

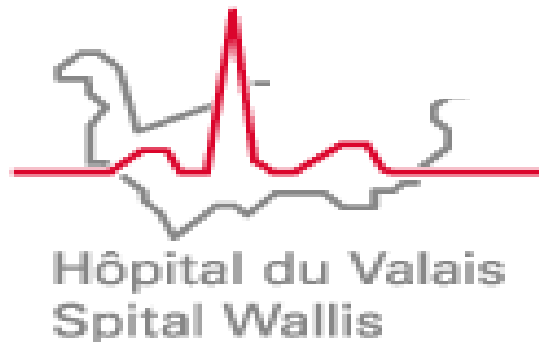


**Dr med Christian Mottet, DPhil Oxford, Privat docent  
Unil/CHUV**

Gastroentérologue FMH

Unité de Gastro-entérologie Hôpital de Sion

Centre Sédunois de Gastroentérologie, Ronquos 35, 1950 Sion



centre sédunois  
de gastroentérologie

# **MICI : collaboration généraliste - spécialiste**

- Crohn et RCUH an update
- Collaboration
- Les traitements et leur complications potentielles
- Résumé

# MICI : le diagnostic

Il n'y a pas d'examen de laboratoire pathognomonique

toujours basé sur

- la clinique,
- le laboratoire,
- la radiologie,
- l'endoscopie avec histologie

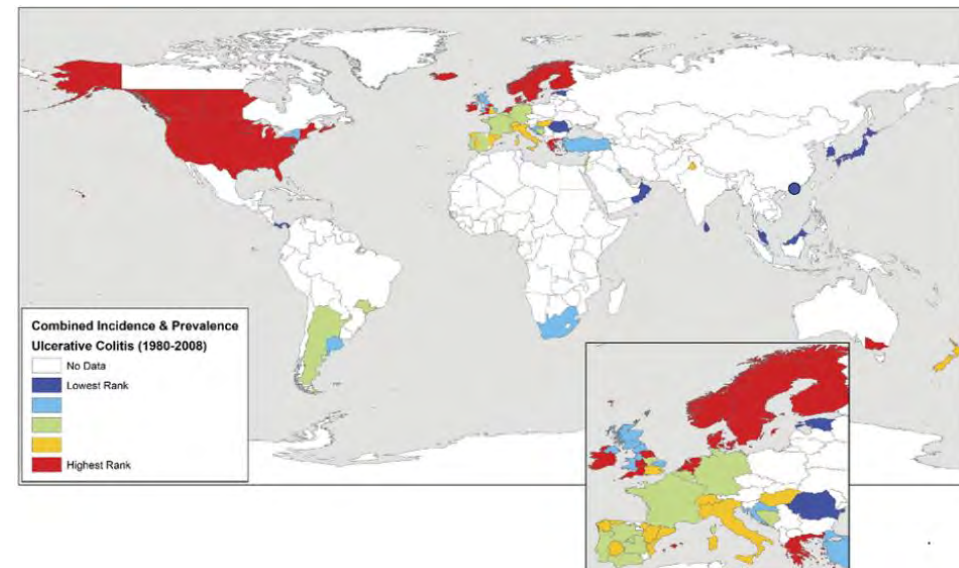
# MICI : Crohn et RCUH an update



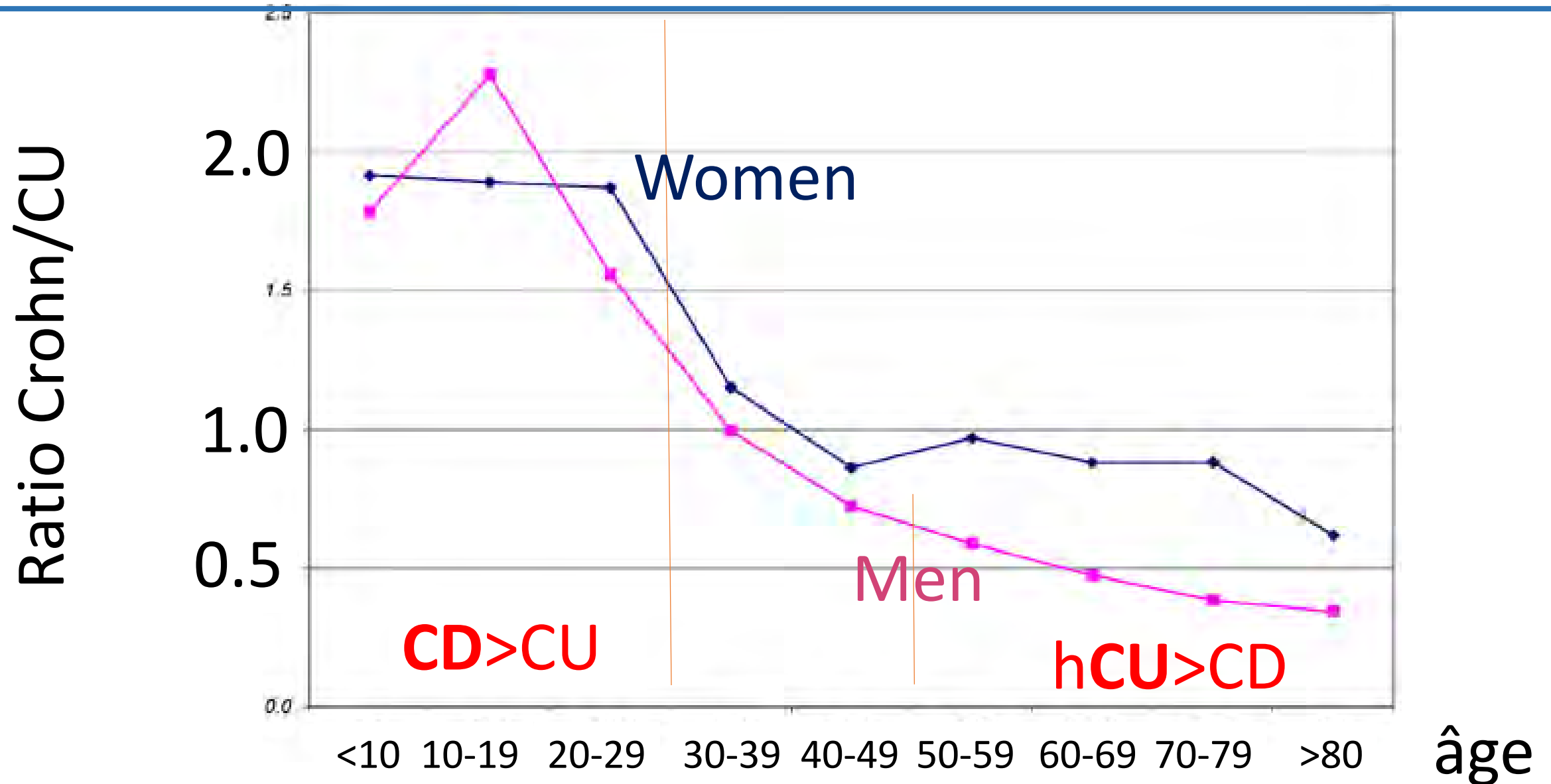
**Epidémie de MICI ! est tjrs en augmentation**

**-Suisse : 0,32% en 2010, 0,38 2012, 0,42% 2014)**  
→ 37'500 malades

**-au niveau mondial**



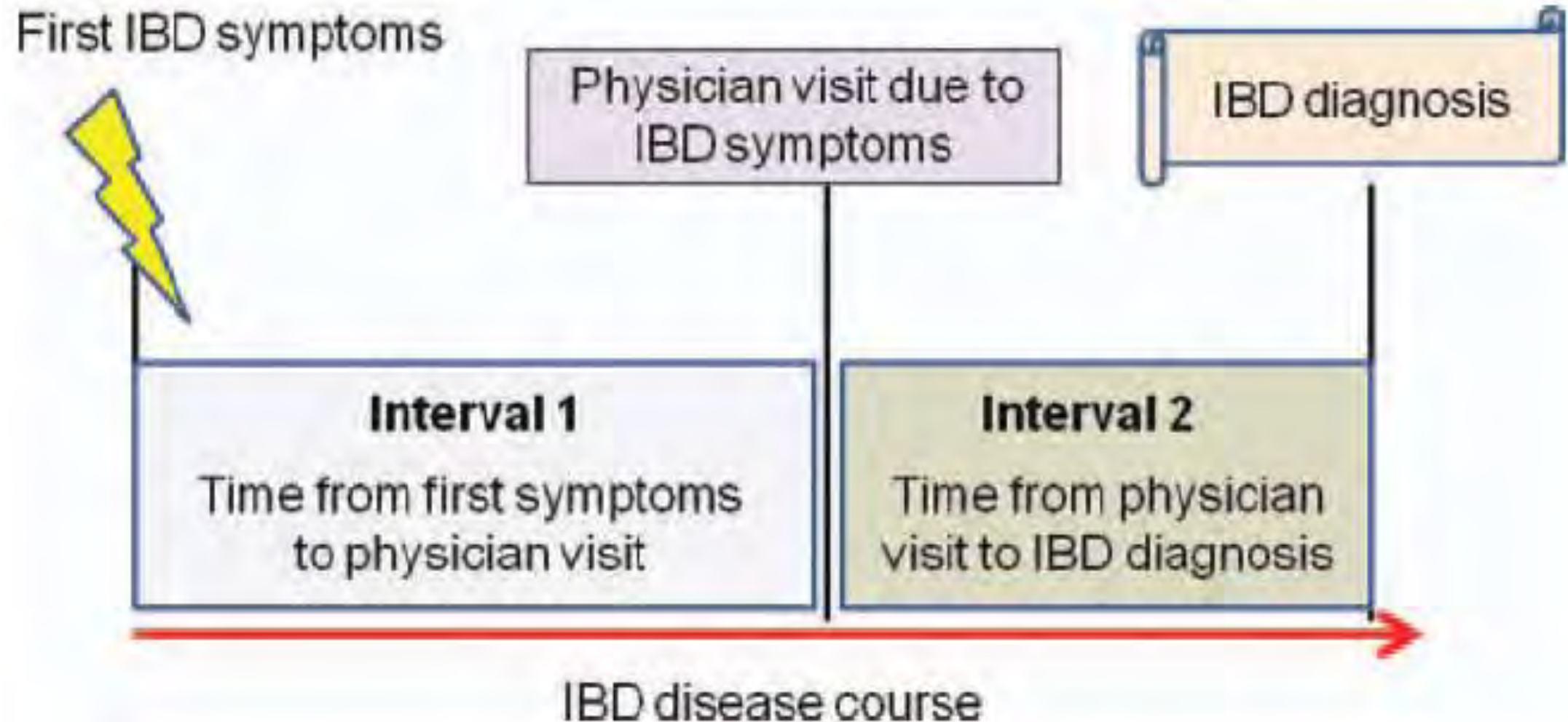
# Ratio Crohn / CU en fct de l'âge





# Diagnostic delay

Inflamm Bowel Dis 2012;18:496–505



# Diagnostic delay

Inflamm Bowel Dis 2012;18:496–505

**TABLE 3.** Time Delays (Months) in Patients with CD (*n*=932), UC (*n*=625), and IC (*n*=34)

Time Intervals (Months) Disease	Time from First Symptoms to IBD Diagnosis			Time from First Symptoms to Physician Visit			Time from Physician Visit to IBD Diagnosis		
	CD	UC	IC	CD	UC	IC	CD	UC	IC
Percentile									
1%	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5%	0	0	1	0	0	0	0	0	0
10%	1	1	1	0	0	0	0	0	0
25%	3	1	2	0	0	0	0	0	0
50%	9	4	3	2	1	1	4	1	1
75%	24	12	6	6	4	2	18	5	3
90%	96	36	12	18	12	6	60	23	6
95%	120	60	24	48	24	7	108	47	12
99%	252	120	36	180	72	24	240	114	35
Range	0-516	0-192	0-36	0-456	0-120	0-24	0-516	0-168	0-35

The listing of percentiles allows the readout of the percentage of patients diagnosed at specific time intervals.

25% of CD patients need >24 months for diagnosis  
25% of UC patients need >12 months for diagnosis

# Symptômes

## Crohn



22%

73%

77% en FID,  
en postprandial

16%

54%

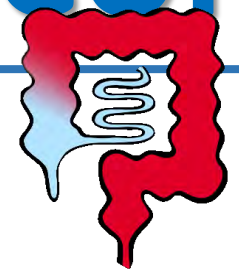
35%

27%

29%

10%

## RCUH



80%

90%

47%

0%

5%

1%

40%

38%

11%

Fréquent

Rectorragies

Diarrhées

Douleurs abdominales

Fistules

Perte de poids

Fièvre

Anémie

Arthralgies

Iridocyclite, uvéite

Tenesmes, besoins impérieux



# Symptômes

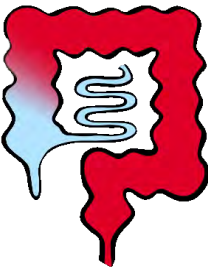
## Crohn



Rectorragies  
Diarrhées  
Douleurs abdominales  
Fistules  
Perte de poids  
Fièvre  
Anémie  
Arthralgies  
Iridocyclite, uvéite  
Tenesmes, besoins impérieux

22%  
73%  
77% en FID,  
en postprandial  
16%  
54%  
35%  
27%  
29%  
10%

## RCUH



### Diarrhées sanglantes

80%  
90%  
47%

0%  
5%  
5%

40%

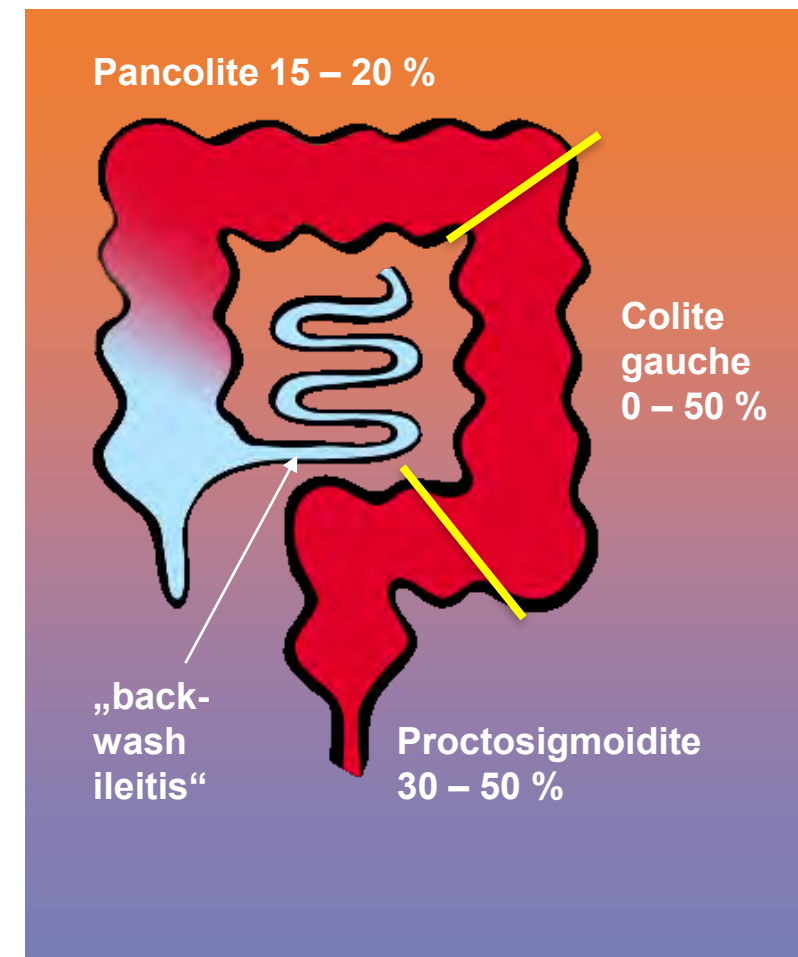
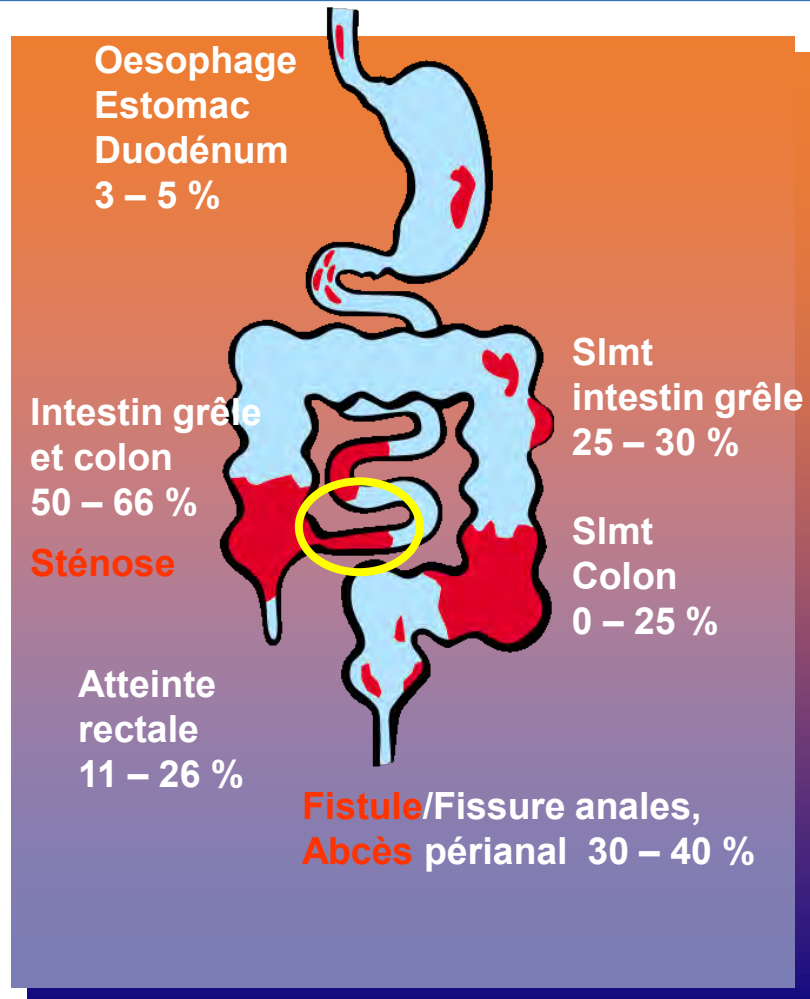
38%  
11%

Fréquent

# Crohn

# Localisation

# RCUH



Peut toucher la **totalité** du tractus digestif de la bouche à l'anús, atteinte **discontinue**, **transmurale**

Touche **slmt le gros intestin** (colon), atteinte **continue** remontant depuis l'anús, **épithéliale**

# Atteintes extra-intestinales

## Bouche (≈15%)

Aphtes



## Peau (≈10%)

érythème noueux, pyoderma gangrenosum



## Yeux (≈7%)

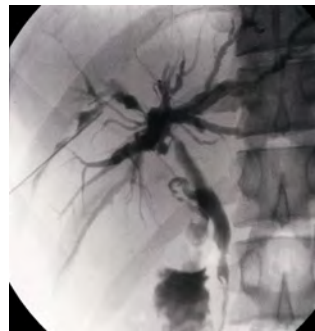
Episclérite, uvéite

## Articulations (≈20%)

Monoarthrite, oligoarthrite,  
Sacro-illite, Spondylarthrite ankylosante

## Foie (≈7%)

Cholangite sclérosante primaire  
(surtout avec la colite ulcéreuse)



## Vésicule biliaire

Lithiase

## Pancréas

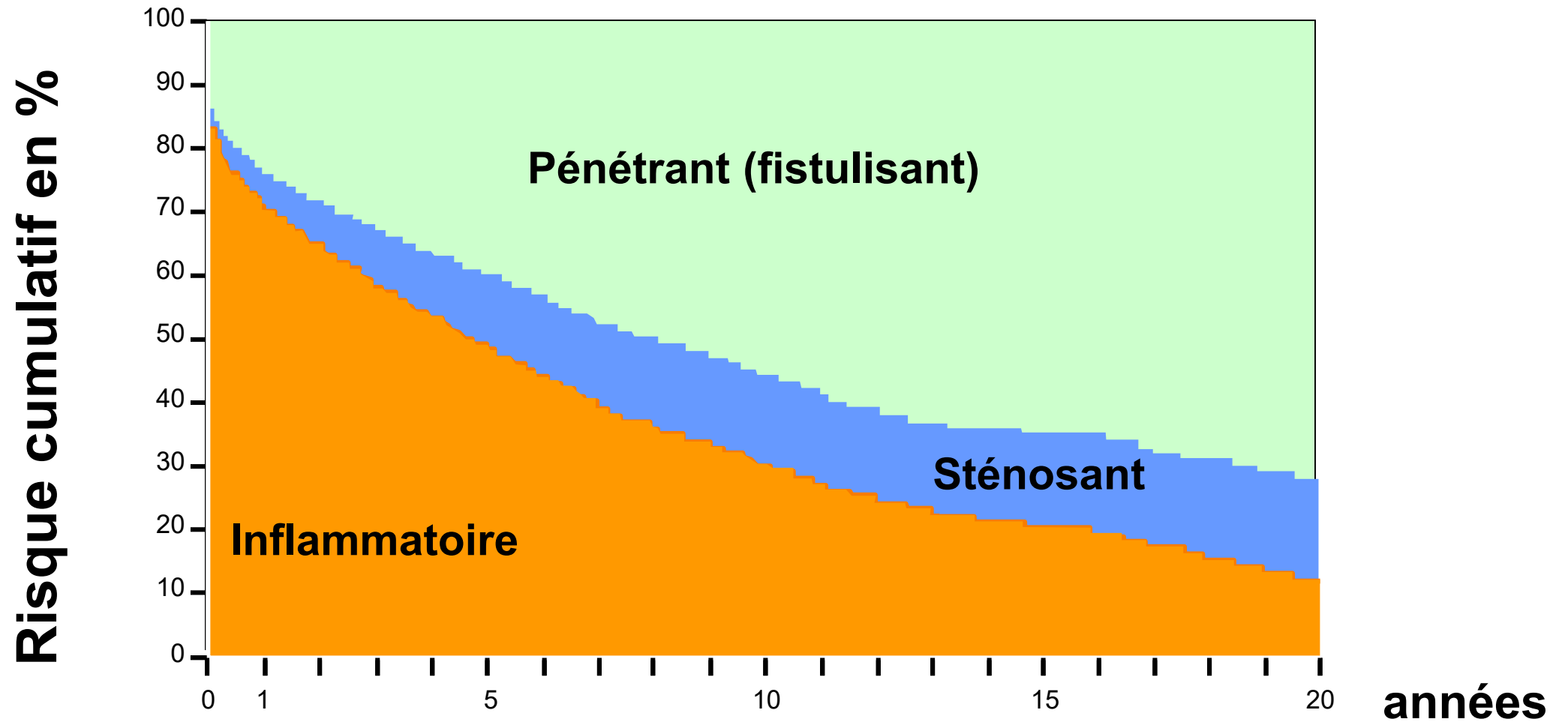
Pancréatite

## Reins

Calculs d'oxalate.

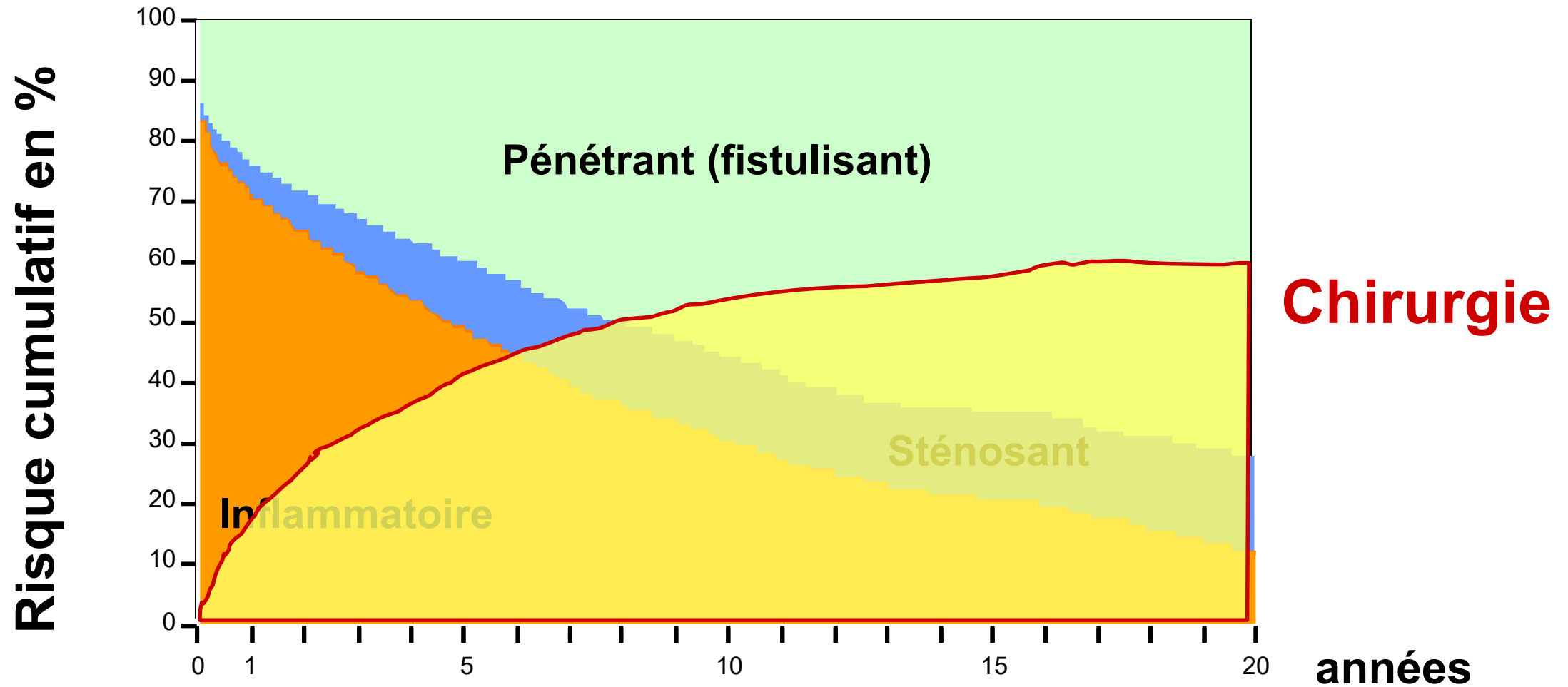


# Crohn: évolution naturelle



Accumulation de dommages intestinaux

# Crohn: évolution naturelle

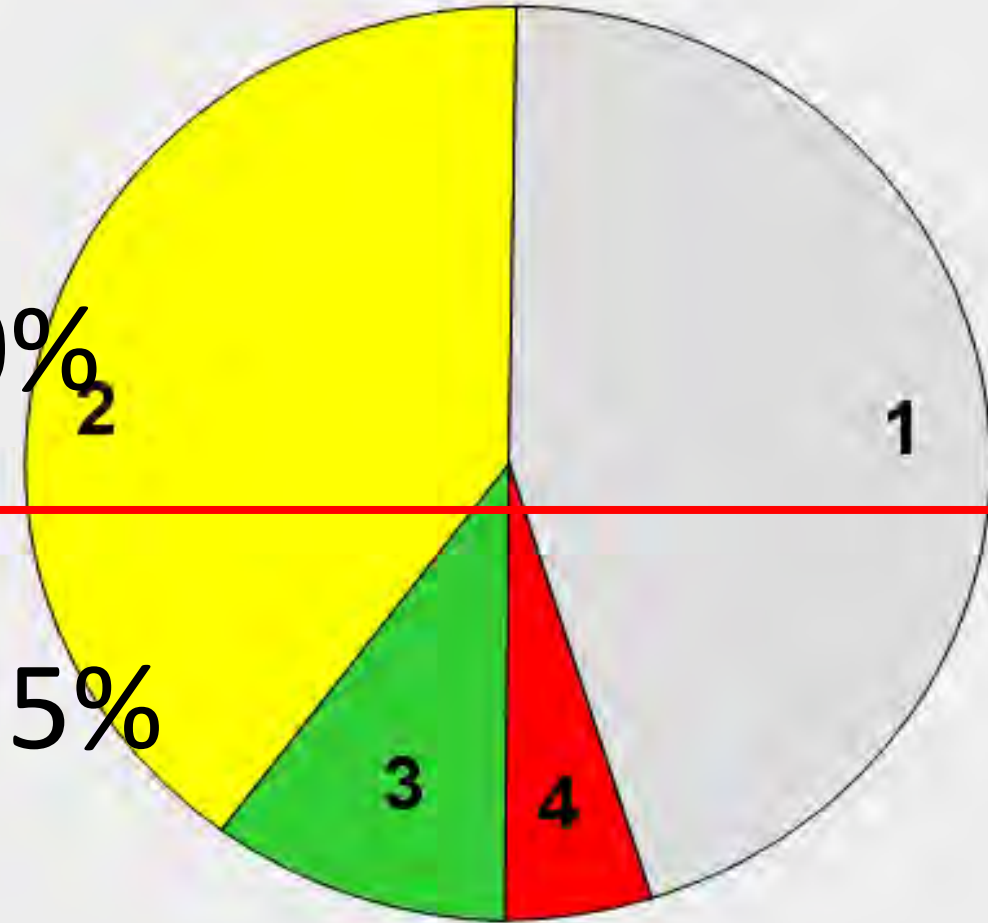


Accumulation de dommages intestinaux

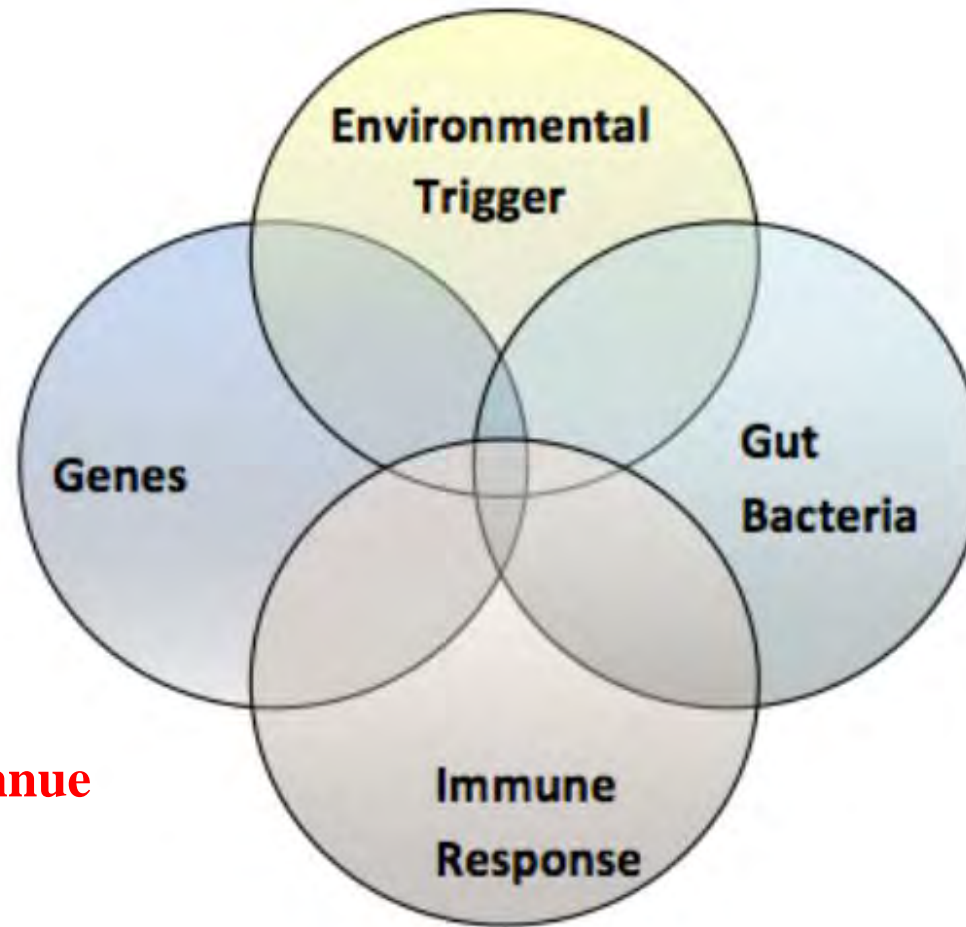


# Colite ulcéreuse: Types d'évolution

1. Evolution légère 45%
2. Evolution aiguë récidivante 40%
3. Evolution chronique active 5-15%
4. Evolution fulminante 5%

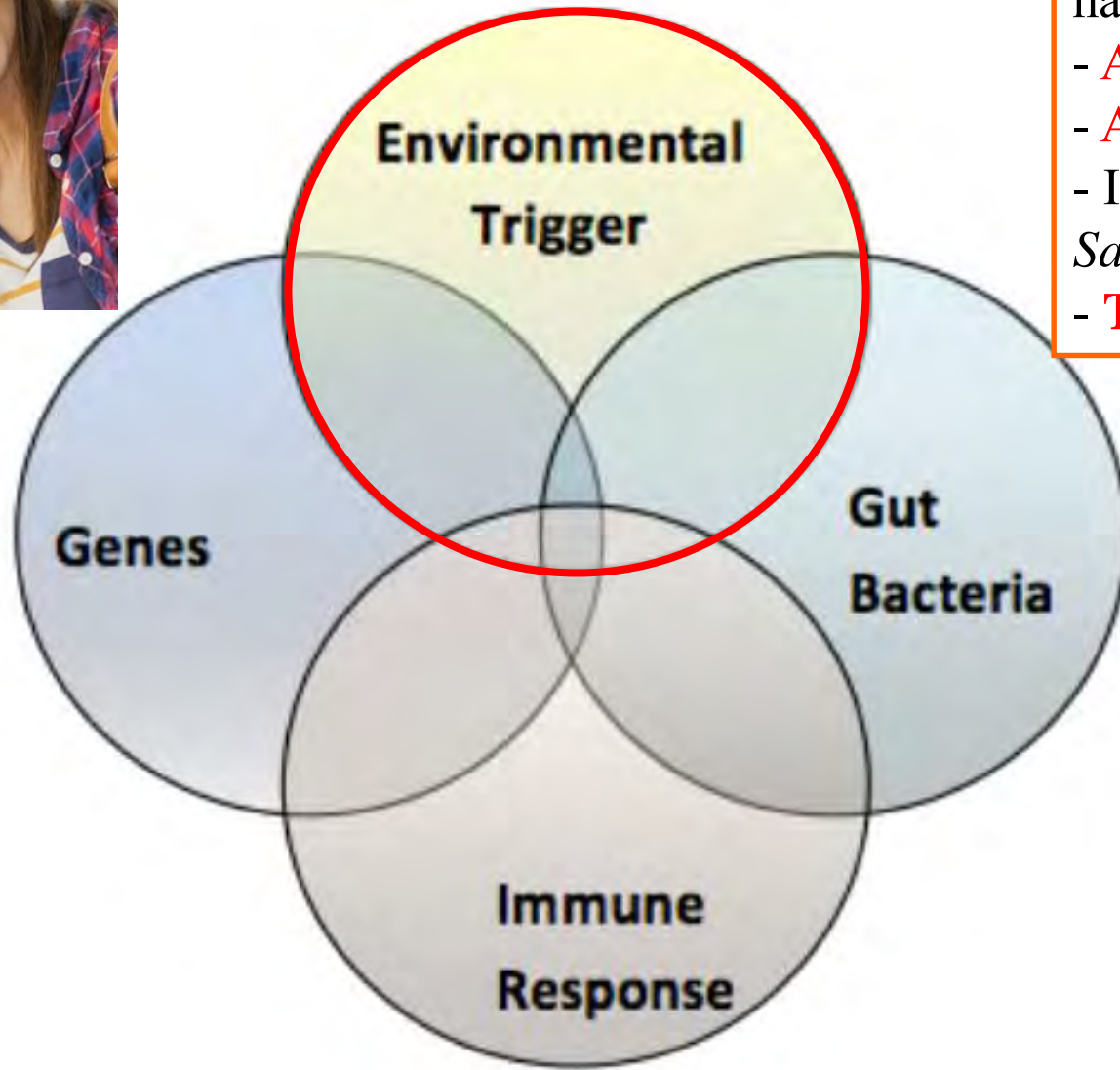


# Pathogenèse du Crohn et de la colite ulcéreuse



**Cause reste inconnue**

Il s'agit probablement d'une **réponse immunitaire inflammatoire** excessive, dirigée contre les **bactéries commensales intestinales**, déclenchée par un **stimulus environnemental X** chez des sujet avec **susceptibilité génétique**



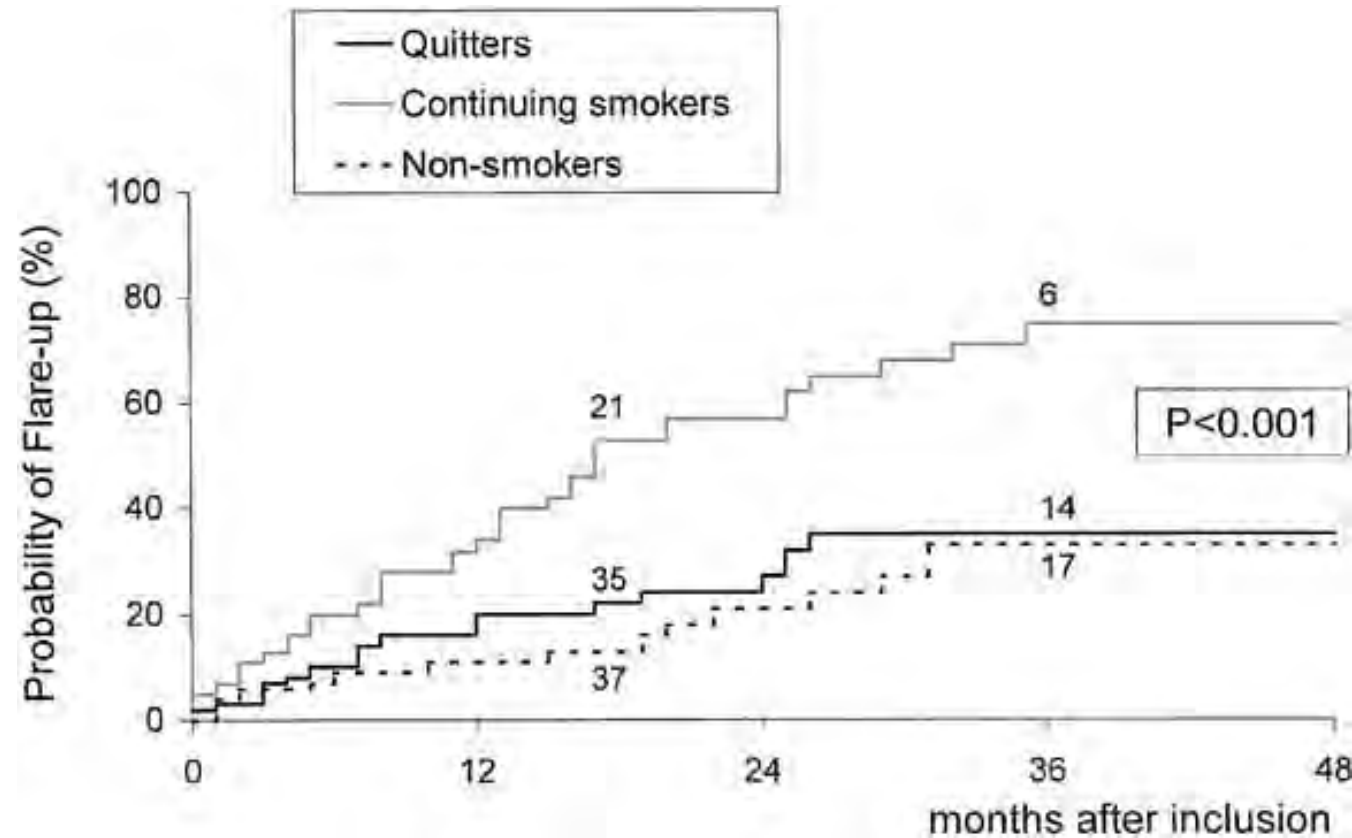
- Life style (hypothèse de l'hygiène)
- Alimentation (**émulsifiant\***, nanoparticules de **dioxyde de titane\*\***)
- **AINS**
- **Antibiotiques** (microbiome)
- Infection à *Campylobacter* ou *Salmonelle*
- **Tabac** pour M de Crohn



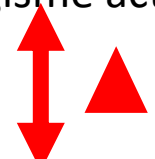
\* Nature. 2015 March 5; 519(7541): 92–96

\*\* Gut. 2017 Jul; 66(7): 1216–1224.

# STOP Tabac dans la maladie de Crohn



Tabagisme actif



Tabagisme arrêté  
N'a jamais fumé

NB a contrario une RCUH se déclenche souvent dans les 2ans suivant l'arrêt de fumer!!!



# MICI et risque de dysplasie / carcinome

similaire entre RCUH et MC pancoliques

## → Stratégie de dépistage de dysplasie colique spécifique aux MICIs

1. Faire une **coloscopie de référence** pour toute MICI **colique** évoluant **depuis plus de 8 ans**
2. Etablir un **calendrier de dépistage** de la dysplasie colique selon le niveau de risque individuel

Antécédents familiaux de CCR	1 pt
Extension de la maladie macro- ou microscopique au-delà de l'angle gauche	1 pt
Persistance d'une activité inflammatoire macro- ou microscopique malgré les traitements	1 pt
Pseudopolypes ou sténoses	1 pt

CSP associée à la colite	Annuelle
Antécédent personnel de dysplasie	Annuelle
3–4 points : malades à haut risque	Tous les 1–2 ans
1–2 points : malades à risque modéré	Tous les 3–4 ans



# Si vous appelez concernant une MICI ...



le problème est ?...

**diarrhée** : nbr de selles/jour vs par nuit, % sang  
**fièvre / frissons**  
**douleurs** postprandiales/crampes/ténesme/(sub-)iléus

**Merci de donner aussi ces informations :**

**-année du diagnostic**

**-phénotype**

inflammatoire  
sténosant  
fistulisant

**-Extension**

rectite  
colite gauche  
pancolite

# Si vous appelez concernant une MICI ...

## -Localisation

iléale / iléo-colique  
colique seul  
atteinte proximale  
atteinte périanale

## -Sévérité initiale

légère  
modérée  
sévère  
stéroïde?

## Historique

des traitements prescrits  
des complications  
des opérations

Laboratoire / radiologie effectués

# Éliminer une infection : analyse des selles avant AB ou stéroïde !!!

-calprotectine : **intestin irritable** (douleurs/diarrhées)  $\leftrightarrow$  **inflammation / infection**

-**bactéries entéropathogènes** : *Shigella*, *Campylo* et *Salmonelle* : recherche par PCR ; si c'est positif, mise en culture pour antibiogramme. Le test est réalisé 1x/jour ; en principe vers 11h avec le résultat qui sort dans l'après-midi

-***Clostridium difficile*** : test rapide (antigène et toxine).

-**Examens parasitologiques** des selles avec recherche d'**amibes** en cas de voyage récent (microscopie/antigène/PCR)

# Que faire si un patient avec MICI **sous immuno-suppression** ...

1 Immuno-suppresseur: OR pour infection de 2.9 (95% CI, 1.5–5.3),

2 ou 3 immuno-suppresseurs: OR pour infection de 14,5 (95% CI, 4.9 – 43)

Si 3 → Prophylaxie TM/SMZ (Bactrim 160/800 3x/sem)

Education des patients concernant les risques d'infection et les mesures à prendre en cas de fièvre, toux ...

Péjoration des symptôme de diarrhée +/- douleurs abdominales et fièvre

Laboratoire: FSC, CRP

# Que faire si un patient avec MICI **sous immuno-suppression** ...

1 Immuno-suppresseur: OR pour infection de 2.9 (95% CI, 1.5–5.3),

2 ou 3 immuno-suppresseurs: OR pour infection de 14,5 (95% CI, 4.9 – 43)

Si 3 → Prophylaxie TM/SMZ (Bactrim 160/800 3x/sem)

Education des patients concernant les risques d'infection et les mesures à prendre en cas de fièvre, toux ...

Péjoration des symptôme de diarrhée +/- douleurs abdominales et fièvre

Laboratoire: FSC, CRP

Exclure **infection** digestive



Si sous traitement immunosuppresseur → éliminer infection par des pathogènes digestifs au moyen du **panel PCR multiplex gastrointestinal**

## PANEL GASTROINTESTINAL p.e. BIOFIRE

**Prélèvement :** selles natives  
**Organismes identifiés :**

### ***Bactéries***

Campylobacter  
Clostridium difficile (toxines A/B)  
Plesiomonas shigelloides  
Salmonella sp  
Yersinia enterocolitica  
Vibrio sp et cholerae

E. coli entéroagrégate (EAEC)  
E. coli entéropathogène (EPEC)  
E. coli entérotoxigénique (ETEC)  
E. coli entéroinvasive (EIEC)/Shigella  
E. coli «shiga like toxin»( stx1, stx2) (STEC)  
E..coli O157

### ***Virus***

Adenovirus F40/41  
Astrovirus  
Norovirus GI/GII  
Rotavirus  
Sapovirus

### ***Protozoaires***

Cryptosporidium  
Cyclospora cayetanensis  
Entamoeba histolytica  
Giardia lamblia

**PRIX :** Panel complet: 360 points

# Que faire si un patient avec MICI **sous immuno-suppression** ...

1 Immuno-suppresseur: OR pour infection de 2.9 (95% CI, 1.5–5.3),  
2 ou 3 immuno-suppresseurs: OR pour infection de 14,5 (95% CI, 4.9 – 43)  
Si 3 → Prophylaxie TM/SMZ (Bactrim 160/800 3x/sem)

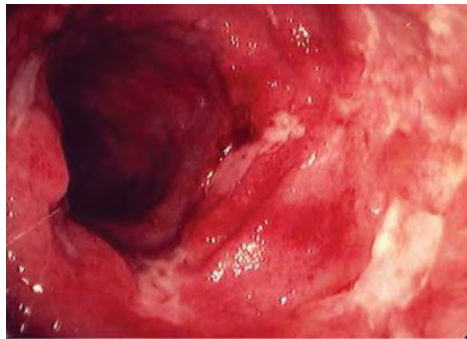
Education des patients concernant les risques d'infection et les mesures à prendre en cas de fièvre, toux ...

Péjoration des symptôme de diarrhée +/- douleurs abdominales et fièvre

Laboratoire: FSC, CRP

Exclure infection digestive

Exclure **colite à CMV** par **rectosigmoidoscopie** et prise de **biopsies**



En fonction de l'état clinique et du labo

→Hospitalisation, radiologie

**Colite à CMV**

Gastroenterology, 2008;134:929–936  
Gut, 2008;57:549-558

## Différentes étiologies des rectites

### Rectites de MICI

Rectocolite ulcéro-hémorragique

Maladie de Crohn

Colite inclassée

### Rectites liées aux IST

*Chlamydiae trachomatis*

Gonocoques

Herpès virus

Syphilis

### Rectite de prolapsus

Syndrome de prolapsus muqueux

### Rectites iatrogènes

Radiothérapie

Lavements (rituels, H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>...)

Suppositoires (AINS, camphre...)

### Autres rectites infectieuses

*Clostridium difficile*

Cytomégalovirus

Amibiase

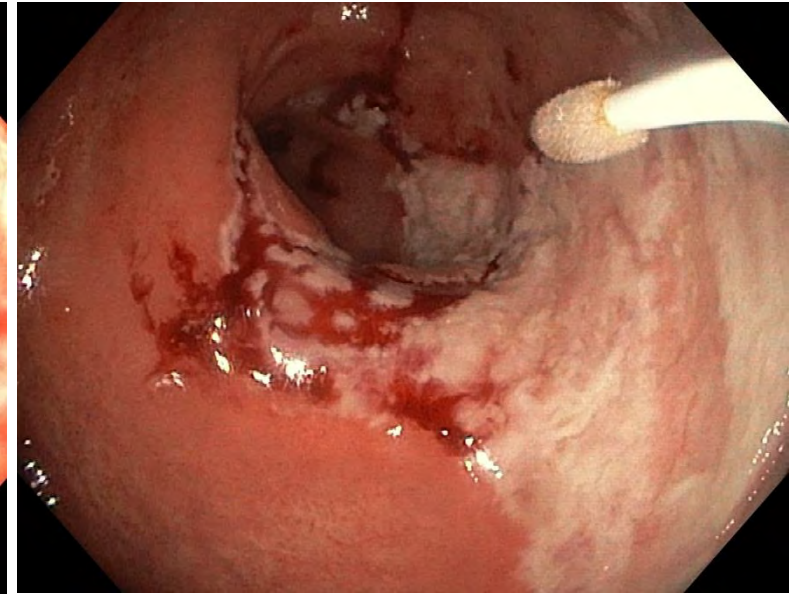
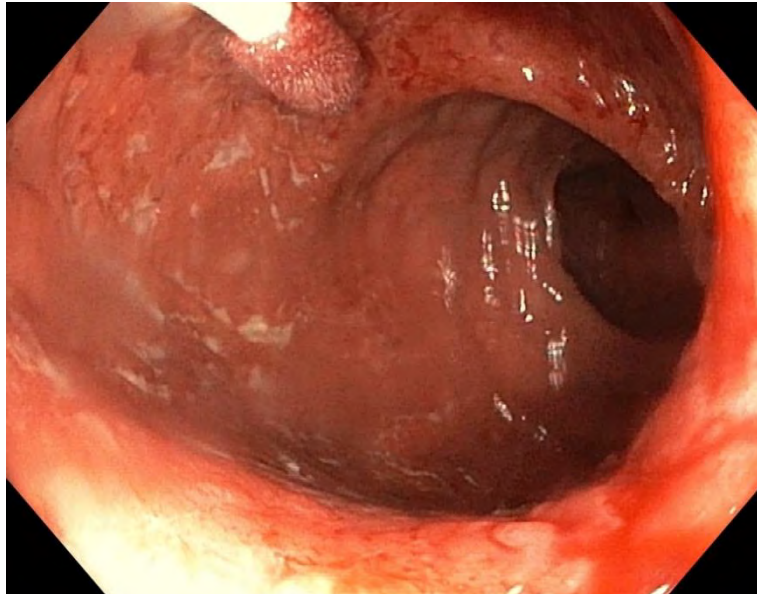
Tuberculose

**PENSER AUX Maladie Sexuellement Transmissible**

**Prélèvement microbiologiques  
et sérologiques d'emblée**

**PCR sur frottis** ou biopsies

Sérologie **Syphilis**  
+ sérologie dépistage **HIV**



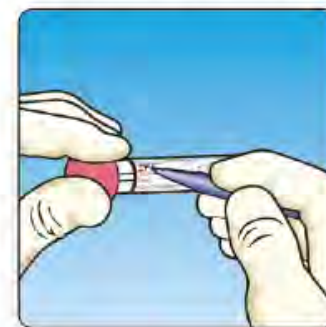






# Frottis rectal

La réalisation du frottis reste inchangée.

Après réalisation du prélèvement, déposer l'écouvillon dans le tube de transport. Une zone de fracture permet de casser aisément l'écouvillon (voir ci-dessous).

Laisser l'écouvillon dans le tube et revisser soigneusement le capuchon. Inscrire le nom du patient.

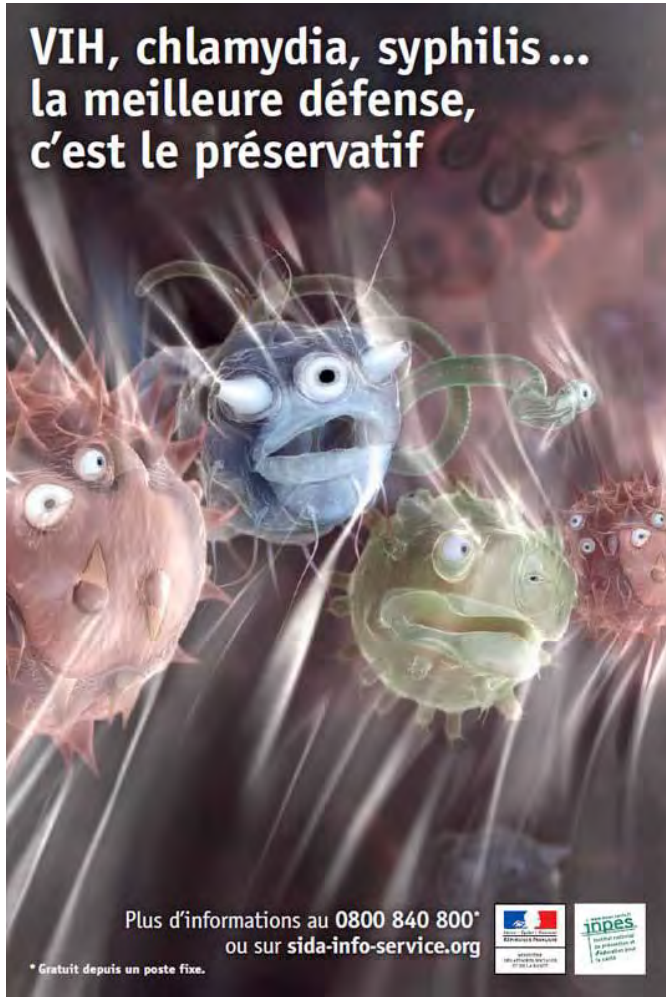


Types de kits PCR	Applications	Analyses	Conservation
  Ecouvillon standard	Tous prélèvements	Culture aérobie Culture anaérobie PCR Tests rapides	<b>Avant prélèvement:</b> T°C ambiante jusqu'à la date limite de validité inscrite sur l'emballage  <b>Après prélèvement:</b> 24h à T°C ambiante
  Ecouvillon fin	<b>Prélèvements:</b> - nasopharynx - conjonctive - urètre - pédiatrie		



# Prévention

VIH, chlamydia, syphilis...  
la meilleure défense,  
c'est le préservatif



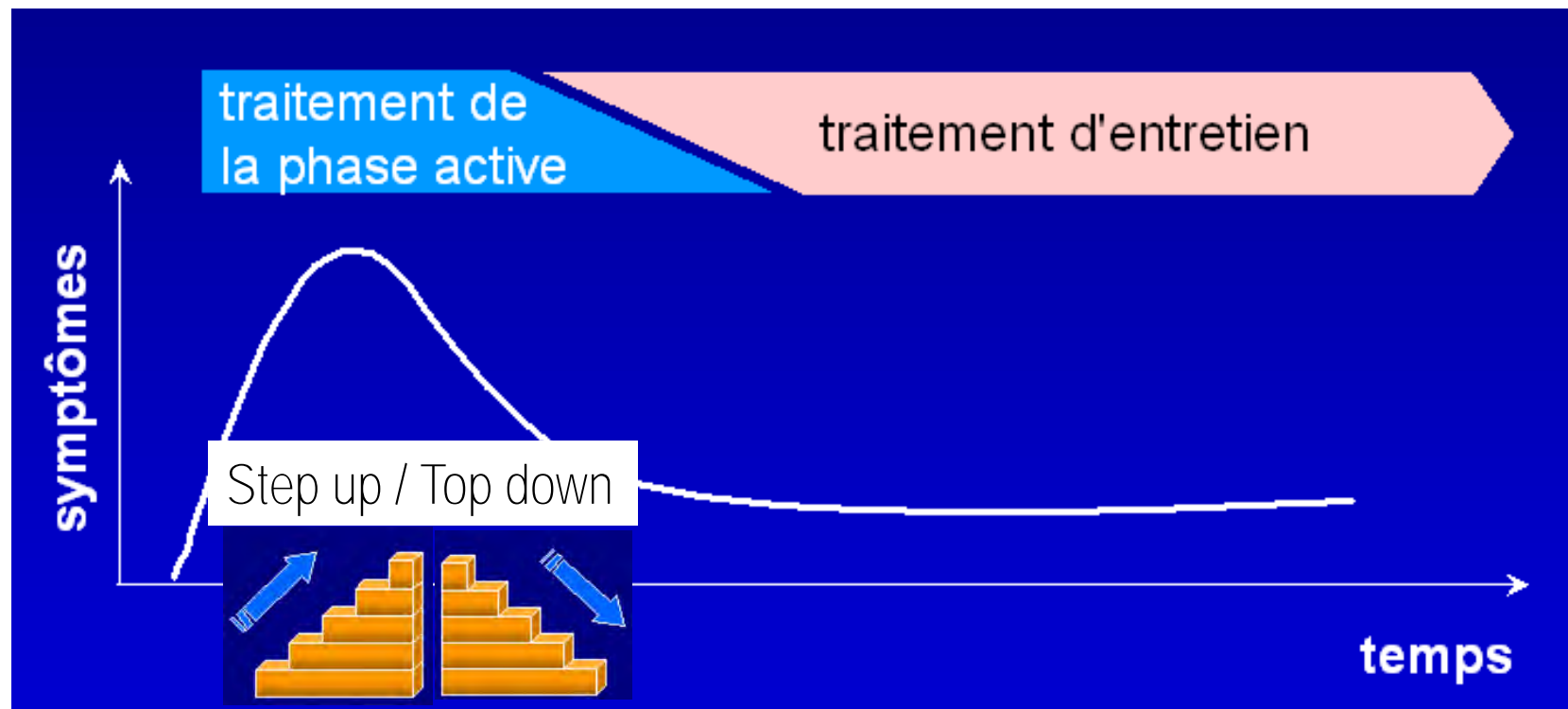
Plus d'informations au 0800 840 800\*  
ou sur [sida-info-service.org](http://sida-info-service.org)

\* Gratuit depuis un poste fixe.





# Traitement des MICI



## Pourquoi un traitement d'entretien

- Risque de rechute très élevé

**Crohn:** 18-24 mois après rémission médicale\*: 54-78%  
36 mois après rémission chirurgicale\*\*: 34-86%

**RCUH:** Maladie intermittente ou persistante: 50-75%

\* Landi et al, *Gastroenterology* 1992  
Summers et al, *Gastroenterology* 1979  
\*\* McLeod et al. *Gastroenterology* 1997

# Evolution des buts de traitement

**rémission** symptomatique ET endoscopique

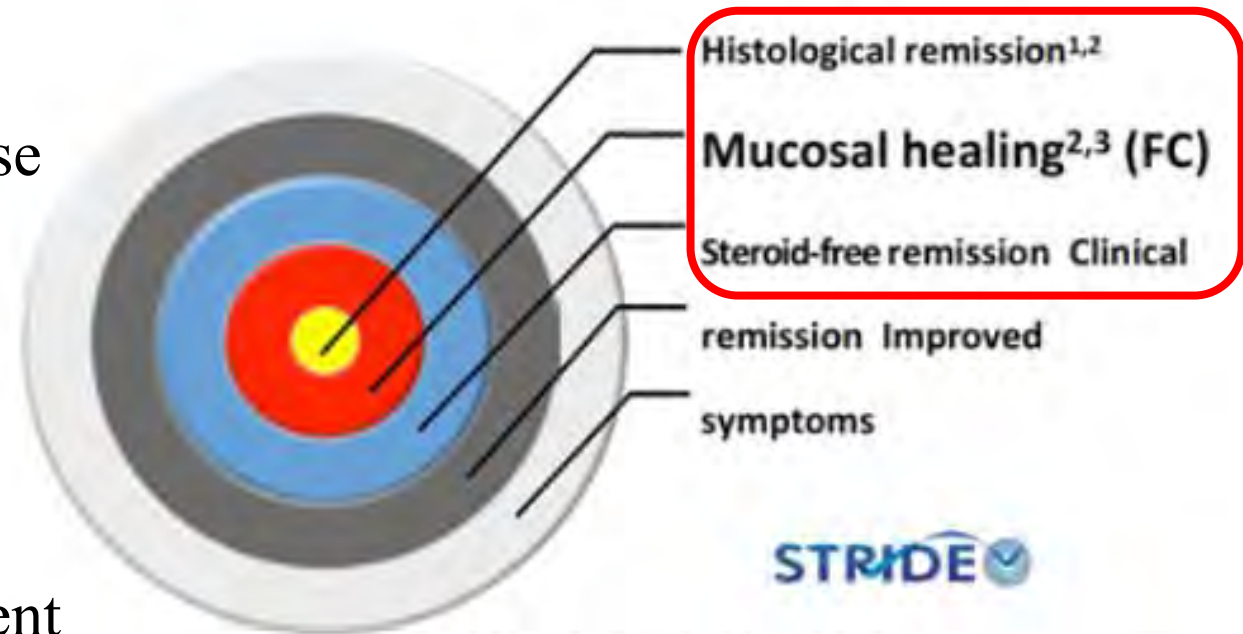
= **guérison muqueuse, sans stéroïde**

→ traitement précoce et efficace

- Meilleurs taux de réponse et rémission

- Réduction du taux de rechute

- Préviend le développement de complications



1. Molander P et al. JCC 2013

2. Villanacci V et al. World J Gastroenterol 2013

3. Laharie D, et al. Aliment Pharm Therap 2013

# Monitoring

Activité maladie

Le traitement

CRP VS  
**Calprotectine fécale CF**  
→ endoscopie

Dosage du  
**Taux résiduel** des biologiques  
**Anticorps anti-biologique**

En l'absence d'infection CF :

TAUX DE CF	INTERPRETATION	ACTION SUGGEREE
<50-100 µg/g	Maladie le plus probablement quiescente	Continuer traitement
100-250 µg/g	Possible inflammation	Investigations complémentaires pour confirmer la présence/absence d'inflammation
>250 µg/g	Activité inflammatoire probable	Optimiser traitement

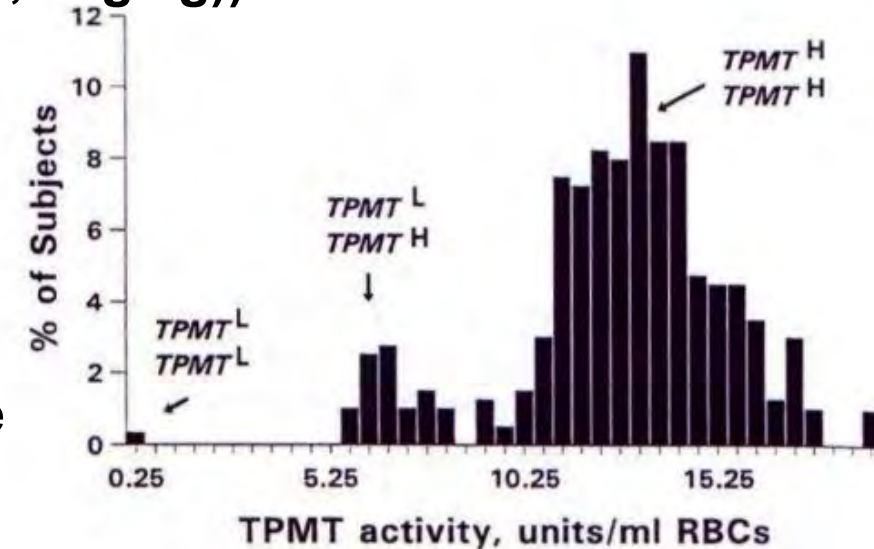
# Azathioprine (Imurek, Azarek)

**Azathioprine 2-2.5mg/kg/j (ou 6-Mercaptopurine (Puri-Nethol 1-1,5mg/kg))**

Dosage progressif 50 → 100 → 150mg/j vs  
mesure de l'activité de thiopurine methyl transferase

Effet thérapeutique maximal nécessite 2-3 mois

Suivi FSC et tests hépatiques **tous les 3 mois** Dosage des 6-TG (6-thioguanines) possible



## Effets secondaires

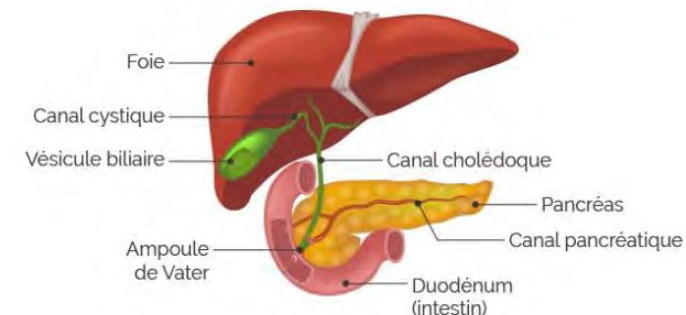
– **Leucopénie (neutropénie, lymphopénie, anémie, thrombocytopénie)** **STOP** si  $Lc < 2,5 \text{ G/l}$   **INTERACTION avec Allopurinol Zyloric**

– **Intolérance**: environ 15% Nausée, épigastalgies, syndrome grippal  
→ arrêt AZA et switch 6-MP

– **Pancréatite médicamenteuse** environ 2-5%

- dans les 3 premiers mois  
douleurs abdo → lipase (+radiologie)  
arrêt AZA; 6-MP contrindiqué

– **Hépatite** médicamenteuse



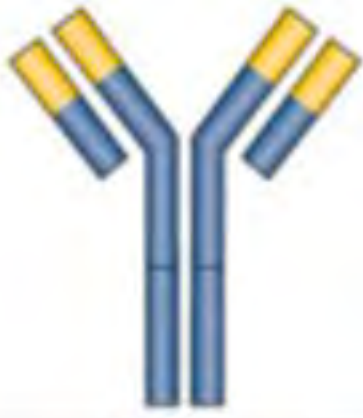
# Méthotrexate

- 15-20 mg/**sem s.c.**
- Biodisponibilité par prise **orale** d'environ 66% (range 49% – 99%) → dose jusqu'à 30mg/**sem**):
- Effet thérapeutique dans les 1-3 mois
- Elimination: 90% rénale,  
**CAVE interactions avec TMP/SMX, Aspirine, AINS**  
**CAVE insuffisance rénale!** (contreindiqué si clearance <30ml/h)
- Effets secondaires  
Fatigue et **nausée** (30%), dlrs abdominales (18%), Stomatite, Céphalées (17%), myélosuppression (leucopénie 1-2%) **Hépatotoxicité (fibrose: CAVE alcool, dose cumulée 2gr?)**, alvéolite (3%), **Tératogénicité** (arrêt >3 mois avant conception pour F et H!)  
  
=> Arrêt à cause d'effets secondaires 10 -18%

# Les anticorps anti-TNF $\alpha$

REMICADE  
INFLECTRA  
REMSIMA

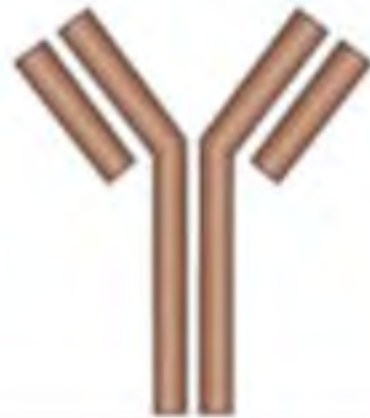
Infliximab



i.v.

HUMIRA  
HYRIMOZ  
IDACIO

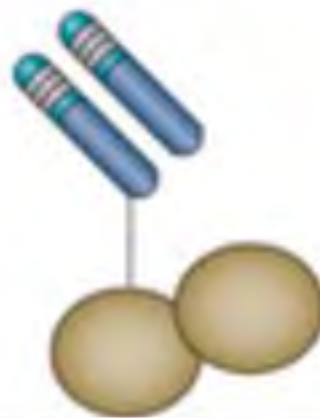
Adalimumab



S.C.

CIMZIA

Certolizumab pegol



S.C.

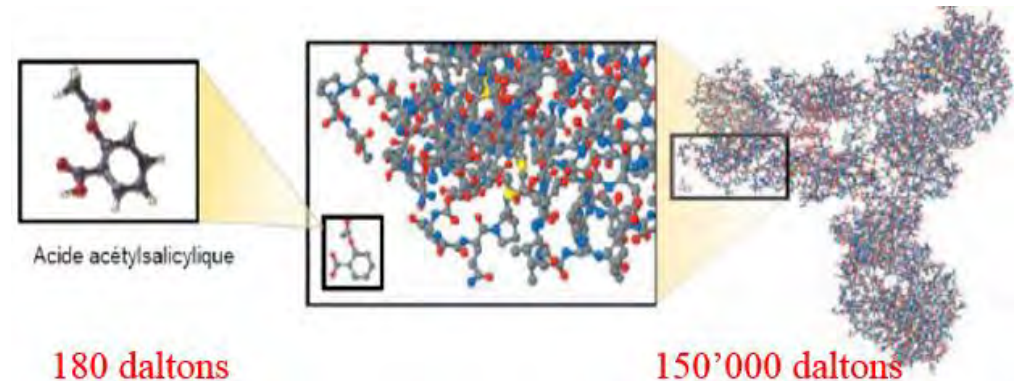
SIMPONI

Golimumab



S.C.

**BIOSIMILAIRE:** Similaire  $\neq$  identique, la complexité d'un biologique empêche sa copie identique (générique)





# Complications potentielles des anti TNF-alpha

- NB **Ratio bénéfice/risque très favorable** (bcp MIEUX QUE STEROIDE!)
- **Infections/sepsis**: bactériennes (*TB, Légionella, Listeria, Salmonella*), fongique, virales, PCP si triple immunosuppression!
- **Immunogénicité**: réaction allergique, maladie sérique
- **Hépatotoxicité**: élévation des transaminases, screening HBV/HCV
- **Maladies autoimmunes**: drug-induced Lupus (ANA/anti-dsDNA), psoriasis-like.
- augmentation de **malignome** p.e. cutané? lymphome? cancer cervical?  
Risque absolu très faible
- Exacerbation d'une **insuffisance cardiaque** (!patient âgé!)



# Ttt BIOLOGIQUES (en particulier les anti TNF)



## Tuberculose

- Réactivation de TB latente sous anti-TNF-alpha
- Screening par  
    *Anamnèse* (histoire personnelle ou de proche avec TB,  
origine)      *Thorax*  
    *Interféron gamma release assay* Quantiferon ou T spot  
TB      faux négatif sous immunosuppression (Mantoux)
- Attention souvent **TB atypique et/ou extrapulmonaire (reins!)**

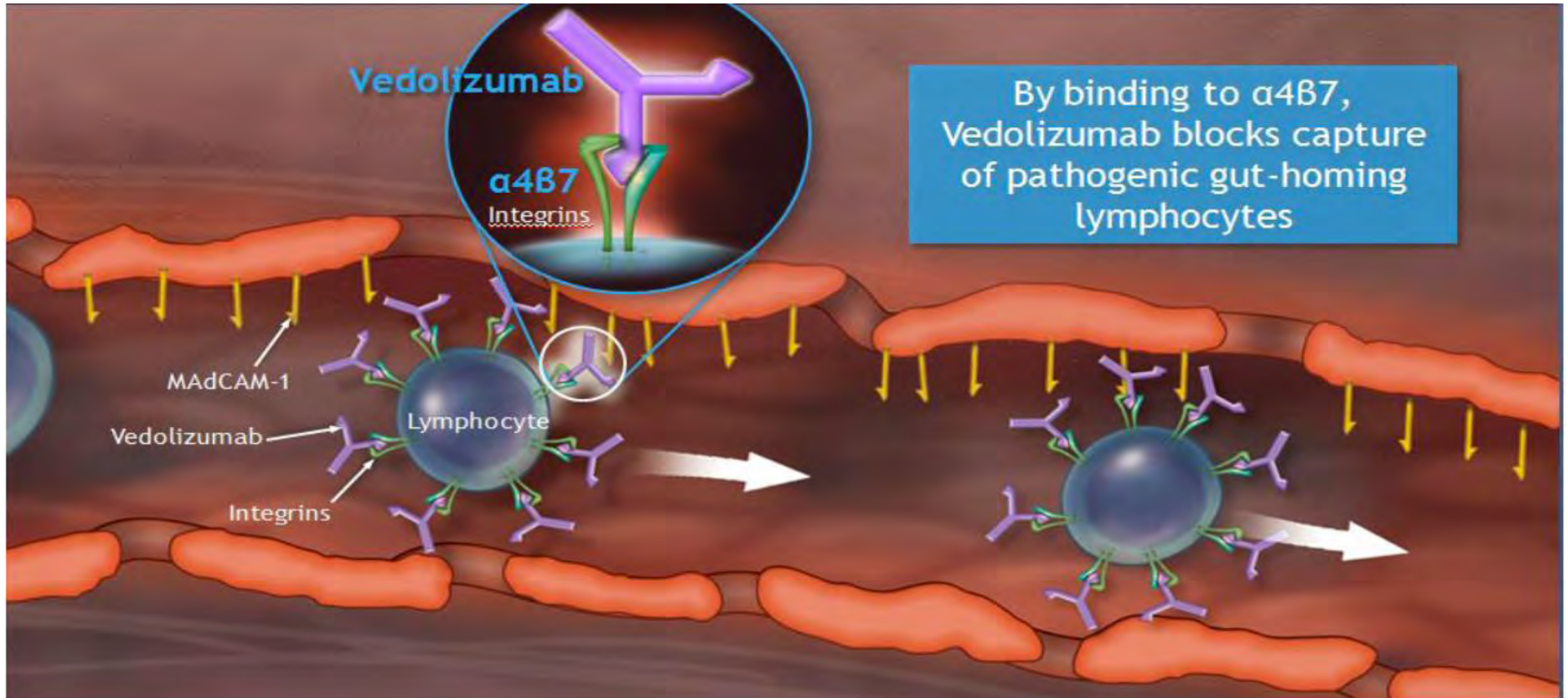
## Hépatite B

Screening par HBsAg

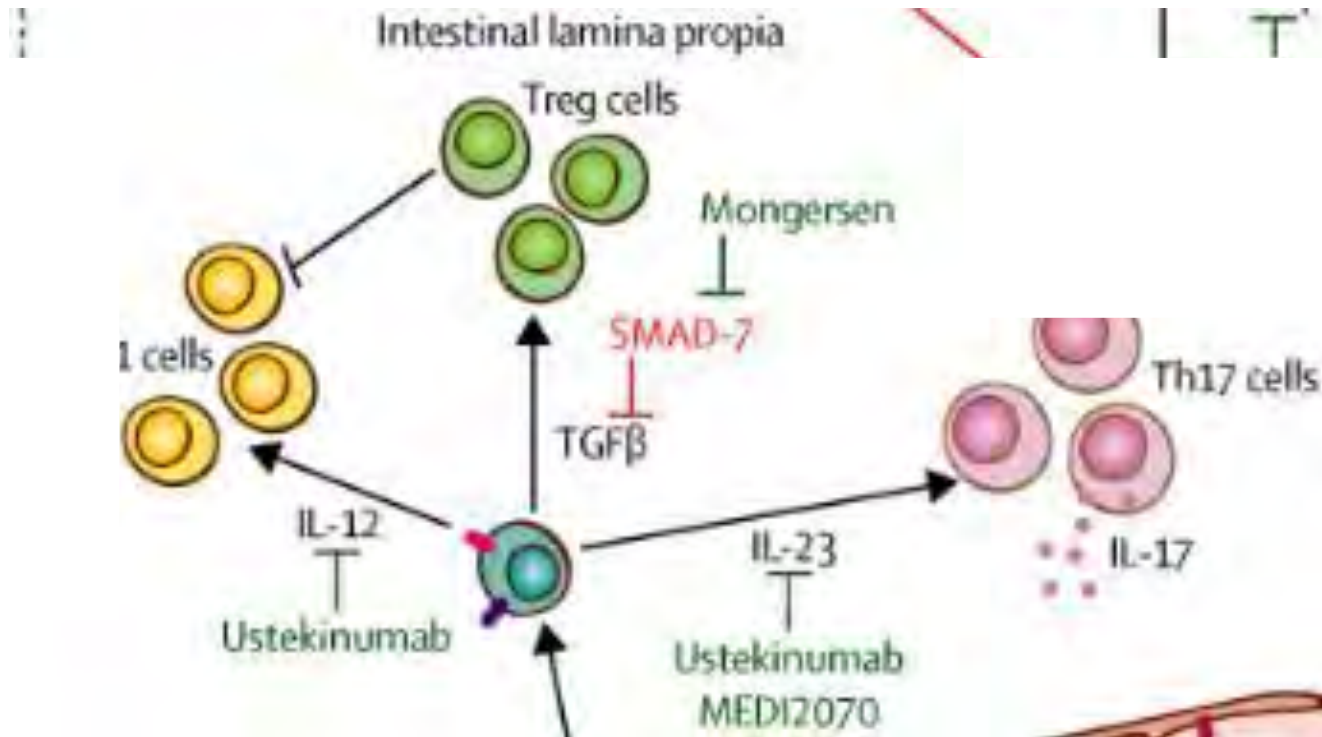
## Abcès (→ sepsis)

Radiologie si suspicion.

Le **Vedolizumab = Entyvio®** = anticorps anti  $\alpha 4\beta 7$  bloquant spécifiquement le **homing** des lymphocytes dans la muqueuse intestinale



L'ustekinumab= Stelara® = anticorps IgG1 anti p40 commune  
aux cytokines IL-12 et IL23



Lancet, 2017;389:1741-1755

**Indication : Psoriasis et maladie de Crohn** (en particulier si psoriasis concomitant ou si induit par anti TNF- $\alpha$ )



# Nouvelle classe en 2019 les JAK inhibitors

**Tofacitinib=Xeljanz<sup>®</sup>** non-selective (inhibits JAK1-2-3)  
inhibe la voie de signalisation JAK-JanusKinase/STAT =  
un système de transduction de signal activant la  
transcription de gènes de l'inflammation

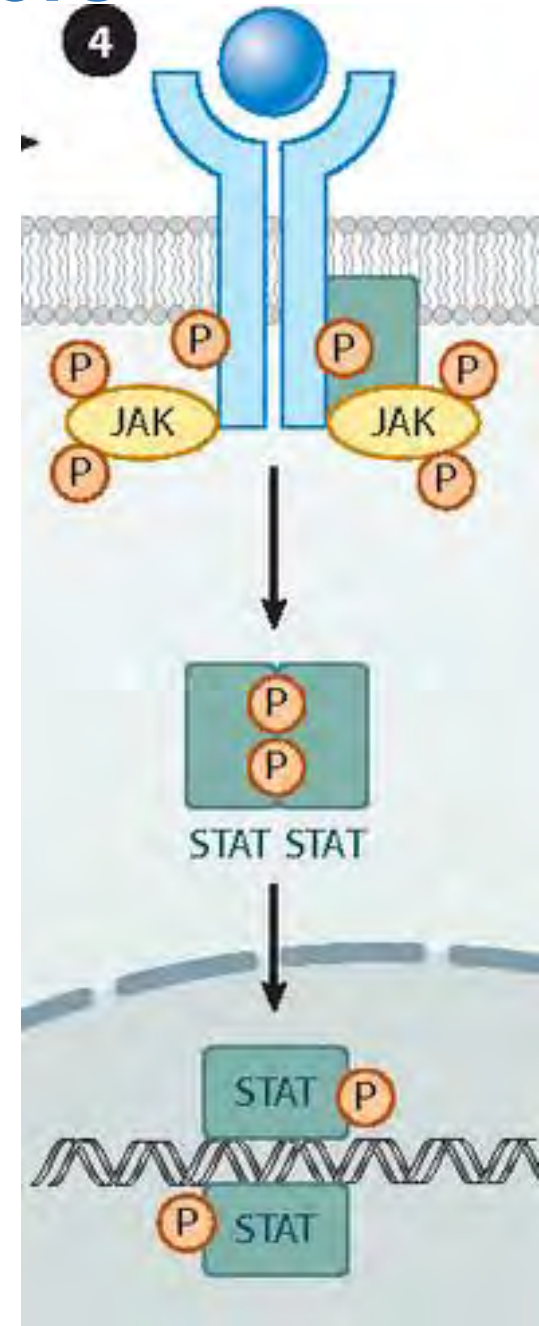
small molecule, per os, non immunogénique, effet rapide dès sem 2

Attention : hypercholestérolémie, augmentation créatinémie et tests hépatiques

**ZONA!** → Vaccination préalable Shingrix<sup>®</sup>, inactivé, pas en CH, faire venir de France  
(Zostavax<sup>®</sup>, vivant atténué, contrindiqué si immuno-suppression).

**Thrombose / EMBOLIE PULMONAIRE** phase d'induction à 10mg 2x/j les 8  
premières semaines

atcd de thrombose, tabac, pilule, obésité, AF+,



# Vaccins en cas d'immunosuppression

Patient à **considérer comme immunosupprimé** :

- >20mg Prednisone/j pour  $\geq 2$ sem ou < 3 mois après arrêt
- Azathioprine, 6-MP, MTX, Ciclosporine
- Biologiques : anti TNF-alpha, vedolizumab, ustekinumab,
- JAK inhibitors
- Malnutrition sévère

Viget N, *Gut* 2008;57;549-558  
ECCO consensus 2009

**Contrindiqués** = vaccins **vivants, atténués**:

Rougeole, oreillons, rubéole, varicelle, fièvre jaune,  
Polio oral vivant atténué,

**Permis** = vaccins **inactivés, recombinants**

**Recommandés**: **Grippe** (influenza), **Pneumocoques** = Prevenar,  
diphtérie, tétanos, polio injectable, Hépatite B,

**Autorisés**: Coqueluche, papilloma virus, Hépatite A, méningocoques,  
haemophilus, typhoïde, Encéphalite à tique virus inactivé



# MESSAGES I : suivi par médecin traitant



- Si vous appelez concernant une MICI:
  - le problème est ?... **diarrhée** : nbr de selles/jour vs par nuit, % sang **fièvre** /**frissons** **douleurs** postprandiales/crampes/ténesme/(sub-)iléus
  - année du diagnostic – phénotype – extension - localisation - sévérité initiale
  - historique des traitements / complications/ opérations
  - laboratoire / radiologie
- Soutien pour **arrêt du tabac** dans la maladie de **Crohn**
- Contrôle au 6 mois (?) vs **supplémentation**: Fer, B12, Acide folique, Vitamine D3, Zinc.
- **Vaccinations** annuelle contre la grippe saisonnière, Prevenar® !
- Pour les **problèmes internistiques** car de plus en plus des patients âgés avec comorbidités (**cardiaques** ⚠ anti-TNF, **diabète** etc)
- Maladie chronique, potentiellement invalidante : **soutien psychologique, traitement de phase dépressive, fatigue chronique**



# MESSAGES II : suivi par médecin traitant

- Si péjoration clinique: **exclure infection digestive** avant d'augmenter les stéroïdes ! Si immunosuppression:

**panel multiplex PCR p.e. BIOFIRE**

PENSER à **colite à CMV**



- Penser à **rectite sur MST** (HIV, Chlamydia, Gonocoques, Syphilis, HSV)
- **Eviter** les traitements avec **stéroïdes** (répétés courts ainsi qu'au long cours)  
Eviter les AINS
- **Azathioprine (Imurek)**: contrôles aux 3 mois (FSC, tests hépatiques), attention EBV (mononucléose), interaction avec l'allopurinol (goutte) → taux toxique, contrôle cancer peau, contrôle dysplasie col utérin
- **Methotrexate**: nausée, attention alcool (foie) et insuffisance rénale (contrôle créatinine) → taux toxique
- **Anti TNF alpha** : infection / abcès / TB extradigestive/ psoriasis induit / décompensation cardiaque/ contrôle dysplasie col utérin
- **JAK inhibiteurs** : zona / thrombose / embolie pulmonaire

# MESSAGES III : suivi par médecin traitant

- Prévention / traitement **ostéoporose** en particulier si stéroïde)



- Motiver le patient pour les contrôles de **dépistage du CCR**



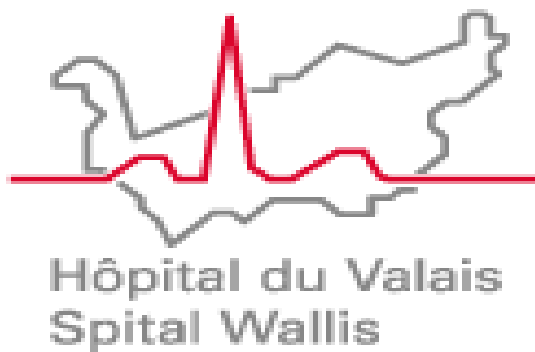
- **Transmission des résultats** (laboratoires, radiologie, consultations spécialisées etc) ! Suivi alterné oui mais **correspondance**!







**MERCI DE VOTRE ATTENTION**



centre sédunois  
de gastroentérologie




*"That's all Folks!"*





# Eliminer une infection :

Au moyen des  
panels gastro-intestinaux par PCR multiplex

 <b>TABEAU 5</b>		<b>Avantages et inconvénients possibles des tests moléculaires rapides</b>	
<b>PROS</b>		<b>CONS</b>	
Meilleure sensibilité		Détection de germes spécifiques (cibles prédéfinies → on ne trouve que ce que l'on cherche)	
Meilleure spécificité microbiologique (p. ex: <i>E. histolytica</i> versus <i>dispar</i> )		Pas d'information sur la viabilité (détection d'ADN/ARN)	
1 seul échantillon nécessaire (bactéries et protozoaires entériques)		Pas d'antibiogramme (culture bactérienne requise sur un échantillon positif par PCR)	
Rapide (1-3 heures)		Bénéfice clinique restant à démontrer	
Manipulations au laboratoire simplifiées		Risque de contamination si les précautions analytiques liées aux méthodes moléculaires ne sont pas respectées → Faux positifs	
Détection simultanée d'un grand nombre de germes (panel élargi permettant de mettre en évidence des germes inattendus)		Détection simultanée d'un grand nombre de germes (impossibilité de sélectionner les germes ayant une probabilité pré-test suffisante, résultat qualitatif empêchant de potentiellement distinguer un portage d'une vraie infection → lien de causalité pas clair)	

# Yersinia enterocolitica

- fortes douleurs abdominales accompagnées de diarrhées très violentes, de vomissements et d'hyperthermie car sécrétion d'entérotoxines + capacité d'invasion des cellules intestinales
- Forme entéritique, rappelant les entérites à Salmonella, d'allure souvent traînante. Généralement bénigne, parfois une toxicose importante. Petits enfants (quelques mois à cinq ans).
- Syndrome de la fosse iliaque droite : il s'agit ici d'une adénite mésentérique souvent accompagnée d'une iléite terminale. Adolescents et jeunes adultes.
- Erythème noueux et Arthrites décrits

## LA RECTITE À CHLAMYDIA : la grande simulatrice ...

- Incubation 20-25 jours - LGV : HSH 97% / VIH+ 80%
- Evolution en 3 phases
  - Papules ou ulcérations peu symptomatiques
  - Ano-rectite ulcérée, purulente, adénopathie inguinale
  - Evolution chronique fistulisante / pseudo-tumorale
- Granulome sur biopsies
- Diagnostic : *Chlamydia Trachomatis* en PCR

Le piège à retenir...

Rectite ulcérée granulomateuse, fistulisante à anus, à distance rapport contaminant, avec un diagnostic erroné de maladie de Crohn depuis un an

JFHOD 2015  
Ghislain STAUMONT



# Traitement

**CAS 1: Doxycycline 100mg p.o. 2x/j pour 7 jours** pour la rectite non compliquée à **Chlamydia trachomatis**

**CAS 2: Doxycycline 100mg p.o. 2x/j pour 21 jours** car **Lymphogranuloma venereum** à *Chlamydia trachomatis* sérovar L1 L2 et L3.

**CAS 3 :** Pour la **syphilis** 3 doses espacées d'une semaine de 2.4 millions d'unités de **benzathine pénicilline I.M.**

**Chlamydia trachomatis de type LGV** Doxycycline p.o. 100 mg 2xj pour 21 j. Les cas de **péri-hépatite** à Chlamydia - **syndrome de Fitz-Hugh-Curtis** (une péritonite se localisant sur l'hypochondre droit) - sont rares chez les hommes, mais décrits chez les patients ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

**Tableau 2:** Recommandations pour les infections à *Chlamydia trachomatis* et les syndromes / agents pathogènes associés.

Clinique, agent pathogène	Traitement de première intention	Alternative	Commentaire
Infection à <i>Chlamydia</i> génitale, pharyngée ou rectale non compliquée	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Doxycycline 100 mg PO 2 x/jour pendant 7 jours*</li> <li>– Azithromycine 1 g PO, dose unique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erythromycine 500 mg 2 x/jour pendant 7 jours</li> <li>– Lévofoxacine 500 mg 1 x/jour pendant 7 jours*</li> <li>– Ofloxacine 200 mg 2 x/jour pendant 7 jours *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Traitement des partenaires</li> <li>– Pas de rapports sexuels pendant sept jours après le début du traitement, traitement des partenaires et disparition des symptômes (sauf si traitement simultané des partenaires)</li> <li>– En cas d'infection rectale, privilégier la doxycycline*</li> <li>– Contrôle thérapeutique par PCR au plus tôt quatre semaines après la fin du traitement, si azithromycine pour infection rectale, traitement de seconde intention, grossesse ou complication (MID)</li> </ul>
Lymphogranulome vénérien	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Doxycycline 100 mg 2 x/jour pendant 3 semaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Azithromycine 1 g 1 x/semaine pendant 3 semaines</li> <li>– Erythromycine 500 mg 4 x/jour pendant 3 semaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– A l'heure actuelle presque uniquement clinique ano-rectale, surtout chez les HSH VIH-positifs</li> <li>– Demander l'avis d'un spécialiste</li> </ul>
Maladie inflammatoire pelvienne	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Demander l'avis d'un gynécologue ou d'un infectiologue</li> </ul>		

\* Contre-indication: grossesse

HSH = hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes



# Colite sévère cortico-réfractaire



PCR CMV sanguine  
Biopsies: Histologie et IHC  
CMV tissulaire

Adapté de Pillet S. World J Gastroenterol.  
2016 Feb 14;22(6):2030-45

Quel **cutt off** ? 500-2500cp/ml?  
Labo CHUV CMV PCR bx «seuil  
de détection situé entre 100 et  
1000 copies/ml»

	Normal (1)	Faiblement positif (2)	Fortement positif (3)
S: CMV sanguin (copies/ml)	0	250-500	500-2500
H: Histologie/IHC	Pas d'incl.	<5 inclusions	> 5 inclusions
T: CMV tissulaire (copies/ml)	0	250-500	500-2500

## TRAITEMENT

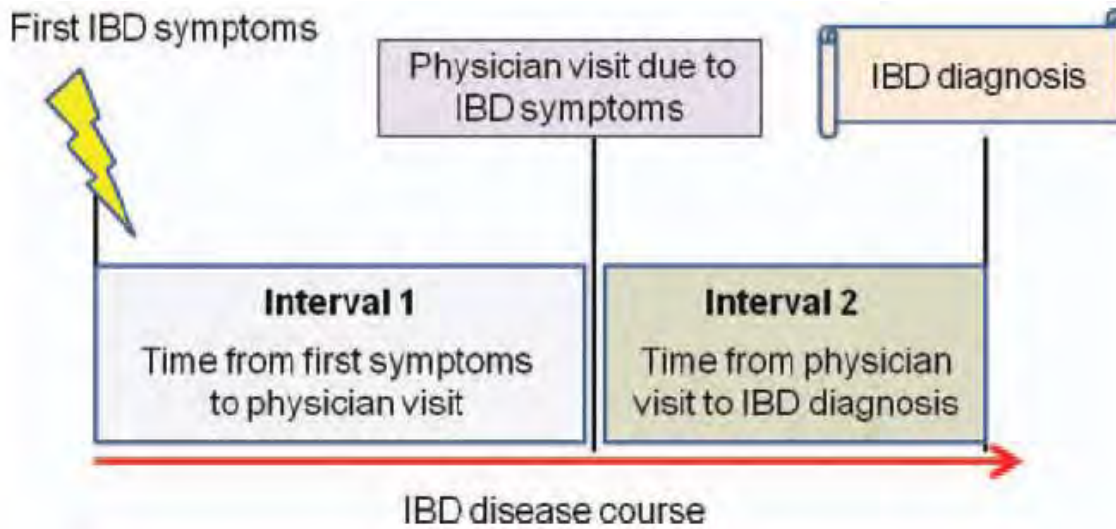
**Indication absolue:** H2 ou H3

**Indication relative:** H1T2 ou H1T3. Alternative: Stop IS

**CMV sanguin:** Monitoring sous traitement et évaluation d'une éventuelle maladie à CMV

# Diagnostic delay

Inflamm Bowel Dis 2012;18:496–505



**TABLE 2.** List of the Three Important Time Windows (in Months) According to the Diagnosis

	CD	UC	IC
Number of patients	932	625	34
Time from first symptoms to IBD diagnosis (median, IQR)	9, 3-24	4, 1-12	3, 2-6
Time from first symptoms to physician visit (median, IQR)	2, 0-6	1, 0-4	1, 0-2
Time from physician visit to IBD diagnosis (median, IQR)	4, 0-18	1, 0-5	1, 0-4