

Une gastro-entérite ?

OUI, MAIS PAS DEUX, PAS TROIS...

Des symptômes digestifs récidivants, qui semblent anodins, peuvent déjà évoquer le diagnostic.

Des douleurs abdominales

Des spasmes assez intenses, perturbant l'activité quotidienne.

Une modification du transit intestinal

Des selles moins bien formées, plus fréquentes, parfois impérieuses.

A l'examen

Vous réveillez parfois une douleur précise de la fosse iliaque droite et vous sentez rouler sous les doigts à cet emplacement une petite tuméfaction ferme.



Endoscopie Crohn

Les examens clés pour confirmer le diagnostic

- L'échographie abdominale peut mettre sur la voie en révélant un épaississement des parois intestinales.
- La coloscopie reste l'examen le plus probant; elle permet de visualiser les lésions caractéristiques de l'iléon terminal et du côlon.
- Les biopsies confirmeront l'inflammation chronique et révéleront parfois la présence de granulomes épithélioïdes.
- La rectoscopie avec biopsies peut suffire à évoquer le diagnostic de RCH, mais la coloscopie reste indispensable.

Quels sont les signes d'alerte ?

Le diagnostic de la maladie de Crohn peut être évoqué par l'association de signes digestifs et d'un syndrome inflammatoire biologique.

En revanche, un examen des selles n'apporte pas d'argument diagnostique valable.

Ne pas attribuer trop rapidement les troubles à la présence dans les selles de candida, streptocoques, staphylocoques ou colibacilles, en fait non pathogènes.

Une appendicite ?

PAS TOUJOURS...

Syndrome abdominal aigu

Une douleur abdominale associée à une fièvre peut ainsi simuler une appendicite :

- dans cette situation, l'échographie ou surtout le scanner peut redresser le diagnostic. Mais si la maladie de Crohn est découverte seulement pendant l'intervention, il faut alors s'abstenir d'une résection intestinale hâtive.
- il peut s'agir aussi d'une perforation de l'intestin, avec abcès localisé (alors que la péritonite est rare dans le Crohn) qui pourra dans l'idéal être diagnostiqué et traité par un drainage sous scanner.

Une atteinte périnéale

Est une localisation fréquente de la maladie de Crohn. Le tableau le plus classique est celui d'un abcès avec fistule anale (douleur anale, fièvre et écoulement sale).

Le bilan des lésions est fait par une échographie ou une IRM. L'exploration chirurgicale permettra d'évacuer l'abcès et de mettre en place un drainage par élastique.

Une récurrence est toujours possible.

Le traitement chirurgical doit simplement drainer l'abcès en évacuant la collection purulente, ce qui soulage rapidement le patient.



Du sang dans les selles ?

DES HEMORROÏDES ?

PEUT-ÊTRE, MAIS EVITEZ LES CONCLUSIONS HÂTIVES

La rectorragie est le signe le plus fréquent de la RCH. Elle a le mérite d'inquiéter le patient qui consulte plus précocement. Elle doit alerter tout particulièrement si elle survient chez un patient jeune n'ayant pas de facteur de risque de cancer recto-colique.

L'interrogatoire oriente le diagnostic

Existence de troubles du transit intestinal, de douleurs abdominales, d'un syndrome rectal avec émissions glairo-sanglantes afécales, ténesme et faux besoins...

L'examen clinique doit être méthodique

Systématique et réalisé en position genu-pectorale, il permettra de visualiser la marge anale, de rechercher une thrombose ou un orifice fistuleux. Le toucher vérifiera l'état de l'ampoule rectale et précisera la présence de sang.

En l'absence de pathologie hémorroïdaire manifeste, un bilan plus complet s'impose.



Endoscopie RCH

La confirmation du diagnostic

La découverte d'une fissure ou d'une fistule peut révéler une maladie de Crohn. L'absence de lésion de la marge anale

impose d'examiner le rectum et nécessitera l'avis du gastro-entérologue.

Et chez l'enfant ?

LES SYMPTÔMES QUI DONNENT L'ALERTE

Tout symptôme digestif trainant
Diarrhée, rectorragies, douleurs abdominales récidivantes, sans cause infectieuse évidente.

Une cassure de la courbe de croissance staturale

60% des malades de Crohn à l'âge pédiatrique ont cassé la courbe de croissance staturale dans l'année qui précède le diagnostic.

Des antécédents familiaux

Environ 15 à 20% des malades ont dans leur famille un parent atteint de MICI.

LES EXAMENS CLÉS POUR CONFIRMER LE DIAGNOSTIC

Ils sont les mêmes que pour l'adulte :

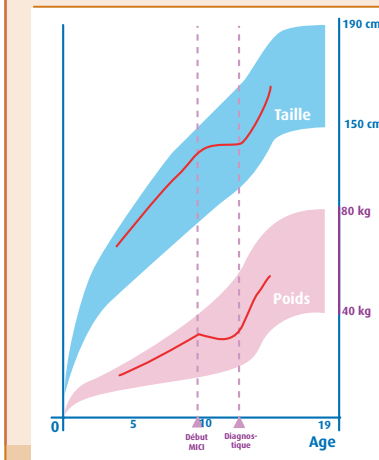
- syndrome inflammatoire;
- échographie abdominale;
- endoscopies + transit du grêle.

LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Elle fait appel aux mêmes médicaments que pour les MICI de l'adulte. Les techniques nutritionnelles ont un effet bénéfique sur la maladie comme sur la croissance.

La surveillance de la croissance staturale-pondérale

Un élément capital de la surveillance médicale des enfants.



4 points de repère

1

Les antécédents familiaux

La présence dans la famille d'une personne atteinte de MICI doit d'emblée attirer l'attention car il existe des facteurs génétiques de prédisposition. Toutefois, en dehors des rares familles dans lesquelles plusieurs membres sont déjà atteints de MICI, le risque qu'un enfant né d'un père ou d'une mère ayant une MICI ait un jour la maladie n'est que de 1 %.

2

L'âge de survenue

Le pic d'incidence des MICI se situe entre 17 et 35 ans, mais elles peuvent survenir à tout âge, aussi bien chez l'enfant que chez la personne âgée. L'incidence pédiatrique est de 7 à 10 cas pour 100 000 enfants.

3

Les récurrences

Tout symptôme récidivant, aussi banal soit-il, doit faire évoquer la possibilité de MICI **sans se contenter du diagnostic de colopathie fonctionnelle**, même si le malade lui-même met en avant le rôle du surmenage ou du stress.

4

Les lésions extra-digestives

Des manifestations extra-digestives sont observées dans la maladie de Crohn comme dans la RCH. Toute association de troubles digestifs à des atteintes articulaires ou cutanées, toute manifestation oculaire inhabituelle, doivent donc orienter vers une possible maladie

Principales mesures accompagnant le traitement dans les MICI



IL NE FAUDRAIT PAS

- Insister sur le rôle du stress ou des facteurs psychologiques.
- Prescrire un régime pauvre en fibre en dehors des poussées et des sténoses intestinales.
- Prescrire un régime sans sel et sans sucre rapide en cas de corticothérapie.
- Conseiller des repos et arrêts de travail prolongés.
- Contre indiquer la pilule.
- Déconseiller systématiquement les grossesses.



IL FAUDRAIT

- Rassurer et informer.
- Traiter au besoin l'anxiété et la dépression secondaires.
- Maintenir une alimentation normale éventuellement associée à des suppléments nutritionnels.
- Associer calcium et vitamine D si corticothérapie prolongée.
- Insister sur l'importance d'une vie socioprofessionnelle normale.
- Conseiller l'arrêt du tabac dans la maladie de Crohn.

Maladies Rares Info Services
Numéro Azur 0810 63 19 20
ligne de soutien et d'orientation

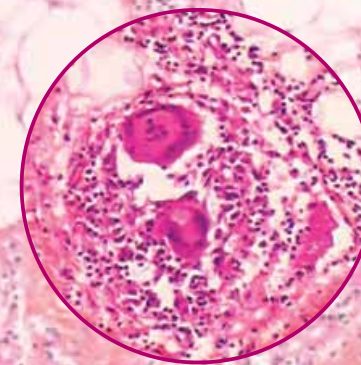
En partenariat avec :



Association François Aupetit
Hôpital Saint-Antoine • 75571 Paris Cedex 12
tél. 01 43 07 00 49 • fax 01 43 07 00 63
www.afa.asso.fr • mail : info-accueil@afa.asso.fr

Une documentation MiCi est disponible à l'AFA

MiCi Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales



Un diagnostic à ne pas manquer

Association François Aupetit



Ecouter le patient, première étape essentielle.

Les Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales constituent un réel problème de santé publique. En France, les MICI concernent de 120 à 150 000 patients et 5 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année.

La maladie de Crohn est plus fréquente que la recto-colite hémorragique dans plusieurs régions, notamment dans le Nord. Dans la majorité des cas, la symptomatologie est loin d'être typique.

Un médecin généraliste voit en moyenne une fois tous les 5 ans un patient présentant les premiers symptômes d'une MICI*.

Pour éviter tout retard de diagnostic, laissez parler votre patient, aidez-le à décrire précisément les symptômes. Il vous apprendra beaucoup de choses!

En prenant le temps de l'écouter, vous pourrez détecter les éléments inhabituels et les signes d'alerte qui orienteront vers une maladie inflammatoire.

En cas de doute, si vous prescrivez un antiseptique intestinal, demandez à revoir votre patient; s'il s'agit d'une maladie inflammatoire, une amélioration spontanée peut se produire, mais une complication inopinée peut survenir. Si les symptômes persistent ou se renouvellent, n'hésitez pas à recourir rapidement à un avis spécialisé.

* Rev. Epidém. et Santé Publ., 1999, 47, 45-53