

Forme complexe de maladie de Crohn : à propos d'un cas clinique.

A complex form of Crohn's disease. A case report

Ilhem Ouahab, Abdelaziz Behar

Service de Chirurgie Générale,
CHU de Sétif

Correspondance à :
Ilhem OUAHAB
dr_ouahabilhem@yahoo.fr

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2017.4122>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire du tube digestif de la bouche à l'anus. Les localisations iléales et iléo coliques sont les plus fréquentes. Elle est chronique, de toute la vie, multiforme, récidivante et déroutante dans son évolution. C'est une maladie du sujet jeune souvent grave pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel. La chirurgie de la maladie de Crohn est le traitement de choix des formes compliquées symptomatiques et / ou échec du traitement médical. Elle ne guérira pas la maladie mais elle traite les complications. La récurrence est caractéristique de la maladie. Un traitement médical post opératoire prophylactique est nécessaire pour avoir une rémission au long cours. La prise en charge des patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique requiert une équipe pluridisciplinaire. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 23 ans atteinte d'une maladie de Crohn iléo colique dans sa forme complexe. La résection iléocœcale avec aveuglement des fistules était réalisée. Ce geste est le plus souvent réalisé pour éviter le syndrome de grêle court. Les suites opératoires étaient favorables.

Mots-clés : Maladie de Crohn, Complications, Chirurgie, récurrence, traitement médical post-opératoire.

ABSTRACT

Crohn's disease (CD) is an inflammatory bowel disease, affecting the whole gastro-intestinal tract, from mouth to anus. Ileal and ileo-colic locations are the most prevalent. It is a chronic, life long lasting, multifaceted, recurrent and confusing during its evolution. It is a disease of the young subject, often severe, which may affect functional prognosis. Crohn's disease surgery is the treatment of choice of complicated symptomatic forms and / or after failure of medical treatment. It will not cure the disease but heal the complications. Recurrence is characteristic of the disease. Post-operative prophylactic medical treatment is required for long-term remission. The management of patients with a chronic inflammatory disease requires a multidisciplinary team. We report a case of a 23-year-old woman with an ileo-colic Crohn's disease in its complex form. The ileocaecular resection with fistula closing was performed. This gesture is most often performed to avoid short haul syndrome. Operative follow-up was favorable.

Keywords: Crohn's disease, Complications, Surgery, recurrence, postoperative medical treatment.

شكل معقد من مرض كرون: تقرير حالة.

مرض كرون هو مرض التهاب الأمعاء، الذي يمكن أن يؤثر على الجهاز الهضمي كله، من الفم إلى فتحة الشرج. إن تموقعه في الدقاق والأمعاء الغليظة هو الأكثر انتشاراً. إنه مرض مزمن، طويل الأمد، متعدد الأوجه، متكرر ومربك خلال تطوره. و هو مرض يؤثر بشكل رئيسي على الشباب، و في كثير من الأحيان بصفة شديدة، مؤثراً بذلك على التشخيص الوظيفي. جراحة مرض كرون هي العلاج الاختياري للأعراض المعقدة و / أو بعد فشل العلاج الطبي. فإنه لن يعالج المرض ولكن يمكن من شفاء المضاعفات. التكرار بعد الجراحة هو سمة من سمات المرض. و لذلك مطلوب العلاج الطبي الوقائي بعد الجراحة على المدى الطويل. إدارة المرضى الذين يعانون من مرض التهاب مزمن يتطلب فريقاً متعدد التخصصات. نبلغ عن حالة امرأة تبلغ من العمر 23 عاماً مصابة بمرض كرون في شكله المعقد. تم إجراء استئصال اللعائقية مع إغلاق الناسور. وغالباً ما يتم تنفيذ هذه العملية لتجنب متلازمة البرد القصيرة. وكانت متابعة العملية إيجابية.

الكلمات الرئيسية: مرض كرون، مضاعفات، جراحة، تكرار، العلاج الطبي بعد العملية الجراحية.

INTRODUCTION

Entérite segmentaire ou plurisegmentaire, la maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique avec préférence de l'iléon terminal. Elle touche essentiellement le sujet jeune. La MC est d'étiologie inconnue, à l'heure actuelle, on ne dispose pas de traitement curatif. Les complications sont caractéristiques de la maladie de Crohn. La chirurgie d'adresse essentiellement aux formes compliquées de la maladie n'entraînant qu'une amélioration

sans réelle rémission. Nous rapportons le cas d'une patiente opérée pour une forme complexe de maladie de Crohn iléo colique.

OBSERVATION

Mademoiselle RD, âgée de 23 ans, connue pour maladie de Crohn iléale depuis 7 ans peu active sous dérivés amino-salicylés type mésalazine (2 g par jour). Elle présentait des syndromes sub-occlusifs à répétition

Pour citer l'article :

Ouahab I, Behar A. Forme complexe de maladie de Crohn : à propos d'un cas clinique. *Batna J Med Sci* 2017;4(1):108-10. <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2017.4122>

spontanément résolutifs, une fécalurie et une aménorrhée évoluant depuis plus de six mois. Elle était hospitalisée au service de médecine interne dans un état cachectique. L'examen clinique trouvait une jeune femme cachectique avec pâleur cutanéomuqueuse avec une masse au niveau de la fosse iliaque droite.

Après une réanimation efficace (amélioration clinique et correction du bilan nutritionnel), des examens morphologiques étaient réalisés. La tomодensitométrie abdominale montrait une sténose de la dernière anse iléale, une sténose du sigmoïde et des fistules complexes (magma inflammatoire) (figure 1).

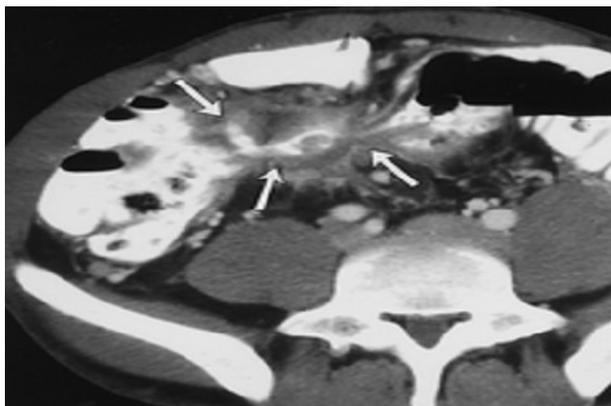


Figure 1. TDM abdominale objectivant une masse inflammatoire avec fistules complexes.

Le transit du grêle objectivait un rétrécissement étendu de la dernière anse iléale avec des fistules complexes (figure 2).

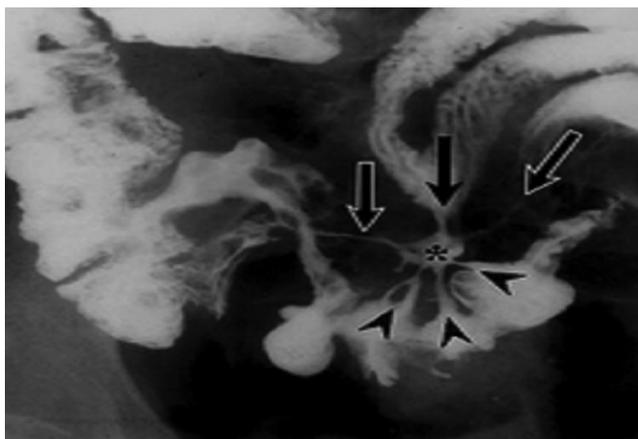


Figure 2. Transit du grêle. Sténose de la dernière anse iléale avec fistules entéro-entérales.

Une intervention était réalisée. En per opératoire, on constatait : un magma inflammatoire au niveau de la fosse iliaque droite, une sténose avec œdème inflammatoire de la dernière anse iléale, une fistule entéro-entérale, entéro-transverse, entéro-vésicale et entéro-annexielle droite (l'ovaire droit était hypotrophique de couleur violacée) ; l'ovaire controlatéral était sain, et une sténose de 5 centimètres au niveau du sigmoïde.

Après libération laborieuse des fistules, on procédait dans un 1^{er} temps à un aveuglement des fistules (transverse et vésicale) et dans un 2^{ème} temps opératoire à une résection iléocœcale en mono bloc du magma inflammatoire avec rétablissement immédiat de la continuité digestive par une anastomose entéro-colique terminale latérale (figure 3).



Figure 3. Double résection, iléocœcale et sigmoïdienne (sténose) + Annexectomie droite.

Le 3^{ème} temps opératoire avait consisté en une résection du sigmoïde serré à 2 centimètres de la région saine avec réalisation d'une anastomose colo-colique terminale terminale. Le 4^{ème} temps était une ovariectomie droite et enfin, le 5^{ème} temps opératoire était un drainage, une repéritonisation, et une fermeture plan par plan.

L'examen histopathologique des pièces opératoires confirmait la maladie de Crohn iléo-colique. Un traitement adjuvant post opératoire était proposé en immédiat (Mésalazine 2g par jour).

Les suites opératoires étaient simples : transit repris à J2 post opératoire, alimentation reprise à J3, la plaie était propre et l'ablation des fils était faite à J10 post opératoire. La malade était revue en consultation pour contrôle et bilan de sa maladie. On constatait une prise de poids de 3 Kg. Le bilan biologique (NFS, bilan hépatique, rénal et nutritionnel) était correct. Nous travaillons en collaboration avec le gastro-entérologue.

DISCUSSION

La maladie de Crohn (MC) appartient aux colites cryptogénétiques, malgré les recherches qui lui sont consacrées, reste une pathologie mystérieuse (1) dont l'origine reste à ce jour inconnue. Actuellement, elle est en nette augmentation avec prédilection chez l'adulte jeune (2). C'est une maladie souvent grave, et en tant que telle, impose une prise en charge spécialisée à long terme. Sa prise en charge nécessite une concertation pluridisciplinaire. L'apport de nouvelles thérapeutiques n'est que symptomatique et vise à induire une rémission la plus longue possible. Dans l'état actuel des connaissances, Le traitement chirurgical est le traitement de choix des complications symptomatiques et / ou échec du traitement médical (3). La récurrence post opératoire pose une véritable problématique. Comment l'éviter ? Et quel traitement médical proposer après la chirurgie ? Autant de questions n'ont pas encore trouvé de réponses concrètes.

La maladie de Crohn pose un problème de santé publique (4) du fait de sa chronicité et de sa sévérité potentielle. Le pronostic vital est rarement mis en jeu mais le pronostic fonctionnel et la qualité de vie sont fortement altérés. Nous présentons le cas d'une patiente traitée pour maladie de Crohn depuis plus de 7 ans et qui présentait des complications sévères où le pronostic vital était menacé.

La chirurgie est indiquée dans les formes compliquées symptomatiques aiguës ou chroniques et après échec du traitement médical. L'évolution chronique de la maladie chez notre patiente permettait aux complications sévères de s'installer (sténoses, fistules complexes, masse inflammatoire). Parmi les principales indications opératoires, nous citons la sténose et la fistule.

Les sténoses

Les sténoses iléales sont les plus fréquentes et touchent essentiellement l'iléon terminal. Elles peuvent se présenter sous la forme d'une iléite terminale ou sous la forme d'une masse englobant les anses gréliques entre lesquelles il peut exister de multiples fistules (5). Dans notre cas, la sténose inflammatoire était manifeste. Elles sont responsables des douleurs abdominales, avec parfois, un tableau sub occlusif « Syndrome de Kœnig » : Il s'agit alors des formes dites chroniques.

Les sténoses coliques sont rares (6). En effet, la sténose colique était trouvée dans notre cas, associée à la sténose iléale.

Les fistules : leur origine est plus souvent grélique que colique. On distingue deux types (7) : les fistules internes font communiquer le segment d'intestin atteint par la maladie avec un organe de voisinage. Ainsi, une iléite terminale peut se fistuliser dans d'autres anses grêles (réalisant une masse inflammatoire), le colon, notamment le sigmoïde, ou plus rarement la vessie qui sont considérés comme des organes « victimes » dans lesquels l'anse pathologique est venue s'ouvrir par contiguïté. Les fistules externes, entéro cutanées, sont rares en dehors des fistules anopérinéales. Ces deux types de fistules ont sensiblement la même fréquence (un peu moins de 30 %). L'indication ne sera retenue que chez une minorité de patients et dépendra essentiellement du retentissement clinique, fonctionnel et social. Dans notre observation, nous colligeons les fistules réparties comme suit : fistules entéro entérales réalisant des masses inflammatoires de la fosse iliaque droite, fistule entéro transverse et fistules entéro vésicale.

Résection intestinale : la résection iléo-caecale constitue l'essentiel du traitement chirurgical d'iléite terminale de Crohn (8). La résection segmentaire colique est le traitement par excellence en restant économe sur le segment colique restant (risque d'intestin court).

L'aveuglement des fistules : l'aveuglement des fistules est le traitement de choix pour éviter les résections inutiles. La fistule vésicale était aveuglée avec la mise à demeure de la sonde vésicale pendant 10 jours.

Annexectomie droite : l'ovaire était malade (hypotrophique et de couleur violacé) jugeant ainsi son ablation.

Traitement médical post opératoire : la récurrence est la règle dans la maladie de Crohn (9). Dans la MC, après une intervention chirurgicale comportant la résection de l'ensemble des lésions intestinales, le taux de récurrence clinique est de 18 à 30 % après 1 an et 50 à 60 % après 5 ans (10). Le traitement prophylactique des rechutes post-

opératoires était prescrit chez notre patiente. Il est fortement recommandé d'informer les patients sur l'intérêt du traitement médical post opératoire en leur expliquant que la MC est une maladie de toute la vie et la récurrence est inévitable. Un apport psychologique est souhaitable. La prise en charge doit être en concertation avec le gastro entérologue pour une meilleure qualité de vie en post opératoire (traitement prophylactique plus le suivi de l'évolution de la maladie).

CONCLUSION

La maladie de Crohn évolue par poussées de façon chronique. Elle peut être révélée par des complications. La prise en charge des formes compliquées de la maladie de Crohn nécessite une concertation multidisciplinaire. La chirurgie améliore le confort des malades mais la morbidité reste importante. La maladie de Crohn est une maladie bénigne mais peut être grave par son retentissement fonctionnel sur la qualité de vie.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Villani AC, Franchimont D, Hudson T. Maladie de Crohn. *Revue nature genetics*. Janvier 2009.
2. GETAID : Description de la maladie de Crohn. 25 Avril 2007.
3. Gallot D. Traitement chirurgical de la maladie de Crohn : Principes de tactique et de technique opératoires. *EMC. Techniques chirurgicales. Appareil Digestif*, 40 – 667, 1994, 10 p.
4. Mitchell R, Kremer A. Talking about life and IBD: A paradigm for improving patient physician communication. *Journal of Crohn's and colitis* (2009), 3, 1-3.
5. Braumvald E, Fauci A, Long D. Principes de Médecine. Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin p 1679-1692. Flammarion Médecine- Science Ed (Paris) 2005.
6. Le Blanc – Louvry I, Michot F. Maladie de Crohn colique. *Journal de Chirurgie* ISSN 0021 – 7697 Coden Jochaq. 1998, vol 135, n° 6 p 254 – 260 (43 réf).
7. Panis Y. Prise en charge chirurgicale des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin: Le consensus et les contreverses. *Gastroentérologie clinique et biologique* Vol 127, N° sup 3 –mars 2003. DOI: GCB- 03- 2003-27-3 S- 0399- 8320. 101019-Art 17.
8. Tiret E. Quoi de neuf dans le traitement chirurgical des lésions du grêle (1) et (2). *AFC* 2009 ?
9. Faik M. Récurrence post opératoire de la maladie de Crohn. *Médecine du Maghreb* 2000 n° 82.
10. Hérol G. Sciences Médicales. Série Claude Bernard : Médecine interne. Maladies inflammatoires de l'intestin, entérocolite régionale ou maladie de Crohn (k 509) p 475 – 478.