

LA RECTOCOLITE

HÉMORRAGIQUE



DÉFINITION

La rectocolite hémorragique (RCH) est une maladie inflammatoire intestinale pouvant atteindre le **rectum et le côlon**. Les autres segments du tube digestif (intestin grêle en particulier) ne sont jamais concernés par l'inflammation. C'est une maladie chronique comportant des phases d'activité (ou « poussées ») d'intensité variable alternant avec des phases de rémission complète. Lors des phases d'activité, l'inflammation atteint la muqueuse, c'est-à-dire la partie interne de la paroi intestinale, qui devient rouge, fragile, ulcérée. La maladie touche toujours le rectum et peut « remonter » sur le côlon, d'un seul tenant sans laisser d'intervalle de muqueuse saine. Selon l'étendue des lésions au niveau du côlon, on distingue schématiquement trois types de RCH :

- ➔ Les **RCH distales** (60%) atteignant le rectum (il s'agit alors d'une rectite, le suffixe *ite* désignant une inflammation), le rectum et le sigmoïde (rectosigmoïdite).
- ➔ Les **RCH pancoliques** (15%) atteignant le rectum et la totalité du côlon.
- ➔ Les **formes intermédiaires** (25%) entre les formes distales et pancoliques.

QUELLES SONT LES DIFFÉRENCES AVEC LA MALADIE DE CROHN ?

La maladie de Crohn est également une maladie inflammatoire intestinale chronique évoluant par poussées. Les symptômes peuvent être proches de ceux de la RCH, et il est parfois difficile lors des premières manifestations cliniques de savoir à laquelle des deux maladies on est confronté.

Il existe cependant des **différences fondamentales** : la maladie de Crohn peut atteindre n'importe quel segment du tube digestif, depuis la bouche jusqu'à l'anus, souvent de façon discontinue. L'inflammation touche toute l'épaisseur de la paroi intestinale.

LA RCH EST-ELLE FRÉQUENTE ?

L'incidence de la RCH varie d'un pays à l'autre, le taux maximal se trouvant en Europe du Nord-Ouest et aux Etats-Unis. En France, le nombre de nouveaux cas chaque année est compris entre 4 et 5 pour 100 000 habitants. La RCH affecte à égalité les deux sexes. Actuellement on dénombre **150 000 personnes atteintes de la rectocolite hémorragique en France**.

L'âge moyen de la découverte de la maladie se situe entre 15 et 30 ans, avec un nouveau pic de diagnostics autour de 60 ans. Cependant, elle peut se révéler à tout âge.

QUELLE EST LA CAUSE DE LA RCH ?

Elle reste actuellement **inconnue**.

Plusieurs facteurs sont impliqués dans la survenue de la maladie :

1° Un facteur génétique : il existe une prédisposition génétique à la RCH. La maladie est plus fréquente chez les parents du 1er degré d'un malade que dans la population générale.

2° Des facteurs environnementaux : la RCH est moins fréquente chez les fumeurs et très rare chez les sujets ayant été opérés de l'appendice, comme si tabac* et appendicectomie protégeaient de la RCH.

3° Des facteurs immunologiques : des anomalies du système immunitaire ont été décrites au cours de la RCH. On pense actuellement que ces différents facteurs sont liés.

La RCH n'est pas contagieuse. Il n'y a pas de transmission directe d'un individu à l'autre.

** Il est important de rappeler les effets délétères du tabac sur la santé et toutes les maladies que le tabac peut engendrer.*

COMMENT SE MANIFESTE LA MALADIE LORS D'UNE « POUSSÉE » ?

Les manifestations cliniques dépendent de l'extension de la maladie. **Les principales manifestations sont intestinales.** Les émissions de sang rouge par l'anus ou rectorragies sont constantes. Dans les formes distales, il existe un syndrome dysentérique associant les émissions de glaire et de sang, des faux besoins, des douleurs rectales sans diarrhée. Selon la sévérité de la poussée, peuvent s'y associer des douleurs abdominales, une fièvre, un amaigrissement. Parfois certaines poussées s'accompagnent de **manifestations extra-intestinales** : articulaires, cutanées, oculaires, hépatiques.

COMMENT LE DIAGNOSTIC DE LA RCH EST-IL ÉTABLI ?

Le diagnostic d'une RCH repose sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques (examens complémentaires). En effet, aucun test ne permet à lui seul d'affirmer le diagnostic. L'examen du côlon est réalisé par un examen endoscopique : rectoscopie, coloscopie. La **rectoscopie**, réalisée avec un tube rigide, permet, sans préparation, de visualiser le rectum.

La **coloscopie**, réalisée avec un appareil souple contenant des fibres optiques, permet d'examiner directement la paroi du rectum et du côlon ainsi que les derniers centimètres de l'intestin grêle. Cet examen nécessite une préparation du côlon réalisée par voie orale. Dans le même temps des prélèvements de la muqueuse (biopsies) sont effectués. Dans certains cas, malgré la pratique d'examens complémentaires, le diagnostic ne peut être porté avec certitude lors de la première poussée. C'est l'évolution qui permet alors de trancher.

LES POUSSÉES SONT-ELLES FRÉQUENTES ?

Des complications peuvent survenir au cours de la maladie : une poussée grave par son intensité imposant l'hospitalisation, l'arrêt de l'alimentation et un traitement par perfusion pendant quelques jours ; un rétrécissement (sténose*) d'un segment intestinal ; très rarement une perforation intestinale.

LA RCH AUGMENTE-T-ELLE LE RISQUE DE CANCER DU CÔLON ?

Il existe une augmentation du risque du cancer du côlon chez les patients porteurs d'une RCH pancolique, évoluant depuis plus de 10 ans. La prévention du cancer chez les patients atteints de cette forme de RCH repose sur la coloscopie avec des biopsies étagées au-delà de la dixième année d'évolution et la poursuite régulière du traitement par le 5-ASA.

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS COURAMMENT UTILISÉS DANS LA MALADIE DE CROHN ?

La cause de la RCH demeurant inconnue, il n'existe pas de traitement médical radical permettant d'obtenir une guérison définitive.

Le traitement de la poussée repose sur :

Le **5-ASA** (Dipentum®, Pentasa®, Rowasa®) par voie orale ou locale (suppositoires, lavements).

La **corticothérapie** par voie orale (Cortancyl®, Solupred®) ou par voie locale (Betnésol®, Rectovalone®, Colofoam®, Proctocort®). Le choix entre les deux groupes et la voie d'administration sont conditionnés par l'intensité de la poussée et l'extension des lésions au niveau du côlon.

Quand s'installe une corticodépendance, c'est-à-dire l'impossibilité de réduire les corticoïdes au-dessous d'une certaine dose « seuil » (aux alentours de 20mg/j) sans que réapparaissent les symptômes, on doit avoir recours à un immunosuppresseur soit par voie orale (Imurel®, Purinéthol®), soit par voie sous cutanée (Méthotrexate®, Metoject®). Ces médicaments imposent une surveillance clinique et biologique régulière.

Les traitements dits « biologiques » sont utilisés en cas d'échec ou d'intolérance des immunosuppresseurs de première ligne et/ou en cas de corticodépendance. Il cherche, pour les principaux d'entre eux, à bloquer une molécule le TNF alpha, premier facteur produit par l'organisme au cours d'une inflammation. Les anti-TNF sont des anticorps dirigés contre le TNF alpha :

- ➔ le Rémicade®/Inflectra®, Remsima® est administré par perfusion à l'hôpital tous les 2 mois,
- ➔ l'Humira® et le Simponi® sont utilisés en injections sous cutanées tous les 15 jours.

L'association d'un anti TNF avec un immunosuppresseur est souvent recommandée au moins pendant les 6 premiers mois de traitement pour améliorer l'efficacité et la durée de la réponse thérapeutique. On parle alors de bithérapie ou **combothérapie**.

De **nouvelles molécules différentes des anti-TNF alpha** sont proposées lorsque les anti TNF ne sont plus efficaces : l'Entyvio® administré en perfusion.

UNE INTERVENTION CHIRURGICALE EST-ELLE PARFOIS NÉCESSAIRE ?

La chirurgie est nécessaire dans les formes graves ou dans les formes chroniques, invalidantes, rebelles au traitement médical. Dans tous les cas, le côlon est enlevé en totalité.

Pour ce qui concerne le rectum, il existe deux modalités :

1° La conservation du rectum (anastomose iléo-rectale) exposant aux risques de nouvelles poussées de la maladie sur le rectum,

2° L'exérèse* du rectum et la confection avec l'intestin grêle d'un réservoir remplaçant le rectum (anastomose iléo-anale) qui permet de supprimer définitivement la maladie. Mais il peut dans quelques cas survenir une inflammation de ce réservoir, le plus souvent contrôlée par un traitement antibiotique.

Ces interventions conservent dans les deux cas l'anus (absence de poche) avec environ 5 selles quotidiennes. Le choix entre les deux techniques est conditionné par le degré de l'atteinte du rectum, la qualité du sphincter anal et l'âge du patient.

CE QUE FAIT L'AFA :

A voir :

Les fiches thématiques dédiées aux traitements qui expliquent en détail les traitements de la maladie de Crohn.

Les fiches thématiques dédiées aux différents types de chirurgie dans la maladie de Crohn et la RCH.

Toutes les fiches sont disponibles en téléchargement libre sur le site de l'afa :

<https://www.afa.asso.fr/categorie/mediatheque/fiches-thematiques.html>

Voir aussi :

<https://www.afa.asso.fr/categorie/maladie-de-crohn-rch/rectocolite-hemorragique.html>

Vous y trouverez des rubriques telles que : «Traitements», «Conseils et prévention», «Médecines complémentaires»

Les services :

La ligne MICI Infos Services du lundi au vendredi de 14h00 à 18h00 au 0811 091 623 (prix d'un appel local) ou au 01 801 821 81 depuis un téléphone mobile



MICI Connect : la plateforme d'accompagnement et d'échange de l'afa vous propose des outils pour gérer votre alimentation avec une maladie de Crohn ou une RCH. www.miciconnect.com

GLOSSAIRE

Sténose : gonflement de la muqueuse intestinale conduisant au rétrécissement de l'intestin qui peut se traduire par une occlusion.

Exérèse : opération chirurgicale par laquelle on enlève un organe, une tumeur ou un corps étranger inutile ou malade

