Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Num de CA 265

Colite aigue grave et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin: Facteurs associés au recours chirurgical

1er Auteur : Cyrine, Louati, Médecin interne, Service de gastro-entérologie, Hôpital Charles Nicolles, Tunis, Tunisie

Autres auteurs, équipe:

- Emna, Belhaj Mabrouk, assistante hospitalo-universitaire, Service de gastro-entérologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Asma, Mensi, assistante hospitalo-universitaire, Service de gastro-entérologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Asma, Mensi, assistante hospitalo-universitaire, Service de gastro-entérologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Schema, Ayadi, assistante hospitalo-universitaire, Service de gastro-entérologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Yosra, Said, Professeur, Service de gastro-entérologie, Service de gastro-entérologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Leila, Mouelhi, Professeur, Service de gastro-entérologie, Service de gastro-entérologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Debbeche, Radhouane, Professeur, Service de gastro-entérologie, Service de gastro-entérologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction

La colite aiguë grave (CAG) représente une complication redoutable des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Elle peut être inaugurale ou survenir au cours de l'évolution de la maladie. Véritable urgence médico-chirurgicale, elle engage le pronostic vital et fonctionnel, nécessitant une prise en charge rapide et adaptée. Malgré les avancées thérapeutiques, un pourcentage non négligeable de patients requiert une colectomie en urgence, associée à une morbi-mortalité significative.

Objectifs

Identifier les facteurs associés au recours à la chirurgie au cours des CAG compliquant une MICI.

* Méthodes *

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée sur une période de 10 ans (janvier 2010 – mars 2023) au sein du service de gastro-entérologie de l'hôpital Charles Nicolle. Ont été inclus les patients atteints de MICI compliquée d'une CAG, définie selon les critères de Truelove et Witts et un score de Lichtiger >10.

Les patients ont été répartis en deux groupes :

- Groupe 1 (G1) : patients ayant eu une coloproctectomie,
- Groupe 2 (G2) : patients ayant bénéficié d'un traitement médical.

* Résultats *

Quarante-neuf patients âgés de plus de 18 ans ont été inclus, avec un âge moyen de 38,2 ans (18–74 ans) et une légère prédominance féminine (53 %, sexe-ratio H/F = 0,9). La répartition des patients en fonction du caractère inaugurale ou connu de la CAG est schématisée dans la figure 1

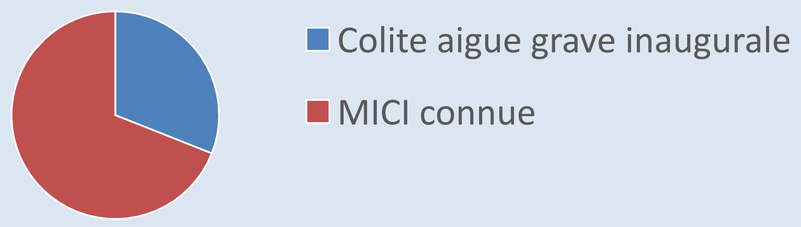
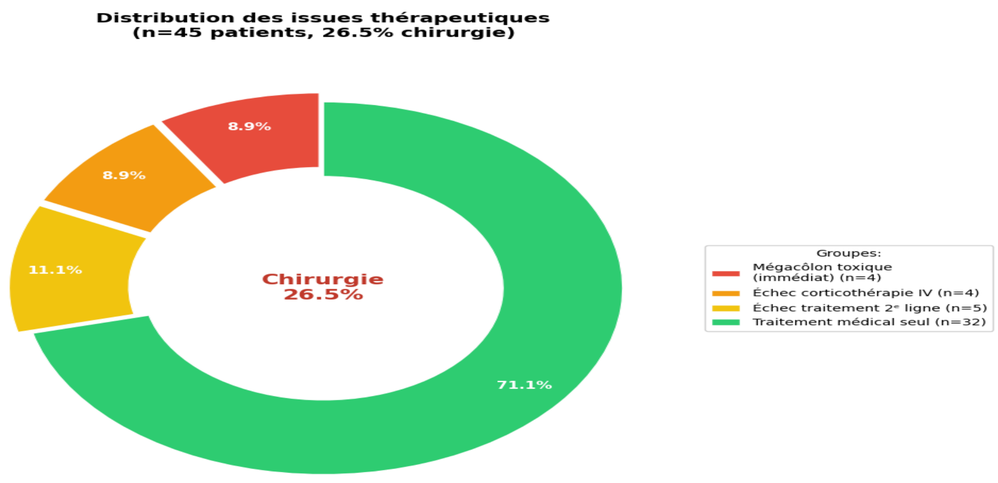


Figure 1: Répartition des patients en fonction du caractère inaugurale de la MICI

Des signes endoscopiques de gravité à l'admission étaient présents chez 22 patients (49 %). Le score UCEIS initial était >6 dans 51 % des cas.



En analyse univariée, les facteurs significativement associés au recours chirurgical étaient : le sexe masculin (p=0,036), un nombre de selles sanglantes >9/jour (p=0,013), un score de Lichtiger >10 aux 3e et 5e jours (p=0,011 et <0,001), une hyperleucocytose >10 000/mm³ au 3e jour et >12 000/mm³ au 7e jour (p=0,008), une CRP >50 mg/L au 7e jour (p=0,001), ainsi que la persistance de signes de gravité endoscopiques après 5 jours de corticothérapie (p=0,001).

En revanche, l'âge, le caractère inaugural ou évolutif de la CAG ainsi que le type de MICI sous-jacente n'étaient pas corrélés au recours à la chirurgie. En analyse multivariée, seule la présence de signes de gravité à l'endoscopie de contrôle était prédictive de l'échec de la corticothérapie avec un Odds Ratio à 42,2 (p=0,028).

Conclusion :

La colectomie demeure nécessaire chez ¼ des patients hospitalisés pour CAG compliquant une MICI. L'identification précoce permet d'anticiper l'échec du traitement médical et d'orienter plus rapidement les patients vers une prise en charge chirurgicale, améliorant ainsi leur pronostic vital et fonctionnel.