

First episode of acute
ileitis

Philippe Seksik

Hôpital Saint-Antoine, Service de gastroentérologie, 184 rue du Faubourg Saint-Antoine, 75571 Paris cedex 12 ; Sorbonne Université, Inserm, Centre de Recherche Saint-Antoine, CRSA, Paris

@ Correspondance : P. Seksik
philippe.seksik@sat.aphp.fr

Premier épisode d'iléite aiguë

▼ Résumé

Un premier épisode d'iléite aiguë se définit par la survenue d'un tableau clinique inaugural évocateur associé à une modification de l'iléon terminal en imagerie. Les causes sont variées incluant une origine infectieuse, inflammatoire, tumorale, médicamenteuse ou encore vasculaires, l'origine infectieuse restant la plus fréquente. Après un premier épisode, une évaluation clinique à distance est recommandée. Des explorations seront généralement nécessaires si une cause non infectieuse isolée est suspectée. La maladie de Crohn reste une hypothèse privilégiée en cas d'iléite aiguë.

- **Mots clés :** iléite aiguë, infection intestinale, yersiniose, maladie de Crohn

▼ Abstract

A first episode of acute ileitis is defined by the occurrence of an evocative, inaugural, clinical picture associated with a modification of the terminal ileum in imaging. Several causes are seen including infectious, inflammatory, tumoral, drug or vascular origin, the infectious origin remaining the most common. After a first episode, a 2nd clinical evaluation is recommended. Investigations will usually be necessary if an isolated non-infectious cause is suspected. Crohn's disease remains a prime hypothesis in case of acute ileitis.

- **Key words:** Acute Ileitis, Bowel Infection, Yersiniosis, Crohn's Disease

Observation clinique

Une femme de 42 ans se présente aux urgences un soir à 21 heures pour un syndrome appendiculaire. On retient de ses antécédents personnels une spondylarthropathie sensible aux AINS, une appendicectomie dans l'enfance et une thyroïdectomie totale pour goitre hétéronodulaire nécessitant une opothérapie par L-thyroxine 100 µg par jour. Elle fume un paquet de cigarettes par jour depuis 14 ans et a vécu en Sénégal pendant 10 ans de 31 à 41 ans. Elle est artiste peintre, mariée et a 2 enfants en bonne santé. Un de ses oncles est porteur d'une rectocolite hémorragique et son frère a eu un lymphome ganglionnaire dans l'enfance.

La douleur, intense en fosse iliaque droite, est apparue de façon rapide-

ment progressive il y a trois jours accompagnée d'une diarrhée faite de quatre selles liquides par jour non hémorragiques. À l'arrivée aux urgences, la patiente est asthénique, clinophile, la pression artérielle est à 110/50 mmHg, la fréquence cardiaque à 94/min, la température est de 38,6 °C. L'abdomen est douloureux en fosse iliaque droite sans défense. L'examen de la marge anale est normal. Le toucher rectal n'entraîne aucune douleur. Les aires ganglionnaires sont libres. Il n'y a pas de signe fonctionnel ou clinique extradiigestif en dehors de douleurs lombaires habituelles d'horaire inflammatoire.

Des examens paracliniques demandés en urgences révèlent : une anémie (taux d'hémoglobine 11,2 g/dL) microcytaire (VGM 78 fL), un syndrome inflammatoire attesté par une hyperleucocytose à

Pour citer cet article : Seksik P. Premier épisode d'iléite aiguë. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2019 ; 26 : 761-766. doi : 10.1684/hpg.2019.1827

polynucléaires neutrophiles (19 G/L) sans autre anomalie des leucocytes, une thrombocytose à 488 G/L et un taux sérique de la protéine C-réactive à 79 mg/L. Le ionogramme sanguin et la fonction rénale sont normaux en dehors d'une hypokaliémie à 3,3 mmol/L. La tomodensitométrie (TDM) abdomino-pelvienne demandée en urgence montre des signes associant un épaississement pariétal à une prise de contraste de la paroi de la dernière anse iléale. Le diagnostic de premier épisode d'iléite aiguë est posé (figure 1).

Question n°1. Devant ce premier épisode d'iléite aiguë, quelles sont les deux principales causes à évoquer ?

- A. Tumorale.
- B. Inflammatoire.
- C. Vasculaire.
- D. Infectieuse.
- E. Médicamenteuse.

Les causes d'atteintes iléales sont diverses. Elles incluent une origine infectieuse, inflammatoire, tumorale, médicamenteuse ou encore vasculaires, l'origine infectieuse restant la plus fréquente [1]. Les caractéristiques selon les principales causes d'iléite sont résumées dans l'encadré 1. Une équipe madrilène a estimé l'incidence et a colligé les causes d'iléites aiguës s'étant présentées aux urgences.

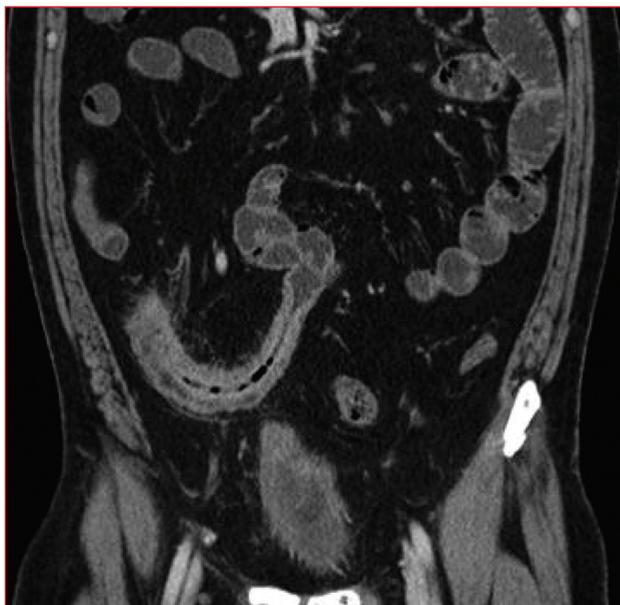


Figure 1 • Coupe coronale centrée sur l'iléon terminal d'une TDM abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste au temps portal.

Encadré 1

Principales causes des iléites aiguës

Infectieuses :

- *Yersinia spp.*
- *Salmonella spp.*
- *Mycobacterium tuberculosis*
- *Mycobacterium avium*
- Actinomycose
- Anisakiase
- Cytomégalovirus
- *Histoplasma capsulatum*
- Actinomycose
- *Clostridioides difficile*

Inflammatoires :

- Maladie de Crohn
- Iléite associée aux spondylarthropathies : spondylarthrite ankylosante, arthrite réactionnelle, rhumatisme psoriasique

Médicamenteuses :

- Entéropathie aux AINS
- Autres médicaments : comprimés de KCl, contraceptifs oraux, ergotamine, digoxine, diurétiques, antihypertenseurs

Vasculaires :

- Vascularites
- Lupus érythémateux disséminé
- Polyartérite noueuse
- Purpura rhumatoïde
- Maladie de Behçet
- Autres vascularites : syndrome de Churg et Strauss, vascularite de la polyarthrite rhumatoïde, Granulomatose de Wegener, artérite à cellules géantes, artérite de Takayasu
- Ischémie

Cancers :

- Tumeur de l'intestin grêle
- Adénocarcinome
- Lymphome
- Tumeur carcinoïde
- Lymphosarcome
- Métastase

Maladies infiltratives :

- Entérite à éosinophiles
- Sarcoïdose
- Amylose
- Endométriose

Idiopathique (souvent présumée infectieuse)

Dans cette étude, devant la persistance de symptômes digestifs, des examens morphologiques (imagerie et/ou endoscopie) étaient réalisés. L'incidence de l'iléite aiguë était de 33 cas pour 100 000 consultations dans le service des urgences. Les auteurs rapportaient un diagnostic étiologique dans 60,6 % des cas. Les causes infectieuses bactériennes étaient les plus fréquentes. Trente-trois

pour cent des patients restaient sans diagnostic étiologique (6,1 % des patients étaient perdus de vue), de sorte que l'iléite aiguë idiopathique reste parmi les causes les plus fréquentes d'iléite aiguë. Dans une série danoise plus ancienne, 17 % des iléites restaient sans diagnostic au terme de la première hospitalisation et deux tiers de ces derniers restaient toujours sans diagnostic après un suivi médian de 13 ans. L'évolution rapidement favorable, une résolution *ad integrum* et pérenne des symptômes de ces cas soulignent probablement une origine infectieuse non prouvée en raison de la sensibilité et spécificité encore insuffisantes des tests bactériologiques [2].

Question n°2. Parmi les causes infectieuses quel est l'agent le plus fréquemment mis en évidence ?

- A. *Salmonella enteritidis*.
- B. *Anisakis spp.*
- C. *Norovirus*.
- D. *Yersinia enterocolitica*.
- E. *Campylobacter jejuni*.

Question n° 3. Dans l'immédiat, quels examens demandez-vous ?

- A. Un quantiféron.
- B. Le dosage des ASCA.
- C. Des sérologies *yersinia*, *salmonella*, *campylobacter*.
- D. Une coproculture standard.
- E. Des hémocultures.

Les yersiniozes sont les iléites bactériennes les plus fréquentes comptant pour près de 40 % des causes infectieuses (36 à 83 % selon les séries) [2-4]. Le diagnostic de yersinioze iléale repose sur la culture de la bactérie à partir des selles et/ou des biopsies iléales. Si ces examens n'ont pu être faits ou sont normaux, il est théoriquement possible de faire secondairement le diagnostic par l'ascension significative (ou par un taux unique très élevé) du taux des anticorps anti-Yersinia O3, O9 et pseudo-tuberculosis. L'intérêt de ce diagnostic rétrospectif est limité par l'existence de faux positifs de cette sérologie (réactivité antigénique croisée avec d'autres bactéries) et par le fait que les sérologies étant spécifiques des sérotypes, ces sérologies ne peuvent pas, en cas de négativité, prétendre éliminer définitivement l'hypothèse d'une iléite à *Yersinia*. La sévérité des infections à *Yersinia* est surtout liée au

terrain immunodéprimé. Ces bacilles gram négatifs, sont sensibles à de nombreux antibiotiques, notamment les quinolones. En pratique, il convient, au moment de l'iléite aiguë, (i) de discuter un traitement antibiotique par quinolones pendant trois à cinq jours, qui éradiquera l'éventuelle yersinioze en cause, (ii) d'obtenir éventuellement un diagnostic rétrospectif par la réalisation d'une sérologie *Yersinia* deux à quatre semaines après l'épisode d'iléite aiguë.

Question n°4. En plus du traitement symptomatique, quel traitement mettez-vous en œuvre ?

- A. Une corticothérapie.
- B. L'arrêt des AINS.
- C. Une antibiothérapie par azithromycine.
- D. Une antibiothérapie par quinolones.
- E. Une antibiothérapie par métronidazole.

L'arrêt des AINS s'impose ici. Les quinolones sont en général efficaces sur les trois bactéries le plus souvent responsables d'une iléite aiguë (*Yersinia*, *Salmonella*, *Campylobacter*) bien qu'une augmentation des résistances aux quinolones soit observée pour les *Campylobacter*. L'azithromycine est alors l'antibiotique de choix. Néanmoins, considérant l'évolution plus souvent spontanément favorable un traitement antibiotique n'est pas toujours nécessaire. Il ne réduit pas significativement la durée de la maladie [5]. De plus, il pourrait ralentir la clairance de *Salmonella* et augmenter le risque de résistance bactérienne notamment pour *Campylobacter*. Dans les formes sévères, définies par plus de six selles sanglantes par jour, des symptômes évoluant depuis plus d'une semaine, une hyperthermie importante, une immunodépression, un patient âgé ou avec comorbidités significatives, il convient de prescrire une antibiothérapie probabiliste qui permettra de diminuer la durée et la sévérité des infections tel que la ciprofloxacine sur une courte durée de trois à cinq jours.

Suite de l'observation

La patiente est hospitalisée. Après votre prise en charge thérapeutique, les douleurs s'amendent puis disparaissent, la température est à 37 °C et le transit se normalise. Cette évolution favorable en 24 h permet un retour à domicile. Sur le plan biologique le taux d'hémoglobine reste à 11,2 g/dL, le VGM à 78 fL, le taux de polynucléaires neutrophiles diminue à 12 G/L ainsi que le taux de plaquettes (289 G/L) ; enfin, le taux sérique de la protéine C-réactive diminue à 29 mg/L. La coproculture est négative.

Question n°5. Que prévoyez-vous d'emblée ?

- A. Une iléo-coloscopie avec endoscopie œso-gastro-duodénale.
- B. Une entéro-IRM.
- C. Une réévaluation clinique avec recherche d'un syndrome inflammatoire dans un mois.
- D. Une nouvelle tomodensitométrie abdomino-pelvienne dans un mois.
- E. Des sérologies *Yersinia*, *Salmonella* et *Campylobacter* dans un mois.

Dans tous les cas, une réévaluation clinique précoce du patient est conseillée vers J30, moment où les sérologies seront effectuées (*Salmonella*, *Yersinia*, *Campylobacter*, voire anti-*Anisakis simplex*). En cas de persistance des symptômes à cette consultation de réévaluation, il sera proposé la réalisation d'une iléo-coloscopie et une réévaluation morphologique pour explorer l'hypothèse d'une cause non infectieuse. Si lors de la présentation initiale du patient, une forte suspicion de maladie tuberculeuse ou de cause non infectieuse est suspectée, on pourra discuter de faire d'emblée ces explorations.

Suite de l'observation

Vous revoyez, comme prévu, la patiente un mois plus tard. Cliniquement, elle rapporte une gêne intermittente en fosse iliaque droite sans fièvre ni trouble du transit. Elle n'a pas repris d'AINS mais se plaint de douleurs lombaires invalidantes. L'examen clinique est normal. Elle vous tend les explorations biologiques demandées : le taux d'hémoglobine est à 11,8 g/dL le VGM à 78 fL, le taux de polynucléaires neutrophiles est à 4,5 G/L, le taux de plaquettes à 259 G/L et le taux sérique de la protéine C-réactive à 9 mg/L. Les sérologies *Yersinia*, *Salmonella* et *Campylobacter* sont négatives.

Question n°6. Que demandez-vous ?

- A. Une iléo-coloscopie.
- B. Une entéro-IRM.
- C. Un quantiféron.
- D. Une nouvelle tomodensitométrie abdomino-pelvienne.
- E. Une endoscopie œso-gastro-duodénale.

Ici, devant cette présentation clinique bruyante avec fièvre, une cause infectieuse est suspectée. Néanmoins, l'absence de cause trouvée, le terrain et la prise d'AINS

font suspecter une cause associée sous-jacente. Des explorations à distance de l'épisode aigu seront donc demandées. La maladie de Crohn (MC) reste une hypothèse privilégiée en cas d'iléite aiguë. Près de deux tiers des malades au diagnostic de MC présentent une atteinte iléale. En cas d'atteinte iléale isolée (18 % des patients), l'iléite aiguë est alors un mode d'entrée fréquent dans la maladie. Dans l'étude espagnole ayant étudié les causes d'iléite aiguë, le diagnostic de MC restait minoritaire mais non négligeable, souvent associé à un contexte d'épisodes douloureux répétés et à un terrain familial de MICI [1]. Cependant, après un épisode d'iléite aiguë, il n'existe actuellement pas de test disponible permettant de faire le diagnostic de MC. Le diagnostic de MC repose sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques, endoscopiques, histologiques, dont aucun pris individuellement n'est formel. Les recommandations du dernier consensus européen ECCO (*European Crohn's and Colitis Organisation*) restent valables préconisant la réalisation systématique d'une iléo-coloscopie avec biopsies iléales et coliques étagées par segment (Grade A) associée à une gastroscopie (grade D) et une imagerie non irradiante de l'intestin grêle (Grade B) [6]. Pour la MC, les arguments les plus forts sont le caractère discontinu et multisegmentaire des lésions, les fissures transmursales histologiques et le granulome épithélioïde et géantocellulaire (obtenu dans environ 30 % des cas au cours de la maladie, plus rarement d'emblée).

Suite de l'observation

L'entéro-IRM est normale. L'endoscopie œso-gastro-duodénale est normale ainsi que les biopsies fundiques, antrales et duodénales. L'iléo-coloscopie montre une iléite ulcérée et un côlon normal (figure 2). Les biopsies



Figure 2 • Iléoscopie rétrograde au cours d'une iléo-coloscopie (reproduite avec l'aimable autorisation du Pr X. Dray, Hôpital Saint-Antoine, Paris).

coliques sont normales. Les biopsies iléales montrent une architecture des cryptes relativement conservée avec des abcès cryptiques et quelques glandes contournées, une infiltration de polynucléaires avec rares lymphoplasmocytes dans la *lamina propria*.

Question n°7. Quelle(s) hypothèse(s) diagnostique(s) formulez-vous pour expliquer cet épisode ?

- A. Une iléite de reflux.
- B. Une iléite médicamenteuse (AINS).
- C. Une iléite infectieuse sans germe mis en évidence révélant une maladie de Crohn iléale.
- D. Une iléite infectieuse sans germe mis en évidence révélant une iléite associée au spondylarthropathie.
- E. Une maladie de Behçet.

Il ne faut pas méconnaître une infection intestinale qui peut être associée à la première poussée de maladie chronique (MC, autre). Sur un plan plus spécifique, le risque de développer une maladie de Crohn suite à un premier épisode d'iléite a été étudié dans les années 80 [7, 8]. Ce risque était alors variable selon le pays de l'étude. Dans les études suédoises, le risque variait entre 13 % et 17 % alors que dans les autres régions ce risque était minime, d'environ 1 %. Un peu plus récemment, un travail de Jess *et al.* a également étudié ce risque [2]. Dans cette étude rétrospective, reprenant tous les patients chez qui une iléite terminale avait été identifiée en per-opératoire d'une intervention pour suspicion d'appendicite aiguë, le risque relatif cumulé a été déterminé à 6,1 %. Indépendamment de la MC et de la prise d'AINS, les spondylarthropathies sont associées à des lésions inflammatoires préférentiellement au niveau de l'iléon terminal chez 67 % des patients [9]. L'origine de cette inflammation est inconnue, mais serait liée à des mécanismes physiopathologiques en particulier immunologiques similaires entre la MC et la spondylarthrite ankylosante. La plupart de ces patients sont asymptomatiques, mais certains peuvent se présenter sous forme d'une iléite aiguë. L'analyse histologique trouve volontiers des stigmates d'atteinte aiguë à l'image des causes infectieuses avec une préservation de l'architecture intestinale et une infiltration riche en polynucléaires neutrophiles. L'évolution clinique et histologique est rythmée par les poussées inflammatoires articulaires et seuls 7 % des patients évolueront vers une authentique MC. En pratique, ces patients sont à surveiller comme des MC.



TAKE HOME MESSAGES

- Les causes d'atteintes iléales sont diverses. Elles incluent une origine infectieuse, inflammatoire, tumorale, médicamenteuse ou encore vasculaire, l'origine infectieuse restant la plus fréquente.
- Les yersinioses sont les iléites bactériennes les plus fréquentes. Le diagnostic de yersiniose iléale repose sur la culture de la bactérie à partir des selles et/ou des biopsies muqueuses iléales.
- Les quinolones sont en général efficaces sur les trois bactéries le plus souvent responsables d'une iléite aiguë (*Yersinia*, *Salmonella*, *Campylobacter*). Néanmoins, considérant l'évolution plus souvent spontanément favorable, un traitement antibiotique n'est pas toujours nécessaire.
- En l'absence de cause ou lorsque l'on suspecte une cause non infectieuse isolée, des explorations à distance de l'épisode aigu seront demandées à la recherche d'une maladie de Crohn qui reste une hypothèse privilégiée.

Bonnes réponses aux questions

- Question 1 : B, D
- Question 2 : D
- Question 3 : D, E
- Question 4 : B, D
- Question 5 : C, E
- Question 6 : A, B, E
- Question 7 : C, D



Liens d'intérêts :

l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

- 1 • Garrido E, Sanromán AL, Rodríguez-Gandía MA, *et al.* Optimized protocol for diagnosis of acute ileitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009 ; 7(11) : 1183-8.
- 2 • Jess T, Jess P. Acute terminal ileitis, yersiniosis, and Crohn's disease: A long-term follow-up study of the relationships. *Eur J Intern Med* 2001 ; 12(2) : 98-100.
- 3 • Puylaert JB, Vermeijden RJ, van der Werf SD, Doombos L, Koumans RK. Incidence and sonographic diagnosis of bacterial ileoceacitis masquerading as appendicitis. *Lancet* 1989 ; 2(8654) : 84-6.
- 4 • Puylaert JB, Van der Zant FM, Mutsaers JA. Infectious ileoceacitis caused by *Yersinia*, *Campylobacter*, and *Salmonella* : clinical, radiological and US findings. *Eur Radiol* 1997 ; 7(1) : 3-9.
- 5 • Wiström J, Jertborn M, Ekwall E, *et al.* Empiric treatment of acute diarrheal disease with norfloxacin. A randomized, placebo-controlled study. Swedish Study Group. *Ann Intern Med* 1992 ; 117(3) : 202-8.

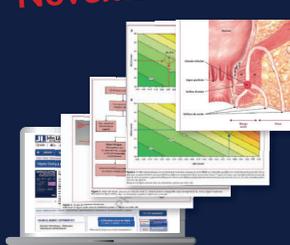
6 • Gomollón F, Dignass A, Annese V, *et al.* 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016 : Part 1: Diagnosis and Medical Management. *J Crohns Colitis* 2017 ; 11(1) : 3-25.

7 • Jess P. Acute terminal ileitis—review of recent literature on the relationship to Crohn's disease. *Scand J Gastroentero* 1981 ; 16(3) : 321-4.

8 • Kewenter J, Hultén L, Kock NG. The relationship and epidemiology of acute terminal ileitis and Crohn's disease. *Gut* 1974 ; 15(10) : 801-4.

9 • De Vos M, Cuvelier C, Mielants H, Veys E, Barbier F, Elewaut A. Ileocolonoscopy in Seronegative Spondylarthropathy. *Gastroenterology* 1989 ; 96(2, Part 1) : 339-44.

e-Numéro HGOD **Novembre 2019**



Un outil pratique pour guider le diagnostic et le traitement disponible sur www.hepatogastro.fr

Revue officielle de FMC

HEPATO-GASTRO & ONCOLOGIE DIGESTIVE

Un **e-Numéro** axé sur votre pratique

Les erreurs à ne pas faire en hépato-gastroentérologie

- Les erreurs à ne pas faire devant une insuffisance hépatique aiguë
- Carcinome hépatocellulaire : les erreurs à ne pas faire
- Appel en urgence de l'hépto-gastro-entérologie : comment éviter les erreurs ?
- Résection endoscopique colorectale : quelles sont les erreurs à éviter ?
- Cancers œsogastriques : les sept erreurs à ne pas (plus) faire
- Cancers colorectaux localisés et métastatiques : les erreurs à ne pas (plus) faire
- Erreurs à ne pas commettre en proctologie
- Prise en charge des maladies inflammatoires chroniques intestinales en 2019 : les dix erreurs à éviter
- Erreurs à ne pas commettre dans les maladies œsogastriques
- Les erreurs à ne pas commettre en neurogastroentérologie
- Quand la pancréatite est biliaire... Quelques erreurs à éviter

SNFGE Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

SFED SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DIGESTIVE

FFCD Fédération Française des Cancerologues

AFEF Association Française pour l'Étude du Foie

GEP Groupe Européen de Pathologie

www.jle.com | **John Libbey EUROTEXT**