



Rectocolite hémorragique

[Qu'est ce que la rectocolite hémorragique ?](#)

[Quels sont les symptômes de la rectocolite hémorragique \(RCH\) ?](#)

[Quels examens permettent le diagnostic de rectocolite hémorragique ?](#)

[Quels sont les aspects endoscopiques d'une rectocolite hémorragique ?](#)

[Existe t-il des manifestations non intestinales de la rectocolite hémorragique ?](#)

[Quelles sont les complications possibles de la rectocolite hémorragique ?](#)

[Comment évolue une poussée de rectocolite hémorragique ?](#)

[Existe t-il un lien entre rectocolite hémorragique et cancer ?](#)

[Quel est le traitement de la rectocolite hémorragique ?](#)

[Quelle est la place du traitement chirurgical dans la rectocolite hémorragique ?](#)

[Quelles différences entre rectocolite hémorragique et maladie de Crohn colique ?](#)

4.5.1. Qu'est ce que la rectocolite hémorragique ?

La rectocolite hémorragique (RCH) est une affection inflammatoire de la muqueuse, de cause inconnue. Elle atteint constamment le rectum et s'étend de manière continue plus ou moins haut vers le cæcum, respectant le grêle. Elle évolue par poussées.

4.5.2. Quels sont les symptômes de la rectocolite hémorragique (RCH) ?

En fonction de paramètres cliniques et biologiques, les poussées de la RCH sont classées schématiquement en trois formes qui diffèrent par leur pronostic et la thérapeutique. Elles sont décrites par ordre décroissant de prévalence.

– Dans une poussée d'intensité moyenne, la RCH se manifeste par :

- l'émission de selles glaireuses et sanglantes, pouvant être afécales ;
- des douleurs abdominales ;
- un état général peu altéré.

– Une poussée d'intensité minime se traduit par une ou quelques selles quotidiennes mêlées de sang et de glaires, ou par quelques déjections glairo-sanglantes afécales.

– Une poussée d'intensité sévère se traduit par des signes plus nets indiqués sur le tableau.

Classification de gravité clinico-biologique de la rectocolite hémorragique selon Truelove et Witts.

	Poussée sévère	Poussée légère
Nombre de selles /j	6 ou plus, sanglantes	Moins de 4, traces de sang
Température vespérale	> 37,8°C 2 jours sur 4	Normale
Rythme cardiaque	> 90 / min	normal
Hémoglobine (g/100ml)	< 10,5	normale
VS à la première heure	> 30	< 30

4.5.3. Quels examens permettent le diagnostic de rectocolite hémorragique ?

Ce sont :

- la coloscopie qui précise au mieux l'extension de la RCH ;
- la rectoscopie ou coloscopie courte.

L'atteinte rectale est constante ; les lésions sont continues sans intervalle sain ; les biopsies ne donnent qu'une orientation diagnostique : il n'existe pas de signes histologiques spécifiques.

La coloscopie totale est utile pour vérifier l'extension proximale des lésions et confirmer l'absence d'atteinte de l'iléon.

4.5.4. Quels sont les aspects endoscopiques d'une rectocolite hémorragique ? ([figure 7](#))

Ils vont de la muqueuse simplement œdématiée ou granitée masquant les vaisseaux sous-muqueux et pouvant ou non saigner au contact, à une muqueuse recouverte de pus, ulcérée par endroits, saignant spontanément en nappe. Les lésions sont diffuses, sans intervalle de muqueuse saine.

Des pseudo-polypes se sont souvent formés et sont vus dans les RCH anciennes.

L'ampoule rectale paraît souvent de volume réduit.

4.5.5. Existe-t-il des manifestations non intestinales de la rectocolite hémorragique ?

Elles sont rhumatismales (axiales ou périphériques), oculaires, cutanées et hépato-biliaires (cholangite sclérosante).

4.5.6. Quelles sont les complications possibles de la rectocolite hémorragique ?

Les complications possibles sont :

- Le mégacolon toxique (recherché par l'ASP)
- la perforation
- l'hémorragie
- La septicémie
- Le cancer

4.5.7. Comment évolue une poussée de rectocolite hémorragique ?

L'évolution de la poussée se fait vers la rémission ou l'aggravation, conduisant souvent dans ce dernier cas à une indication chirurgicale.

Après une poussée, une rémission complète peut être observée. Sa durée est imprévisible, de quelques jours à 10 ans ou plus. Chaque nouvelle poussée peut être marquée par une extension des lésions aboutissant à une pancolite.

Dans certains cas, la maladie évolue d'un seul tenant, sans rémission.

4.5.8. Existe-t-il un lien entre rectocolite hémorragique et cancer ?

Le risque de dégénérescence existe pour les RCH les plus étendues et les plus anciennes (à partir de 10 ans en cas de pancolite). Ce risque justifie la surveillance endoscopique des pancolites même en phase de quiescence, avec biopsies muqueuses étagées à la recherche de lésions de dysplasie

4.5.9. Quel est le traitement de la rectocolite hémorragique ?

Le traitement médical comporte :

– lors des poussées d'intensité moyenne ou minime :

- prescription diététique : alimentation sans résidus (ni fibres ni lactose) pour diminuer le nombre et le volume des selles ;
- 5-aminosalicylate ou salazopyrine ;
- corticoïdes en cas d'échec par voie générale ou rectale (lavement ou mousse à garder) ;

– lors des poussées sévères :

- nutrition parentérale exclusive ;
- corticothérapie (par voie initialement intraveineuse pour une courte période de 5 jours), éventuellement relayée par la ciclosporine en cas d'échec ;
- transfusions et antibiotiques ;

– le traitement d'entretien par le 5-aminosalicylate diminue la fréquence des rechutes.

4.5.10. Quelle est la place du traitement chirurgical dans la rectocolite hémorragique ?

Le traitement chirurgical est indiqué :

– dans les formes sévères après échec du traitement médical intensif et de courte durée ;

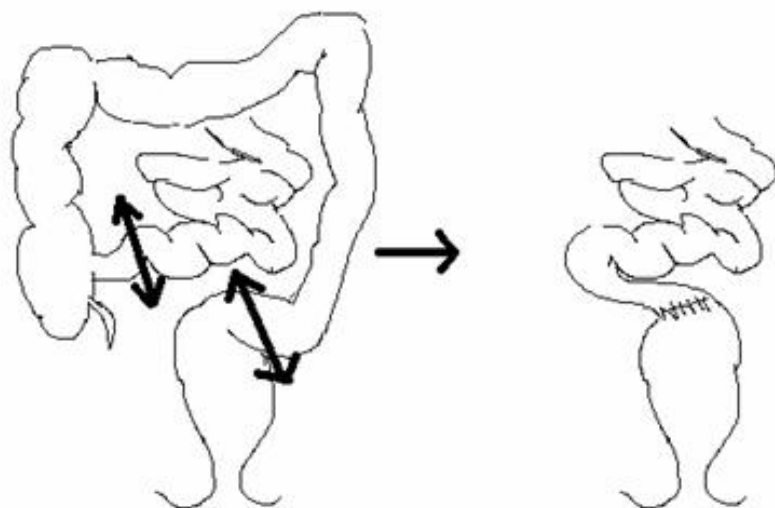
– dans les formes chroniques invalidantes ;

– dans les complications graves aiguës : hémorragie, perforation, mégacolon toxique ;

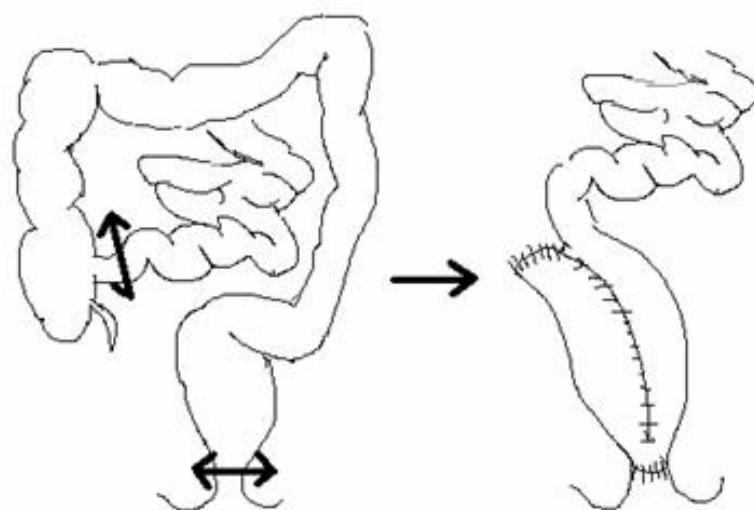
en cas de transformation maligne.

En urgence, l'intervention est une colectomie subtotal avec iléostomie et sigmoïdostomie. A froid, l'intervention peut être une colectomie totale avec anastomose iléorectale ou une coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale. La création d'un réservoir iléal avec l'iléon terminal est indispensable à l'obtention d'un bon résultat fonctionnel.

Schémas d'une colectomie totale avec anastomose iléo-rectale (AIR) ou iléo-anale (AIA)



Colectomie totale avec anastomose iléorectale



Colproctectomie totale avec réservoir iléal en J et anastomose iléoanale

4.5.11. Quelles différences entre rectocolite hémorragique et maladie de Crohn colique ?

Dans la maladie de Crohn colique :

- l'atteinte est segmentaire ou pluri-segmentaire, avec intervalles de côlon sain, épargnant éventuellement le rectum ;
- les lésions endoscopiques sont plus profondes ;
- toute la paroi est atteinte, principalement la sous-muqueuse ;
- il y a association fréquente d'une atteinte du grêle ;
- il y a de façon inconstante mais spécifique des granulomes à l'examen anatomopathologique (voir 3.4.).

Cependant, il n'est parfois pas possible de discriminer les deux affections même sur une pièce de résection chirurgicale. On parle alors de colite indéterminée