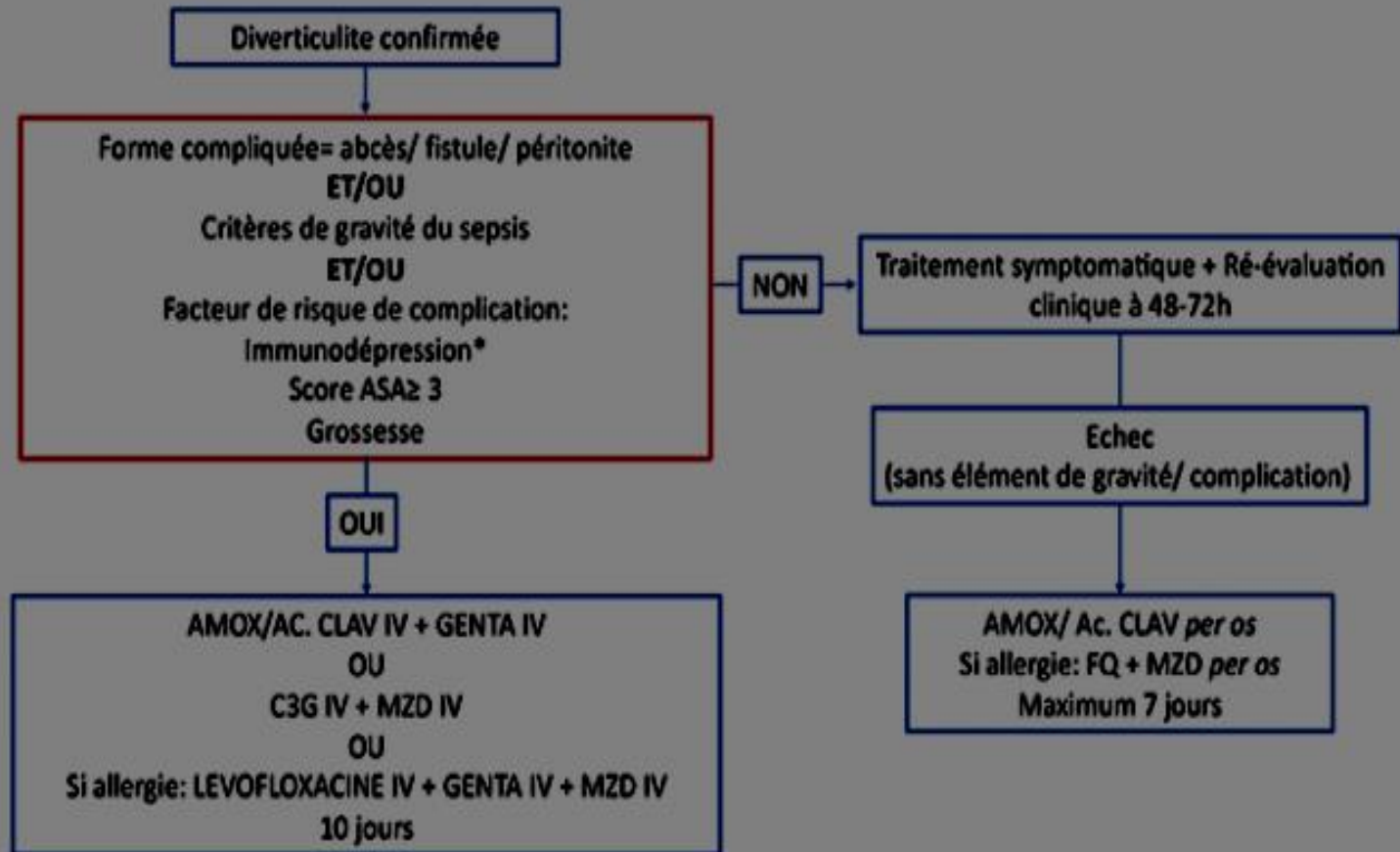
## ✓ **Cytomégalovirus :**

- PCR sanguine
- PCR sur les biopsies
- inclusion à CMV sur les biopsies

## ✓ **Crypto ou microsporidies**

## ✓ **Tableau chronicisé de germes banaux**

# Colite diverticulaire



- immunodépression congénitale ou acquise définie par :
  - la prise d'immunosuppresseur/immunomodulateur
  - une corticothérapie systémique
  - un cancer évolutif
  - une insuffisance rénale terminale

Figure 2 : Algorithme décisionnel pour l'indication et le choix de l'antibiothérapie dans la diverticulite aiguë

# Colite ischémique

**.20% de formes graves → Formes gangréneuses**

**.Clinique** : douleurs, diarrhées, rectorragies

**.Fdr:**

- terrain vasculaire
- chirurgie aorte

**.Biologie :**

- .-hyperleucocytose
- .-LDH, CPK en hausse
- .-hyponatrémie, insuffisance rénale, pH perturbé
- .-lactates peuvent être normaux !

# Colite ischémique

## .Diagnostic :

- Angioscanner avec temps artériel notamment pour l'étiologie
- Endoscopie dans les 24h :  
lésion non spécifiques, souvent avec une limite nette.

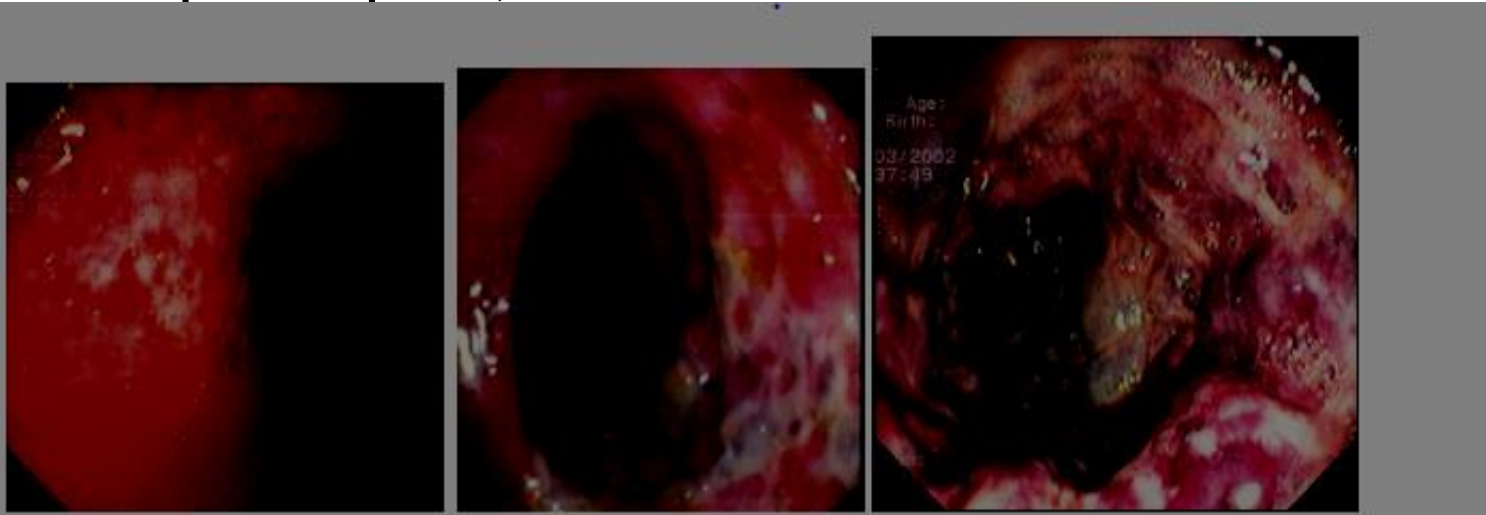


Figure 1 : Trois stades endoscopiques de colite ischémique. A. Stade 1 : œdème et érythème de la muqueuse ;B. Stade 2 : ulcérations non nécrotiques, reposant sur une muqueuse œdématisée ;C. Stade 3 : nécrose extensive avec aspect gris-noir du côlon

# Colite ischémique

## .Prise en charge

→ mégacolon toxique, choc hémorragique ou hypovolémique

→→ **chirurgie**

→ lésion endoscopique grade III

→OU

→ lésion endoscopique grade II

+

défaillance d'organe ou scanner menaçant

→→ **chirurgie**

→ traitement étiologique vasculaire

# Colite aiguë grave dans les MICI

## .Terrain :

- .-MICI connue : RCH ou Crohn
- .-chronicité des symptômes digestifs

## .Définition :

.> 6 selles sanglantes par jour

.+

.fièvre / tachycardie

.OU

. Hb<10g/dL/CRP>30mg/L/albumine<35g/L

# Colite aigue grave MICI

## .Prise en charge

- ✓scanner injecté pour éliminer complications
- ✓coproculture dont clostridium ET germes des TIAC  
CMV si patient sous traitement
- ✓rectoscopie dans les 24H sauf colectasie
- ✓si coproculture négatives
  - corticothérapie IV 0,8mg/kg/J
  - J3-J5 non efficace : antiTNF ou ciclosporine  
ou colectomie



**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**

