

Urgences et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : les abcès intra-abdominaux et les colites aiguës graves

Emergencies in Inflammatory bowel diseases: Intra-abdominal abscesses and severe acute colitis

Pauline Veyrard, Xavier Roblin
CHU de Saint-Étienne, Hôpital Bellevue,
Service de gastro-entérologie et
hépatologie, 25 boulevard Pasteur, 42055
Saint-Étienne Cedex 2, France

e-mail : <xavier.roblin@chu-st-etienne.fr>

Résumé

Les abcès intra-abdominaux et les colites aiguës graves sont les deux principales urgences des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Les prises en charge sont présentées sur des algorithmes.

■ **Mots clés** : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, urgences, abcès intra-abdominaux, colite aiguë grave

Abstract

Intra-abdominal abscesses and severe acute colitis are the two main emergencies in Inflammatory Bowel Disease. Supports are presented on algorithms.

■ **Key words**: Inflammatory Bowel Disease, emergencies, intra-abdominal abscess, severe acute colitis

Les abcès intra-abdominaux

L'incidence des abcès abdominaux au cours d'une maladie de Crohn est d'environ 20 % [1].

Il faut y penser en cas d'hyperthermie, de douleur abdominale et de diarrhée chez des patients atteints de maladie de Crohn [2].

“ Il faut penser à un abcès intra-abdominal en cas d'hyperthermie, de douleur abdominale et diarrhée chez des patients atteints de maladie de Crohn ”

Parfois, chez les patients sous immunosuppresseurs, la symptomatologie peut être plus frustrée.

La prise en charge suivante peut être proposée selon l'algorithme de la figure 1.

Les données actuelles ne permettent pas de trancher de manière formelle sur l'indication ou non de chirurgie. Il semblerait malgré tout qu'un taux plus fort de récurrence soit associé au traitement médical et par drainage en comparaison à la chirurgie (figure 1).

La littérature disponible tend à montrer un sur-risque de récurrence chez les patients présentant un abcès de grande taille ou avec une fistule visible radiologiquement (tableau 1).

Les résultats de l'étude MICA menée par le GETAID (Groupe d'Étude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du Tube Digestif) devraient permettre de répondre à cette question.

Colite aiguë grave

La colite aiguë grave est définie par la présence de plus de six exonérations

**HEPATO-GASTRO
et Oncologie digestive**

Tirés à part : X. Roblin

Pour citer cet article : Veyrard P, Roblin X. Urgences et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : les abcès intra-abdominaux et les colites aiguës graves. *Hépatogastro* 2018 ; 25 : 62-66. doi : 10.1684/hpg.2018.1701

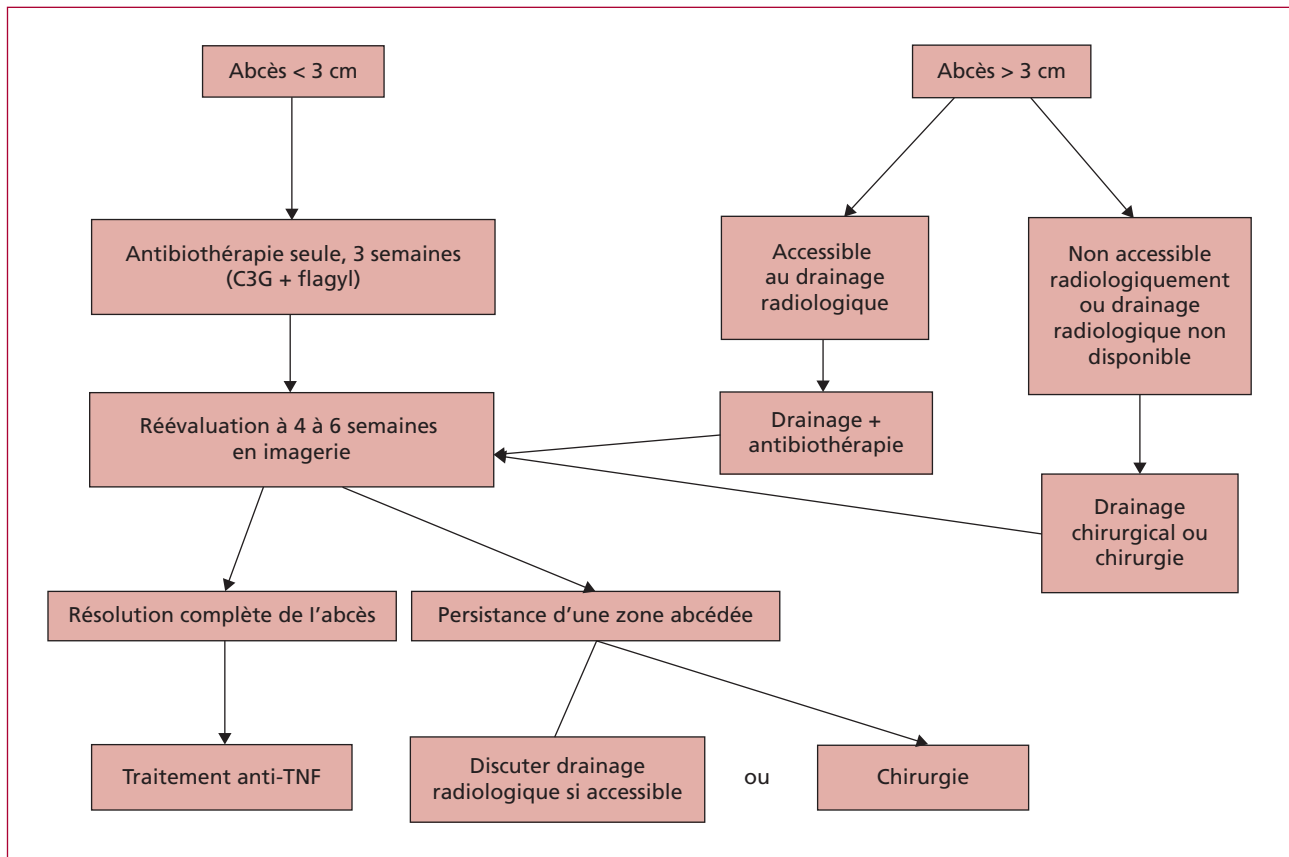


Figure 1. Algorithme de prise en charge d'un abcès intra-abdominal compliquant une maladie de Crohn (d'après [11-13]).
Retrouvez la figure animée dans les illustrations jointes à l'article sur notre site.

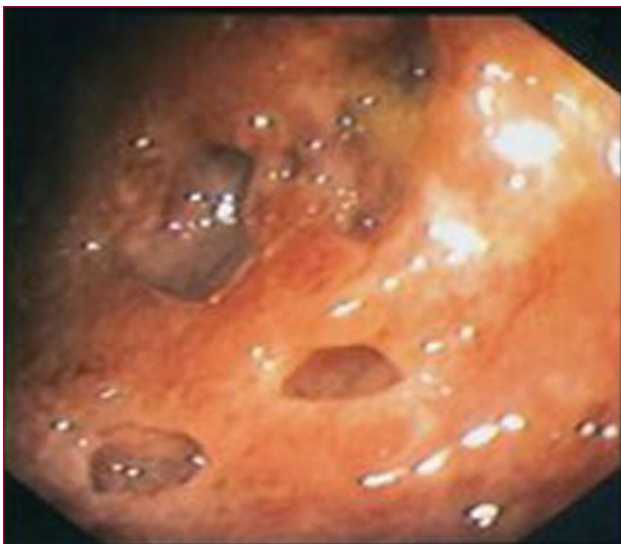


Figure 2. Décollements muquex au cours d'une colite grave.

sanglantes par jour associée à au moins un signe de toxicité systémique [3] :

- Température > 37,8 °C.
- Fréquence cardiaque > 90.
- Hémoglobine < 10,5 g/dL.
- CRP > 30.

Devant ces symptômes, une rectosigmoïdoscopie doit être réalisée afin de chercher à la fois une surinfection à cytomégalovirus (CMV) mais aussi des signes de gravité endoscopique tels que les ulcères en puits ou des décollements muquex (figure 2) [4].

““ *Devant des symptômes de colite aiguë grave, une rectosigmoïdoscopie doit être réalisée afin de chercher à la fois une surinfection à cytomégalovirus mais aussi des signes de gravité endoscopique* **””**

La prise en charge est proposée dans la figure 3 [5, 6].

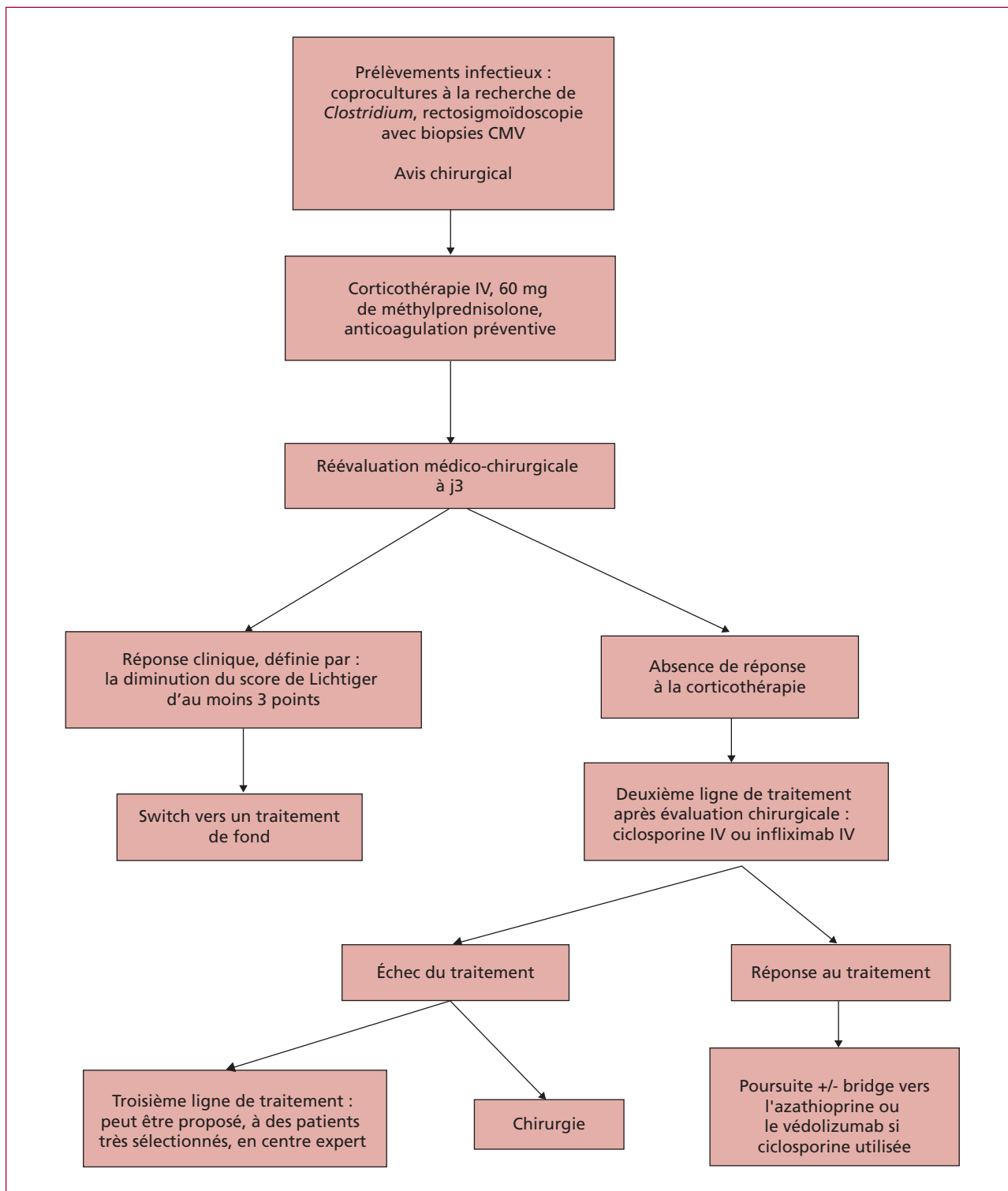


Figure 3. Algorithme de prise en charge d'une colite aiguë grave [5, 6].
Retrouvez la figure animée dans les illustrations jointes à l'article sur notre site.

Tableau 1. Données de la littérature sur les traitements des abcès de la maladie de Crohn.

Efficacité des traitements	Facteurs pronostiques
Bermejo, 2012 [2] Évaluation à un an : – chirurgie : 91 % – drainage radiologique : 30 % – traitement médical seul : 63 %	Facteurs pronostiques d'échec du traitement médical seul : – taille de l'abcès – fistule visible sur le scanner – abcès constitué sous traitement immunosuppresseur
Nguyen, 2012 [8] À 5 ans, le risque cumulé de récurrence est de : – 31,2 % pour les patients traités médicalement – 20,3 % pour les patients opérés – P : 0,25	Facteurs pronostiques d'échec : – antécédent de maladie péri-anale – signes d'activité en imagerie ou en endoscopie – le traitement par anti-TNF était protecteur de récurrence.
Gutierrez, 2006 [9] Pas de différence significative entre la durée de résolution des abcès traités par chirurgie et drainage radiologique (21,5 jours vs. 25 jours, p = 0,84)	
Clancy, 2016 [12] Augmentation significative du risque de récurrence en cas de drainage radiologique en comparaison à la chirurgie	
Sahai, 1997[10] Drainage radiologique uniquement 56 % efficaces, 44 % d'échecs	Les abcès drainés avec succès étaient significativement moins associés à une fistule, ils tendaient également à être plus petits, spontanés, à être un premier épisode, leur cathéter de drainage étaient laissés en place plus longtemps.

Le choix entre infliximab ou ciclosporine en deuxième ligne peut être difficile. Les études ne montrent pas de différence significative d'efficacité entre les deux traitements [7]. Le choix de l'un ou l'autre se base en général plutôt sur les traitements déjà utilisés au préalable : nous avons tendance à préférer en général l'infliximab chez les patients

traités par azathioprine et à l'inverse, la ciclosporine est utilisée lorsqu'une poussée de colite aiguë grave survient chez un patient déjà en échec d'anti-TNF.

“ En cas d'échec de la corticothérapie, nous proposons l'infliximab chez les patients traités par azathioprine et à l'inverse, la ciclosporine chez un patient déjà en échec d'anti-TNF ”

Take home messages

- Idéalement, le traitement des abcès de la maladie de Crohn doit reposer sur le drainage radiologique en cas de taille supérieure à 3 cm.
- Un drainage chirurgical doit être discuté si le drainage radiologique est inaccessible.
- Le traitement médical seul doit être réservé aux abcès de petite taille.
- La prise en charge de la colite aiguë grave est maintenant bien codifiée, elle doit être médico-chirurgicale.
- Elle repose sur les corticoïdes en première intention puis sur l'infliximab ou la ciclosporine.
- La chirurgie doit être proposée à chaque étape en cas de critères de gravité clinique et notamment en cas de colectasie majeure ou de saignement colique non contrôlable.


En cas d'échec, la colectomie en trois temps reste le traitement recommandé. La chirurgie doit être proposée à chaque étape en cas de critères de gravité clinique et notamment en cas de colectasie majeure ou de saignement colique non contrôlable.

Liens d'intérêts : XR : interventions ponctuelles pour le laboratoire MSD. PV déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article. ■

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

1. Yamaguchi A, Matsui T, Sakurai T, *et al.* The clinical characteristics and outcome of intraabdominal abscess in Crohn's disease. *J Gastroenterol* 2004 ; 39 : 441-8.
2. Bermejo F, Garrido E, Chaparro M, *et al.* Efficacy of different therapeutic options for spontaneous abdominal abscesses in Crohn's disease: Are antibiotics enough? *Inflamm Bowel Dis* 2012 ; 18 : 1509-14.
3. Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, *et al.* Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management. *J Crohns Colitis* 2017 ; 11 : 769-84.

- 
4. Carbonnel F, Lavergne A, Lémann M, *et al.* Colonoscopy of acute colitis. A safe and reliable tool for assessment of severity. *Dig Dis Sci* 1994 ; 39 : 1550-7.
 5. Kedia S, Ahuja V, Tandon R. Management of acute severe ulcerative colitis. *World J Gastrointest Pathophysiol* 2014 ; 5 : 579-88.
 6. Turner D, Travis SPL, Griffiths AM, *et al.* Consensus for Managing Acute Severe Ulcerative Colitis in Children : A Systematic Review and Joint Statement From ECCO, ESPGHAN and the Porto IBD Working Group of ESPGHAN. *Am J Gastroenterol* 2011 ; 106 : 574-88.
 7. Laharie D, Bourreille A, Branche J, *et al.* **Ciclosporin versus infliximab in patients with severe ulcerative colitis refractory to intravenous steroids: a parallel, open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2012 ; 380(9857) : 1909-15.**
 8. Nguyen DL, Sandborn WJ, Loftus EV, *et al.* Similar outcomes of surgical and medical treatment of intra-abdominal abscesses in patients with Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012 ; 10 : 400-4.
 9. Gutierrez A, Lee H, Sands BE. Outcome of surgical versus percutaneous drainage of abdominal and pelvic abscesses in Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2006 ; 101 : 2283-9.
 10. Sahai A, Bélair M, Gianfelice D, Coté S, Gratton J, Lahaie R. Percutaneous drainage of intra-abdominal abscesses in Crohn's disease : short and long-term outcome. *Am J Gastroenterol* 1997 ; 92 : 275-8.
 11. Feagins LA, Holubar SD, Kane SV, Spechler SJ. Current strategies in the management of intra-abdominal abscesses in Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011 ; 9 : 842-50.
 12. Clancy C, Boland T, Deasy J, McNamara D, Burke JP. A meta-analysis of percutaneous drainage versus surgery as the initial treatment of Crohn's disease-related intra-abdominal abscess. *J Crohns Colitis* 2016 ; 10 : 202-8.
 13. **ECCO-ESCP Consensus on Surgery for Crohn's Disease. *Journal of Crohn's and Colitis. Oxford Academic* n.d. <https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/12/1/1/3813784> (accessed July 26, 2018).**