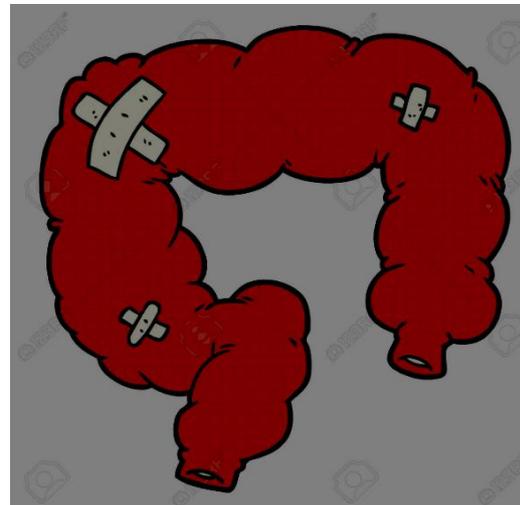




Congrès SARMUR Urgences Abdominales

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 μ 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 plaques nécrotiques du bas rectum

- J3 :

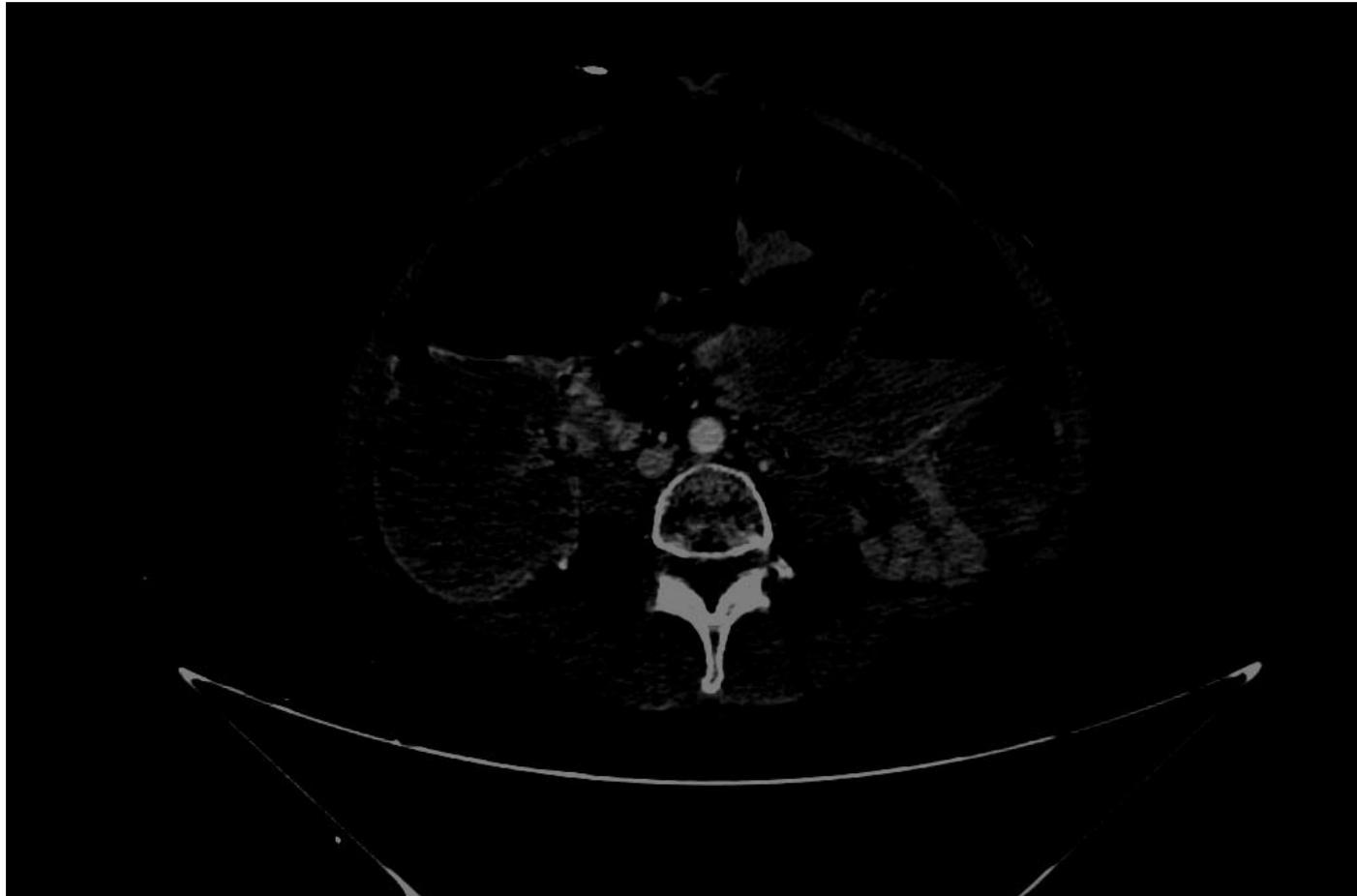
- -rectorragies avec majoration noradrénaline malgré transfusion, distension colique majeure

- -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

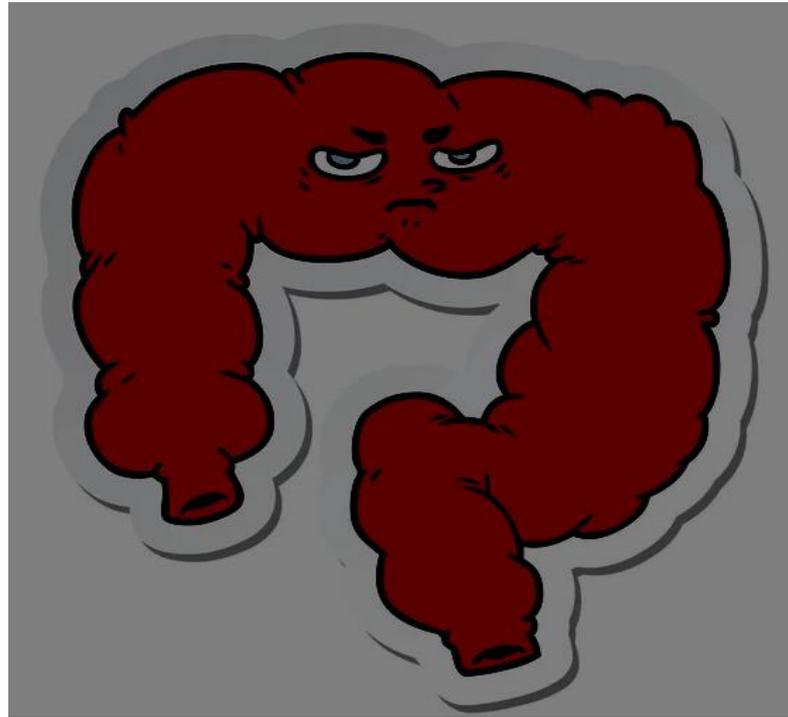
Cas clinique

- 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

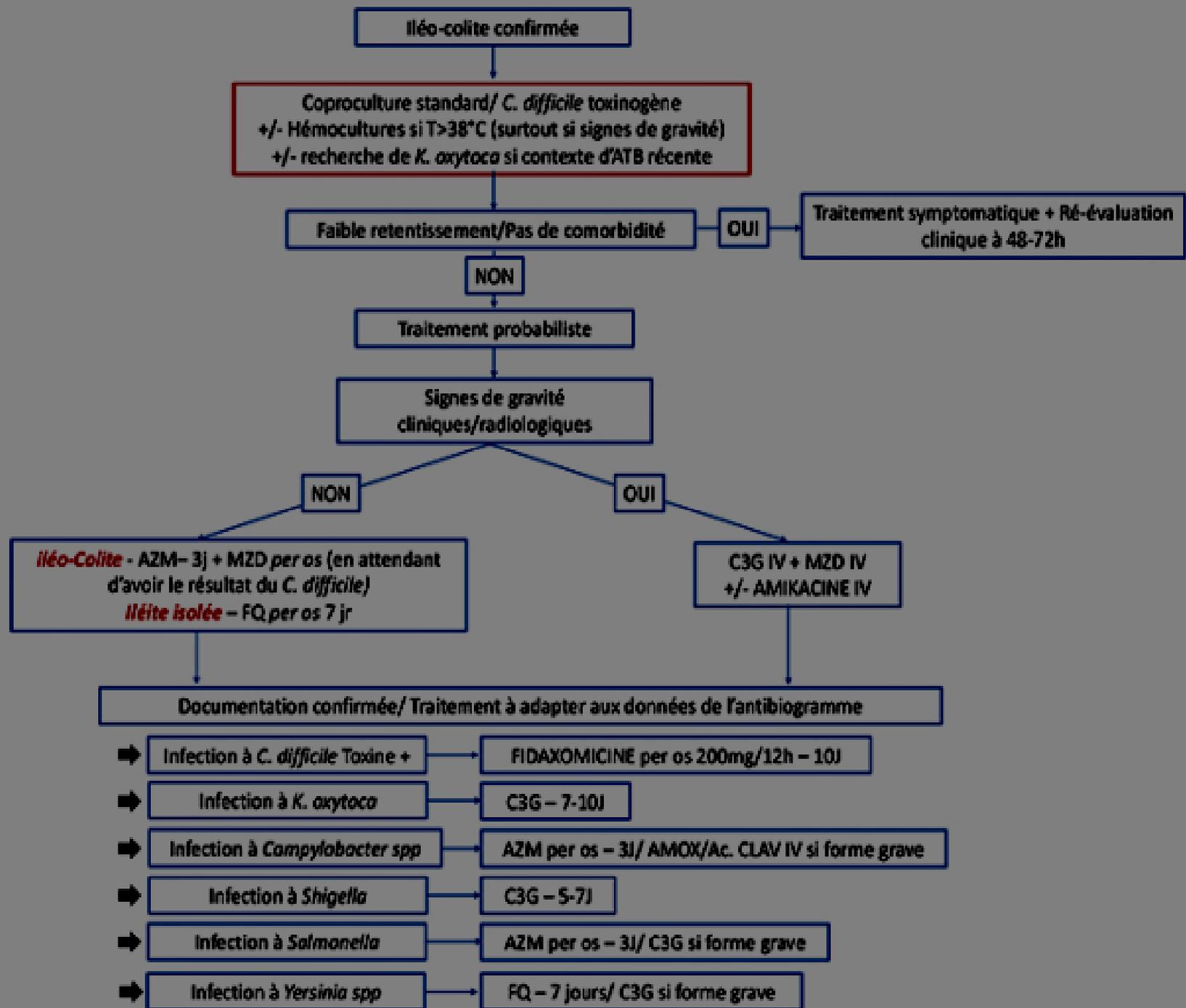
Colite infectieuse

.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

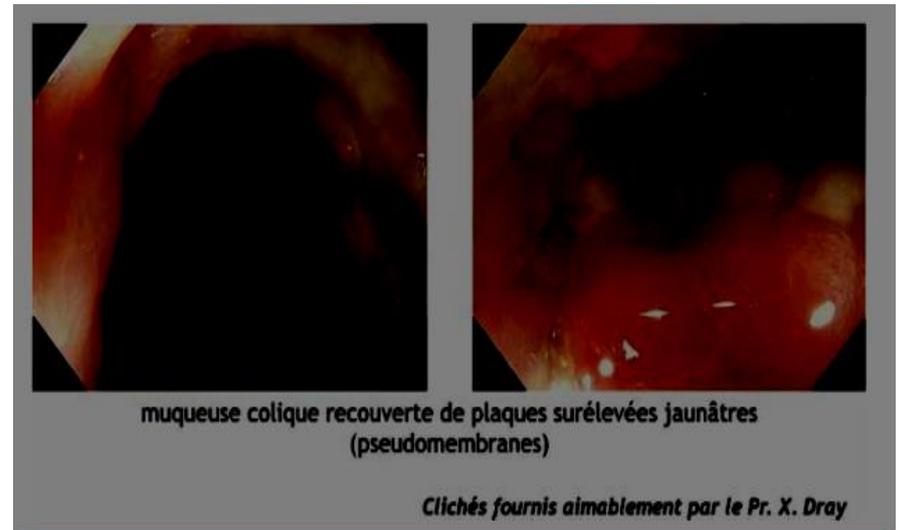
- ATB < 1 mois, traitement modifiant le microbiote
- > 65 ans, nosocomial, comorbités, MICI

.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

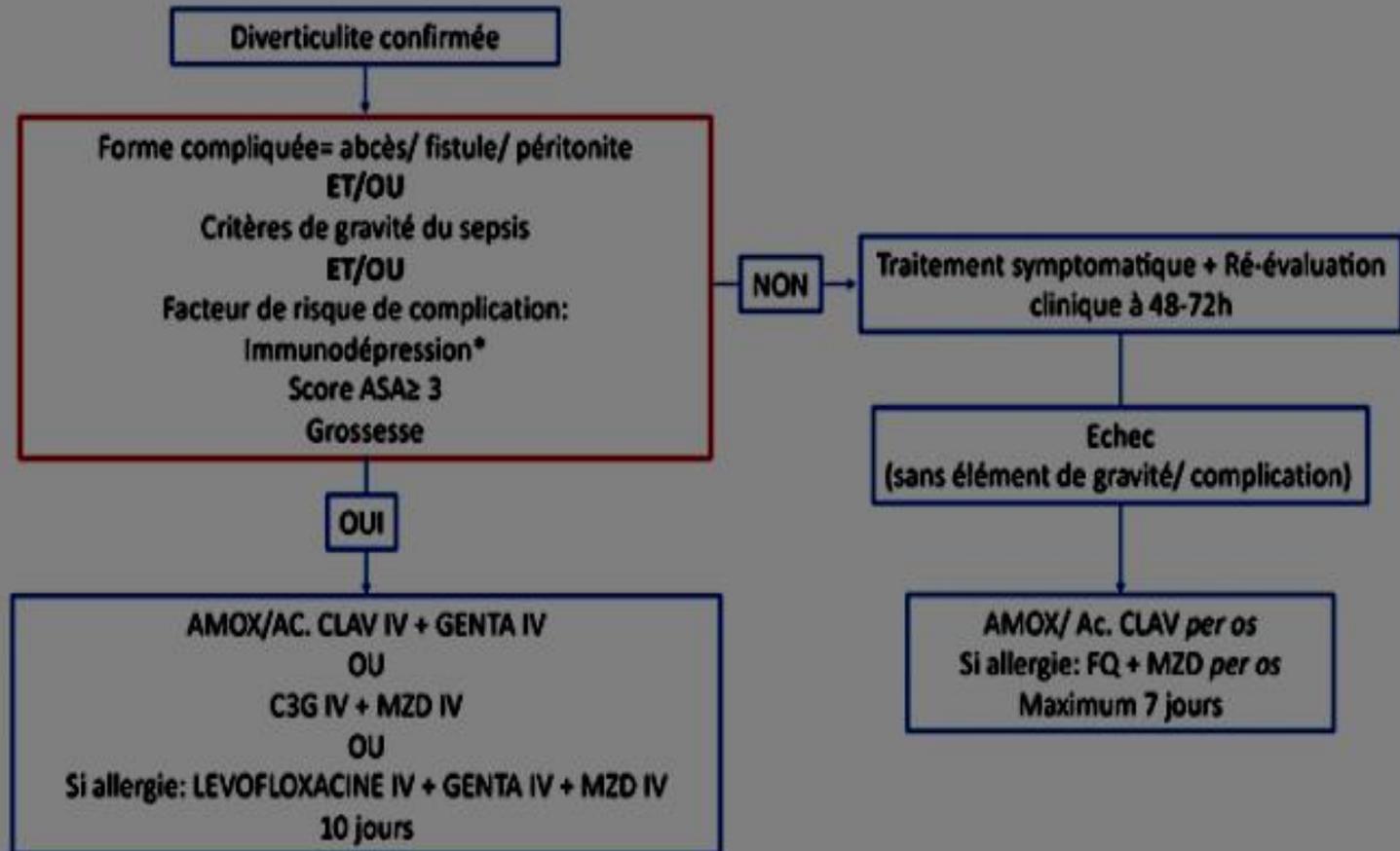
✓ **Cytomégalovirus :**

- 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.

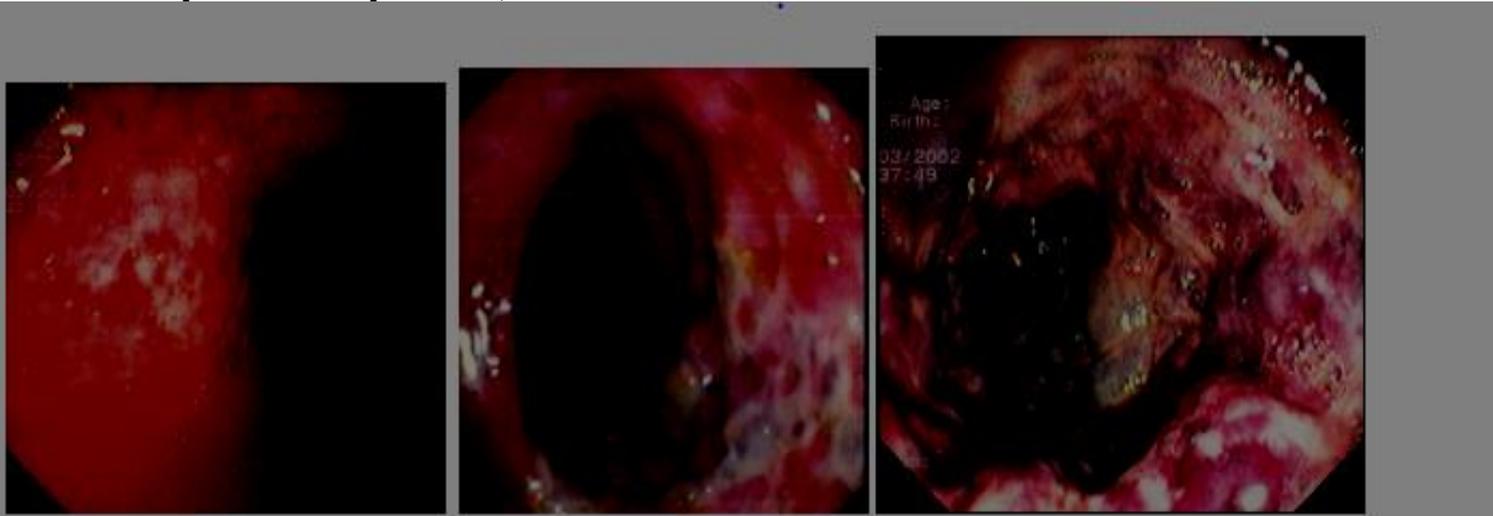


Figure 1 : Trois stades endoscopiques de colite ischémique. A. Stade 1 : œdème et érythème de la muqueuse ;B. Stade 2 : ulcérations non nécrotiques, reposant sur une muqueuse œdématisée ;C. Stade 3 : nécrose extensive avec aspect gris-noir du côlon

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 aigue 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

