

La Colite Aigue Grave : Du diagnostic à la prise en charge

Severe acute colitis: From diagnosis to management

H. Messaoudi, S. Chemali, M. Benamer

Médecine interne .EPH Rouiba, Faculté de médecine d'Alger. Université Alger 1

RÉSUMÉ

La Colite aigue grave est une complication classique des MICI coliques, en particulier RCH et parfois la maladie de CROHN. Elle reste un défi à tous les stades de sa prise en charge. Une fois le diagnostic de colite aiguë posé, l'évaluation de la gravité utilise des critères clinico-biologiques inspirés par Truelove et Witts et des critères morphologiques et surtout endoscopiques. Les formes compliquées (perforation, hémorragie massive et mégacôlon toxique) sont des indications chirurgicales. Toutefois il convient de rechercher une étiologie infectieuse essentiellement, qui peut répondre à un traitement spécifique. Le traitement médical de première intention repose sur la corticothérapie intra veineuse, qui est rapidement relayée par voie orale en cas de bonne réponse. Il se pose dans certains cas, le choix d'un traitement de seconde ligne utilisant la ciclosporine et nécessitant des précautions et une surveillance spécifiques. Un nouvel échec est alors une indication formelle de la chirurgie. Le geste à proposer est alors une colectomie subtotale avec iléostomie terminale et sigmoïdostomie.

Mots clés : Colite aiguë grave, MICI, Corticoïdes, ciclosporine, coléctasie

ABSTRACT

Severe acute colitis is a classic complication of colic IBD, in particular UC and sometimes Crohn's disease. It remains a challenge at all stages of its care. Once the diagnosis of acute colitis has been made, the evaluation of the severity uses clinical-biological criteria inspired by Truelove and Witts and morphological and especially endoscopic criteria. Complicated forms (perforation, massive hemorrhage and toxic megacolon) are indications for surgery. However, it is advisable to seek an essentially infectious etiology, which can respond to a specific treatment. The first-line medical treatment is based on intravenous corticosteroid therapy, which is quickly relayed orally in the event of a good response. In some cases, the choice of a second-line treatment using ciclosporin and requiring specific precautions and monitoring arises. A new failure is then a formal indication for surgery. The gesture to be proposed is then a subtotal colectomy with terminal ileostomy and sigmoidostomy.

Keywords: Severe acute colitis, IBD, Corticosteroids, ciclosporin, colectasis

INTRODUCTION

La colite aiguë grave est une complication des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) localisées au côlon, surtout la rectocolite hémorragique (RCH), et à un degré moindre la maladie de Crohn colique. Il s'agit d'une complication grave avec mise en jeu du pronostic vital et qui peut survenir à n'importe quel moment de l'évolution. C'est une urgence médico-chirurgicale nécessitant une hospitalisation et un monitoring conjoint médical et chirurgical. La décision de colectomie doit être évoquée à tout moment de la prise en charge. En 1952, la mortalité des poussées sévères de RCH était voisine de 34%^[1,2]. Actuellement, grâce aux avancées diagnostiques et thérapeutiques la mortalité des Colites aiguës graves varie de 1 à 3%^[3-4]. Ainsi, un diagnostic simple et rapide doit être réalisé afin de permettre une prise en charge adaptée. Ce diagnostic est avant tout clinique et doit être étayé par des critères de gravité biologiques, morphologiques et endoscopiques. Les évaluations initiales et pluriquotidiennes entre équipes médicales et chirurgicales sont indispensables pour optimiser et guider la stratégie thérapeutique. Cette revue a pour but de faire une mise au point sur la colite aiguë grave, de son diagnostic à sa prise en charge thérapeutique.

Définition d'une Colite aigue grave : Les colites aiguës graves sont définies par des critères clinico biologiques et n'incluent donc ni l'imagerie, ni l'endoscopie (Tableau1).

Scores clinico-biologiques d'une colite aigue grave : Des scores rapides et simples, uniquement validés pour la RCH, ont été établis pour définir la sévérité d'une poussée de colite aiguë. Les critères de Truelove et Witts, établis en 1955 par l'équipe d'Oxford^[1], sont toujours d'actualité. Ils sont recueillis dès l'admission du patient et prennent en compte l'intensité des symptômes

digestifs (nombre de selles sanglantes/24 h), le retentissement général (hyperthermie, tachycardie) et le retentissement biologique (anémie, syndrome inflammatoire). Ils ont été modifiés en 1974 pour inclure l'hypoalbuminémie^[2,5]. Une poussée sévère définie selon les critères de Truelove et Witts (Tableau 1), associe une diarrhée aiguë sanglante faite de 6 évacuations/24 h minimum avec au moins un des critères suivants : $T \geq 37.5^\circ\text{C}$, fréquence cardiaque $\geq 90/\text{min}$, hémoglobémie $\leq 10.0 \text{ g/dl}$, vitesse de sédimentation à la première heure $\geq 30 \text{ mm}$ (aujourd'hui remplacée par une CRP $> 30 \text{ mg/dl}$), et albuminémie $\leq 35 \text{ g/l}$. Un autre score a été établi plus récemment: le score de Lichtiger (Tableau 2)^[6,7]. Il a pour avantage d'être exclusivement clinique et de pouvoir être reproduit quotidiennement au lit du malade. Le suivi d'un patient avec crise aigue grave et l'efficacité des traitements entrepris peuvent alors être appréciés par les variations quotidiennes du score de Lichtiger, rendant ce score très utilisé en pratique clinique et dans les essais thérapeutiques. Une colite aigue grave est définie par un score de Lichtiger supérieur ou égal à 10. Quant à la réponse au traitement médical, elle est déterminée par l'association de 3 critères :

- Un score de Lichtiger inférieur à 10
- Pendant 2 jours consécutifs
- Avec une baisse d'au moins 3 points par rapport au score initial

TABLEAU 1 Critères de Truelove et Witts modifiés

1 critère majeur	
Nombre d'évacuations sanglantes/24h	≥ 6
ET au moins 1 critère mineur	
Température ($^\circ\text{C}$)	≥ 37.8
Fréquence cardiaque (/min)	≥ 90
Hémoglobémie (g/dl)	≥ 10.5
Vitesse de sédimentation (en mm à H1)	≥ 30
Albuminémie (g/dl)	≥ 35

TABLEAU 2 Score de Lichtiger

Nombre de selles par jour (en plus du nombre habituel)	0-2	0
	3-4	1
	5-6	2
	7-9	3
	10 et plus	4
Selles nocturnes	Non	0
	Oui	1
Saignement rectal (en % du nombre de selles)	Absent	0
	< 50%	1
	50-100%	2
	100%	3
Incontinence fécale	Non	0
	Oui	1
Douleurs abdominales	Aucune	0
	Légères	1
	Moyennes	2
	Intenses	3
État général	Parfait	0
	Très bon	1
	Bon	2
	Moyen	3
	Mauvais	4
	Très Mauvais	5
Douleur abdominale provoquée	Aucune	0
	Légère et localisée	1
	Moyenne et diffuse	2
	Importante	3
Nécessité d'un antidiarrhéique	Non	0
	Oui	1

NB : Une crise sévère est définie par un score de Lichtiger supérieur à 10

COMPLICATIONS DES COLITES AIGUES GRAVES

Il est très urgent de connaître les complications des colites aigues graves, qui imposent la colectomie subtotal d'emblée. On doit rechercher obligatoirement les complications suivantes devant toute colite aigue hospitalisée, on citera :

- Le mégacôlon toxique^[8] ou coléctasie, qui est défini par un diamètre supérieur à 6 cm du côlon transverse sur un cliché d'abdomen sans préparation couché ou un scanner abdominal, et des signes de toxicité systémiques, favorisés par les (neuroleptiques, antispasmodiques ou opiacés), ou un lavement baryté. Dans le cas ou la décompression endoscopique même si recommandée en première intention ne doit pas retarder la chirurgie
- La perforation colique qui constitue une urgence chirurgicale nécessitant une sanction chirurgicale imminente
- Les abcès abdominaux
- L'hémorragie digestive sévère souvent localisée au niveau du colon gauche ou le recours à la chirurgie est la règle si non contrôlée par un traitement médical et endoscopique

Bilan à réaliser devant une colite aigue grave : les objectifs d'un bilan d'une colite aigue grave est d'abord d'identifier: les critères de gravité de la colite et éliminer ses complications, de rechercher, un facteur déclenchant, notamment une surinfection digestive et en dernier réaliser, un bilan préthérapeutique dans un but d'introduire un traitement immunosuppresseur et/ou immunomodulateur (Tableau 3)

TABLEAU 3 Bilan à l'admission

1. Identifier les critères de gravité et éliminer les complications	- NFS, CRP et/ou VS, Ionogramme sanguin, urée, créatinémie, albuminémie - ASP (3 incidences) +/- TDM abdomino-pelvien - Rectosigmoidoscopie (sauf contre-indication)
2. Éliminer une surinfection digestive	- Toxines C. Difficile, coprocultures - Recherche de CMV (PCR sang, biopsie) - Examen parasitologique des selles selon contexte
3. Bilan avant immunosuppresseur/immunomodulateur	- Sérologies VHB, VHC et VIH - Sérologies EBV, VZV, CMV - Quantiféron (ou Intra Dermo Reaction) et radio de thorax (pour l'influx mab) - Cholestérolémie et magnésémie (pour la ciclosporine)

Examen clinique : l'anamnèse recherchera les circonstances de découverte de la colite aigue grave ; notamment les antécédents personnels ou familiaux de MICI, voyage récent ou un contagé infectieux, une prise médicamenteuse gastrotoxique. L'examen clinique consistera à rechercher les signes de gravité et/ou de complications à savoir l'hyperthermie, la tachycardie, l'hypotension, l'ascite et préciser l'importance du saignement digestif et son retentissement sur l'état général.

Examens biologiques : un bilan biologique de départ est à demander tel que l'hémogramme sanguin, dosage de la CRP et la vs ainsi que l'albuminémie. La recherche de clostridium difficile à l'examen coproparasitologique des selles ainsi que du cytomegalovirus par la méthode d'une réplique virale sanguine ou PCR CMV sur les biopsies coliques pouvant être à l'origine de la colite aigue. La prévalence des colites à clostridium difficile est 8 fois plus élevée que chez les autres patients est à l'origine d'une augmentation significative de la morbi-mortalité^[9]. Une coproculture à la recherche de bactéries entéropathogènes (Salmonelles, Shigelles, Klebsiella, Campylobacter jejuni), un examen parasitologique des selles et une recherche d'amibes à l'état frais en cas de voyage récent (amibiase colique) seront effectués systématiquement. L'examen anatomopathologique immunohistochimique des biopsies coliques avec recherche d'inclusions virales.

Examens morphologiques : En pratique un Abdomen sans préparation (Figure 2) avec trois incidences doit être réalisé en urgence devant toute colite aigue grave en première intention^[10], en position debout et couché pour rechercher les signes de gravité, en particulier l'existence d'une coléctasie (diamètre du côlon transverse supérieur à 6 cm), mais aussi de visualiser la présence d'ulcérations profondes (images en empreinte de pouce). Un cliché centré sur les coupes diaphragmatiques pour déceler un éventuel pneumopéritoine, mais le scanner abdomino-pelvien reste l'examen radiologique de référence et qui doit dans tout les cas être réalisé dès l'admission du malade, sauf s'il est indisponible. Il permet de diagnostiquer des abcès abdominaux, d'identifier des signes de perforation colique (présence d'une pneumatose colique) et une coléctasie (diamètre supérieur à 6 cm en tout point du côlon).

Endoscopie c'est un élément essentiel dans la prise en charge de la colite grave nécessitant un

FIGURE 1 Coléctasie (TDM abdominale)

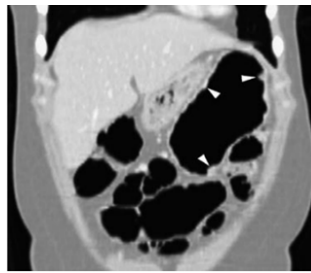
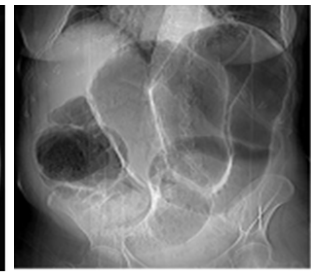


FIGURE 2 Coléctasie (ASP)

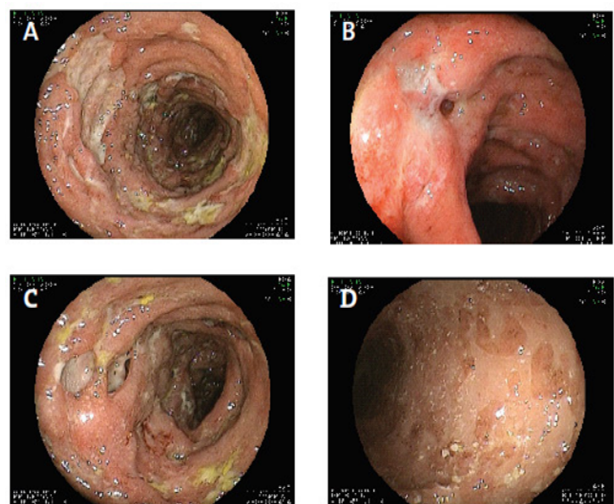


opérateur expérimenté, Elle permet de :

- Mettre en évidence les signes de gravité endoscopique (Figure 3)
- La réalisation de biopsies coliques (Diagnostic étiologique, recherche d'une surinfection)
- Les signes endoscopiques de Gravité sont :
Des ulcérations profondes touchant plus de 10% de la surface colique.
Des ulcérations en puits avec décollements des bords des ulcérations.
Des abrasions muqueuses et sous muqueuses étendues avec mise à nue de la musculature
- Siègent dans Colon gauche (80% cas)

Malgré que l'endoscopie soit considérée souvent comme dangereuse dans le contexte de colite aigue grave, mais les risques de la coloscopie étaient en réalité limités dans des mains expertes.^[11] La coloscopie est contre-indiquée en cas de perforation ou de syndrome péritonéal, ces complications étant des indications à une colectomie d'emblée. La présence d'une dilatation colique doit inciter à la prudence en insufflant au minimum et en privilégiant le CO2 (si disponible) lors d'un l'examen le plus souvent limité au rectosigmoïde. La présence d'une coléctasie sera une contre-indication à un geste endoscopique. Les lésions sévères retrouvés en endoscopie (Figure 3) : ulcérations creusantes ulcérations en puits, décollements muqueux et l'abrasion muqueuse, ont été corrélées à la présence d'ulcérations profondes atteignant la musculature lors de l'examen anatomopathologique de pièces de colectomie^[12]. Elles sont détectées dans près de 90 % des cas. Une coloscopie courte est donc le plus souvent suffisante pour chercher la présence de lésions sévères en endoscopie en cas de RCH mais une coloscopie totale prudente pour une maladie de CROHN^[12-13], la présence de lésions sévères conduisait à l'avantage de colectomie ou d'échec de la ciclosporine^[13,14]

FIGURE 3 Lésions endoscopiques dans les colites aigues graves



A. ulcération creusante **B.** ulcération en puits **C.** décollement muqueux **D.** abrasion muqueuse

Prise en charge thérapeutique (Figure 4)

La gestion des colites aigues graves est pluridisciplinaire, au mieux dans un centre spécialisé par des équipes expérimentées dans ce domaine et des centres référents, où les séquences thérapeutiques doivent être courtes ou les bénéfices espérés d'un traitement médical de sauvetage doivent être mises

en balance avec les risques d'une colectomie trop tardive. Dans tous les cas il faut absolument prévenir le chirurgien dès l'admission du malade et réaliser un bilan pré thérapeutique avant l'instauration de tout traitement. La stratégie thérapeutique des colites aiguës graves est bien définie soit une :

- Une colectomie subtotale d'emblée dans les formes compliquées : coléctasie, perforation colique, abcès abdominal, hémorragie digestive basse massive
- Une Corticothérapie intraveineuse dans les formes non compliquées
- Un traitement médical de deuxième ligne, en cas d'échec de la corticothérapie, et en l'absence de survenue de signes de complication, par ciclosporine ou infliximab.^[15]
- La colectomie subtotale en cas d'échec du traitement médical de deuxième ligne est une alternative à la chirurgie par un traitement médical de troisième ligne pouvant être éventuellement discutée dans les centres experts. Le retard à la colectomie est associé à une augmentation de la morbi mortalité ^[16]. La difficulté de la prise en charge de la colite aiguë grave consiste donc à mesurer l'efficacité et les risques des différents traitements médicaux sans retarder la colectomie.

CORTICOTHÉRAPIE

La corticothérapie intraveineuse en courte durée, appelé encore « régime de Truelove », est le traitement médical de référence en première ligne des colites aiguës graves^[1]. Elle est administrée à forte dose (0,8 mg/kg/J de prednisolone) durant 3 à 5 jours, associée à la prescription d'héparine de bas poids moléculaire à dose préventive et des lavements de corticoïdes.^[7, 17] En revanche la nutrition parentérale par voie centrale est formellement contre-indiquée en raison du risque infectieux élevé^[9, 17]. Souvent elle permet une rémission clinique proche de 67 % au 5^{ème} jour de traitement. Un patient sur trois étant en échec du traitement, l'identification précoce de facteurs prédictifs d'échec à la corticothérapie est indispensable. Au 3^{ème} jour de corticothérapie la persistance de plus de 8 selles sanglantes/24 h et d'une CRP supérieure à 45 g/l est associée à un échec de la corticothérapie et une colectomie est réalisée dans 85 % des cas^[18]. Toutefois, avant d'affirmer une corticorésistance, il faudra éliminer, une administration non optimale de la corticothérapie ou une surinfection, à clostridium difficile et à CMV en particulier. En cas de succès au troisième jour, la corticothérapie parentérale à la dose de 0,8 mg/kg/24 h est poursuivie 2 jours de plus. Au 5^{ème} jour, s'il existe une réponse significative du traitement, définie par une baisse du score de Lichtiger (score inférieur à 10 avec baisse supérieure à 3 points comparée au score initial), la corticothérapie parentérale sera relayée par une corticothérapie orale à la dose de 1 mg/kg/24 h de prednisone, sans dépasser 60 mg par jour. En cas de corticorésistance, deux options doivent être envisagées : le recours à la chirurgie ou à un traitement médical de deuxième ligne. Dans tous les cas, la réalisation d'un bilan avant la mise sous immunosuppresseurs et la recherche d'une tuberculose latente ou patente doivent être réalisés dès l'introduction de la corticothérapie.

INFLIXIMAB

Plusieurs études rétrospectives ont confirmé l'efficacité de l'infliximab dans cette indication, après un schéma d'induction de type S0 S2 S6, et un traitement d'entretien de 5 mg/kg tous les 8 semaines avec un meilleur taux de réponse.^[19, 20] Concernant la tolérance, plusieurs études ont été rapportées dans des séries rétrospectives ayant reçu de l'infliximab, plusieurs cas d'infections graves et même responsables de décès^[21]. L'association d'un traitement immunosuppresseur à l'infliximab n'est pas clairement élucidée. Dans une étude randomisée et contrôlée s'intéressant aux patients atteints de RCH modérée à sévères, l'association de thiopurines aux anti TNF permettait d'obtenir un taux significativement plus élevé de rémission clinique et de cicatrisation muqueuse endoscopique, que le traitement par anti TNF seul^[21, 22]. Par conséquent, un traitement par thiopurines semble indiqué en association à l'infliximab dans les colites aiguës graves corticorésistantes. Toutefois, en raison des risques infectieux et néoplasiques qu'elle comporte, cette association doit être évaluée au cas par cas. Une équipe irlandaise a rapporté pour la première fois les résultats d'une stratégie d'optimisation. Le taux de colectomie durant la phase d'induction de l'infliximab était significativement plus faible dans le groupe stratégie optimisée. Néanmoins à ce jour en l'absence de données solides issues de travaux prospectifs, un schéma standard d'infliximab doit être utilisé en cas de colite aiguë grave.

CICLOSPORINE

La ciclosporine est un traitement potentiel de deuxième ligne pour éviter la colectomie chez les patients ayant une colite aiguë grave résistantes aux corticoïdes sur rectocolite hémorragique (RCH). L'efficacité de la ciclosporine a été évaluée dans plusieurs études contrôlées et permet d'obtenir une rémission dans 76 à 85% des cas, à une semaine de traitement^[6]. Initialement, son effica-

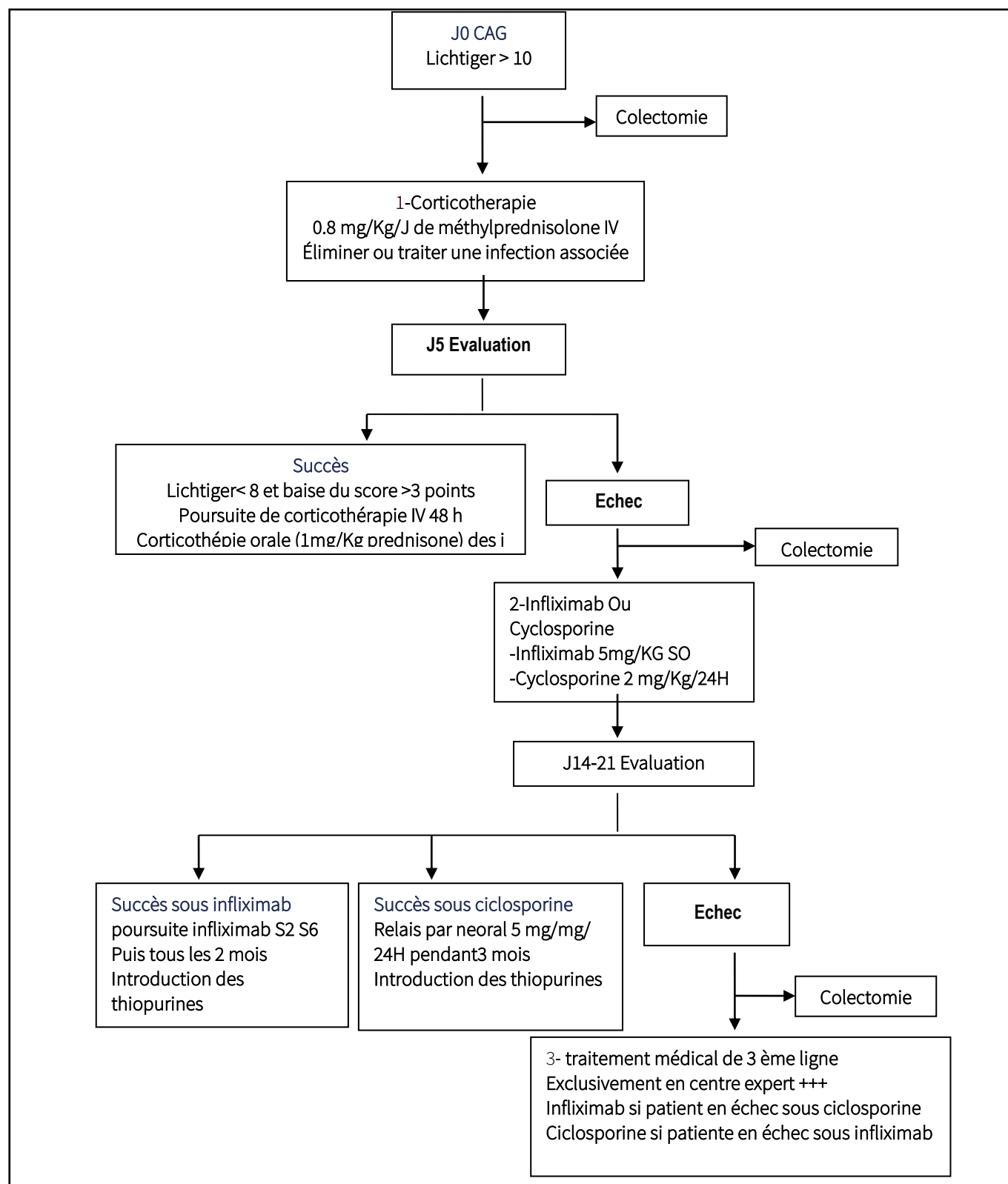
cité a été prouvée avec un schéma d'administration de 4 mg/kg/jour. Les effets secondaires étaient alors fréquents (hypertrichose, hypomagnésémie, cytolysse, paresthésies, hypertension artérielle) et pouvaient être majeurs : infections opportunistes parfois létales, insuffisance rénale, comitialité^[23]. Une étude^[24] rétrospective descriptive et analytique, étalée sur une période de 8 ans (2013 à 2021), colligeant 79 patients atteints de colite aiguë grave corticorésistante sur RCH et traités par ciclosporine. La ciclosporine était efficace dans l'immédiat chez plus que les 2/3 des malades et a pu éviter la colectomie à long terme chez la moitié des malades. Ainsi, l'utilisation de la ciclosporine à la posologie de 2 mg/kg/24 h IV est actuellement recommandée. La forme orale de ciclosporine, le Neoral, s'administre à la dose de 4 mg/kg/jour en 2 prises. L'efficacité de la ciclosporine orale serait similaire à la forme parentérale, et sa tolérance meilleure^[25]. En pratique, la ciclosporine s'administre sous forme intraveineuse dans un 1^{er} temps. Dès l'obtention d'une réponse, un relais précoce par Neoral est réalisé pour une durée totale de 3 mois. Il est important de noter que la corticothérapie orale doit être maintenue à une posologie stable et ce jusqu'à l'obtention de la réponse à la ciclosporine. Toutefois, si le taux de réponse à la ciclosporine est satisfaisant à court terme, sa durée d'utilisation est limitée par sa toxicité (rénale) et son efficacité à moyen et long terme demeure insuffisante^[26]. Ainsi, dès la survenue d'une réponse sous ciclosporine par voie intraveineuse, un traitement immunosuppresseur par thiopurines (azathioprine ou 6 mercaptopurine) doit être initié parallèlement au relais par ciclosporine orale. La ciclosporine doit donc être considérée comme un traitement d'attaque maintenu dans l'attente de l'efficacité du traitement immunosuppresseur.

CICLOSPORINE OU INFLIXIMAB

Un essai CYSIF mené par le GETAID a confirmé l'absence de différence d'efficacité entre l'infliximab et la ciclosporine en termes d'efficacité et de taux de colectomie à 3 mois dans la colite aiguë grave. Une méta analyse incluant 16 études et 1473 malades, comparant l'efficacité de la ciclosporine et l'infliximab dans les RCH corticorésistantes, a été publiée^[27]. Aucune différence significative n'était observée entre les deux traitements lors des essais randomisés pour la réponse au traitement, mais il existait une supériorité de l'infliximab pour les essais non randomisés. Une étude anglaise (Construct)⁽²⁸⁾, randomisée publiée en 2014, essai contrôlé randomisé multicentrique réalisé dans 52 centres au Royaume-Uni entre 2010 et 2014, incluant 270 malades ayant une colite aiguë grave corticorésistante, a confirmé qu'il n'existait pas de différence entre la ciclosporine et l'infliximab concernant le taux de colectomie et la tolérance des traitements. Ces résultats concordent avec l'étude du GETAID, mais aussi en termes de qualité de vie^[29]. Ils suggèrent que dans le traitement des poussées sévères corticorésistantes de RCH, l'infliximab s'avère au moins aussi efficace que la ciclosporine, mais sa facilité d'administration et son moindre taux d'effets secondaires lui confèrent un net avantage. Ainsi le traitement par ciclosporine reste indiqué chez les sujets jeunes, ayant une maladie récente et surtout naïfs d'immunosuppresseurs. Dans les autres cas de colite aiguë grave, en particulier chez les patients résistants ou intolérants aux thiopurines, un traitement par infliximab est à privilégier, au final aucune différence définitive entre l'infliximab et la ciclosporine n'a été démontrée par des essais randomisés, mais des études non randomisées suggèrent que l'infliximab est associé à une meilleure réponse au traitement et à un risque plus faible de colectomie à 12 mois. Des études prospectives comparant l'IFX à dose optimisée à la ciclosporine sont nécessaires.

TRAITEMENT MÉDICAL DE 3 ÈME LIGNE :

Ce traitement n'est pas recommandé, il est réservé pour les centres référents, car souvent le bénéfice est modeste, il augmente les risques d'une colectomie trop tardive, et au détriment d'un risque infectieux majeur. En cas d'échec après 4 à 7 jours du traitement médical de 2^{ème} ligne, la colectomie est recommandée^[31]. Néanmoins, dans les centres experts une stratégie de 3^{ème} ligne peut être envisagée chez certains patients sélectionnés. Elle consiste à administrer de l'infliximab aux patients antérieurement sous ciclosporine ou inversement. Une méta analyse a été publiée incluant 314 malades, qui a évalué l'intérêt d'un tel traitement^[31]. À court terme, une réponse et une rémission étaient observées chez 62,4 % et 38,9 % des malades respectivement. Les taux de colectomie à 3 et 12 mois, étaient de 28,3 % et 23,0 % respectivement. La plus grande série évaluant l'intérêt de ce traitement été menée par le GETAID et incluait^[32]. Quarante six patients, traités dans 16 centres spécialisés, successivement par ciclosporine et infliximab, 49 patients ont présenté un échec de ce traitement et ont subi une colectomie. La probabilité de survie sans colectomie était respectivement de 61 % à 3 mois et de 41 % à un an. Ces résultats suggèrent qu'une 3^{ème} ligne de traitement peut être efficace en évitant une colectomie chez les deux tiers des malades présentant une poussée sévère de RCH après échec d'une 2^{ème} ligne. Un traitement médical de 3^{ème} ligne peut se discuter au cas par cas

FIGURE 4 Algorithme de la prise en charge thérapeutique des colites aiguës graves

CHIRURGIE

Le traitement chirurgical des colites aiguës graves s'adresse aux formes compliquées et aux formes résistantes au traitement médical. Il consiste à réaliser une colectomie subtotal avec iléostomie et sigmoïdostomie. Le traitement chirurgical concerne environ 40% des patients atteints de colite aiguë grave. La colectomie en urgence constitue le traitement historique des colites aiguës graves, mais le timing de la colectomie est une décision difficile pour le médecin interniste ou gastroentérologue. C'est elle qui a permis initialement d'en

réduire la mortalité. La colectomie doit être discutée à chaque étape de la prise en charge et ne doit pas être envisagée comme le traitement de dernier recours, afin de ne pas retarder abusivement sa réalisation. En effet, il a été rapporté que l'augmentation de la durée d'hospitalisation avant la chirurgie induisait une augmentation de la morbi-mortalité après la colectomie^[6]. La colectomie segmentaire n'a aucune indication car il y a un risque de poussée grave sur le côlon restant, par ailleurs l'intervention de Hartmann n'est pas recommandée du fait d'un risque de sepsis pelvien en postopératoire, et coloproctectomie avec

anastomose iléo-anale et confection d'un réservoir iléal dans les 2 à 3 mois protégée par une iléostomie temporaire n'est pas recommandée, car la morbidité est plus importante. Actuellement la colectomie subtotala avec iléostomie et sigmoïdostomie est l'intervention de choix^[33], car elle permet l'analyse histologique entre les 2 premiers temps opératoires et donc d'identifier les patients porteurs d'une maladie de Crohn pour lesquels une conservation du rectum est souhaitable. la morbi mortalité est moindre en postopératoire que la coloprotectomie avec anastomose et iléostomie de décharge d'emblée, mais avec des séquelles fonctionnelles non négligeables à savoir les diarrhées avec 6-7 selles/24 h, incontinence anale, conduisant à l'iléostomie définitive dans 5 à 10 % des cas^[20-33]. cette stratégie n'est pas dénuée de complications comme la survenue d'occlusion sur bride, de sténose anastomotique, de troubles sexuels à type de dysérection, d'éjaculation rétrograde, et de pochite. En raison d'adhérence postopératoires^[34] chez la femme, il a été décrit une réduction de la fertilité dans 30 à 70 % des cas, et de ce fait une chirurgie laparoscopique pourrait réduire le taux d'infertilité après coloprotectomie et réservoir^[35]. dans certaines situations particulières comme la jeune femme désirant une grossesse, ou une maladie de Crohn sans atteinte anopérinéale et/ou rectale sévère ou encore une RCH avec atteinte rectale peu sévère, une colectomie subtotala avec anastomose iléo rectale devra être envisagée. Compte tenu du risque de dysplasie et de transformation carcinologique, une surveillance rapprochée devra être réalisée.

CONCLUSION

La colite aiguë grave est une affection potentiellement mortelle. Le traitement médical intraveineux intensif des colites graves en a transformé le pronostic, autrefois létal. La prise en charge optimale de la colite aiguë doit être guidée par une stratification du risque à l'aide d'indices prédictifs de la réponse aux corticostéroïdes. Le début et l'évaluation en temps opportun de la réponse au traitement de sauvetage sont essentiels pour réduire la morbidité et la mortalité. Les modèles pharmacocinétiques émergents et le suivi thérapeutique des médicaments peuvent aider à la prise de décision clinique et faciliter une transition vers des traitements individualisés de la colite aiguë grave. La chirurgie est une option thérapeutique qui doit être discutée à chaque étape de la prise en charge et non un traitement à envisager en derniers recours.

RÉFÉRENCES

- 1-Truelove, S. C. & Witts, L. J. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Br Med J* 1955; 2:1041-8.
- 2-Truelove, S. C. & Jewell, D. P. Intensive intravenous regimen for severe attacks of ulcerative colitis. *Lancet* 1974; 1:1067-70
- 3-Arts, J. et al. Long-term outcome of treatment with intravenous cyclosporin in patients with severe ulcerative colitis. *Inflamm. Bowel Dis.* 2004; 10:73-8.
- 4-Kaplan, G. G. et al. Impact of hospital volume on postoperative morbidity and mortality following a colectomy for ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2008; 134:680-7.
- 5- Chapman, R. W., Selby, W. S. & Jewell, D. P. Controlled trial of intravenous metronidazole as an adjunct to corticosteroids in severe ulcerative colitis. *Gut* 1986; 27:1210-2
- 6-Lichtiger, S. et al. Cyclosporine in severe ulcerative colitis refractory to steroid therapy. *N. Engl. J. Med.* 1994; 330:1841-5.

- 7- D'Haens, G. et al. A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2007;132:763-86.
- 8-1. Gan, S. I. & Beck, P. L. A new look at toxic megacolon: an update and review of incidence, etiology, pathogenesis, and management. *Am. J. Gastroenterol.* 2003; 98:2363-71.
- 9- Ananthakrishnan, A. N., McGinley, E. L. & Binion, D. G. Excess hospitalisation burden associated with *Clostridium difficile* in patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 2008; 57:205-10.
- 10-Carbonnel, F. [Management of severe or corticosteroid resistant ulcerative colitis]. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 2007; 31:0398-403.
- 11-Carbonnel, F. et al. Colonoscopy of acute colitis. A safe and reliable tool for assessment of severity. *Dig. Dis. Sci.* 1994; 39:1550-7
- 12- Carbonnel, F. et al. Predictive factors of outcome of intensive intravenous treatment for attacks of ulcerative colitis. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2000; 14:273-9.
- 13-Corte, C. et al. Association between the ulcerative colitis endoscopic index of severity (UCEIS) and outcomes in acute severe ulcerative colitis. *J Crohns Colitis* 2015; 9:376-81.
- 14- Fernandes, S. R. et al. The use of a segmental endoscopic score may improve the prediction of clinical outcomes in acute severe ulcerative colitis. *Rev Esp Enferm Dig* 2016; 108:697-702.
15. Järnerot, G. et al. Infliximab as rescue therapy in severe to moderately severe ulcerative colitis: a randomized, placebo-controlled study. *Gastroenterology* 2005; 128:1805-11.
16. Leblanc, S. et al. Successive treatment with cyclosporine and infliximab in steroid-refractory ulcerative colitis. *Am. J. Gastroenterol.* 2011; 106:771-7
- 17- Mantzaris, G. J. et al. A prospective randomized controlled trial of intravenous ciprofloxacin as an adjunct to corticosteroids in acute, severe ulcerative colitis. *Scand. J. Gastroenterol.* 36, 971-4 (2001).
- 18- Dunckley, P. & Jewell, D. Management of acute severe colitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 17, 89-103 (2003)
- 19-Jakobovits, S. L., Jewell, D. P. & Travis, S. P. L. Infliximab for the treatment of ulcerative colitis: outcomes in Oxford from 2000 to 2006. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 25, 1055-60 (2007).
- 20- Lees, C. W. et al. A retrospective analysis of the efficacy and safety of infliximab as rescue therapy in acute severe ulcerative colitis. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 26, 411-9 (2007).
- 21.Reinisch, W. et al. Recommendations for the treatment of ulcerative colitis with infliximab: a gastroenterology expert group consensus. *J Crohns Colitis* 6, 248-58 (2012).
- 22-Williams, J. G. et al. Infliximab versus ciclosporin for steroid-resistant acute severe ulcerative colitis (CONSTRUCT): a mixed method, open-label, pragmatic randomised trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 1, 15-24 (2016)
23. Van Assche, G. et al. Randomized, double-blind comparison of 4 mg/kg versus 2 mg/kg intravenous cyclosporine in severe ulcerative colitis. *Gastroenterology* 125, 1025-31 (2003)
- 24- F. Aboutarik, Y. Chait, and al. Cyclosporine dans les colites aiguës graves corticorésistante sur rectocolite hémorragique : efficacité et facteurs prédictifs d'échec *SNFGE.* 04/05:2023
- 25- Weber, A. et al. Treatment of ulcerative colitis refractory to steroid therapy by oral microemulsion cyclosporine (Neoral). *Inflamm. Bowel Dis.* 12, 1131-5 (2006).
26. Moskovitz, D. N. et al. Incidence of colectomy during long-term follow-up after cyclosporine-induced remission of severe ulcerative colitis. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 4, 760-5 (2006).
- 27- F. Aboutarik, Y. Chait, and al. Cyclosporine dans les colites aiguës graves corticorésistante sur rectocolite hémorragique : efficacité et facteurs prédictifs d'échec *SNFGE.* 04/05:2023
- 28- Williams, J. G. et al. Infliximab versus ciclosporin for steroid-resistant acute severe ulcerative colitis (CONSTRUCT): a mixed method, open-label, pragmatic randomised trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 1, 15-24 (2016)
- 29- Neeraj Narula and al, Systematic Review and Meta-Analysis: Infliximab or Cyclosporine as Rescue Therapy in Patients with Severe Ulcerative Colitis Refractory to Steroids *Am J Gastroenterol.* 2016 Apr; 111(4):477-91
30. Reinisch, W. et al. Recommendations for the treatment of ulcerative colitis with infliximab: a gastroenterology expert group consensus. *J Crohns Colitis* 6, 248-58 (2012).
31. Catherine Dong, and al. Systematic review with meta-analysis: mortality in acute severe ulcerative colitis 10.1111/apt.15592, 2019.
- 32- Benjamin Pariente. Prise en charge d'une colite aiguë grave. *GETAID* 2017
- 33-Tom Holvoet, and al. Optimal Management of Acute Severe Ulcerative Colitis (ASUC): Challenges and Solutions. *Clin Exp Gastroenterol.* 2021; 14: 71-81.
- 34- Beyer-Berjot, L. et al. A total laparoscopic approach reduces the infertility rate after ileal pouch-anal anastomosis: a 2-center study. *Ann. Surg.* 258, 275-282 (2013).
- 35- Olsen, K. O., Joelsson, M., Laurberg, S. & Oresland, T. Fertility after ileal pouch-anal anastomosis in women with ulcerative colitis. *Br J Surg* 1999;86:493-5.