

# Premier épisode de rectite

➔ **Ghislain Staumont**

(✉) Clinique Saint-Jean Languedoc, 20- route de Revel, CS37707, 31077 Toulouse cedex 4

E-mail : ghislain.staumont@numericable.fr

## Objectifs pédagogiques

- Connaître la définition
- Connaître la démarche diagnostique
- Connaître les traitements de première intention

## ABRÉVIATIONS :

IST : infections sexuellement transmises

LGV : lymphogranulomatose vénérienne

MICI : maladies inflammatoires chroniques intestinales

RCH : rectocolite hémorragique

USR : ulcère solitaire du rectum

## Introduction - Définition

Un premier épisode de rectite est une situation fréquente en pratique quotidienne, même s'il est très difficile d'en préciser l'incidence. Elle pose le problème difficile du diagnostic différentiel d'une rectite de MICI avec de nombreuses autres affections possibles, même si une forme distale de RCH est la première étiologie en terme de fréquence [1]. La définition d'une rectite pourrait être une inflammation visible de la muqueuse rectale. Elle ne dépasse pas la charnière rectosigmoïdienne, mais peut se limiter à la partie distale du rectum. L'évaluation de l'extension en hauteur est quelquefois difficile à évaluer par un simple examen proctologique, même avec une rectoscopie rigide. En cas de non visualisation de la limite supérieure de l'atteinte inflammatoire, un contrôle coloscopique est indispensable car une extension sur le côlon sigmoïde et au-delà sort de l'entité rectite, modifiant par là même le cadre diagnostique et thérapeutique. L'expression clinique d'une rectite est non spécifique et, selon l'intensité des symptômes, le malade peut se présenter avec de simples rectorragies en fin de selles, évoquant une pathologie hémorroïdaire, ou à l'inverse sous forme d'un authentique syndrome rectal avec faux besoins, glaires muco-sanglantes, douleurs sous-ombilicales et ténésme.

## Démarche diagnostique

Lors d'un premier épisode de rectite, il est essentiel de ne pas se précipiter sur le diagnostic de rectite cryptogénétique. Les autres étiologies de rectite à évoquer sont les infections sexuellement transmises (IST), la rectite de prolapsus, les rectites iatrogènes dont les rectites radiques, les autres infections non sexuellement transmises et quelques étiologies rares (rectite de diversion, rectite ischémique). La multiplicité des

causes possibles (Tableau I) oblige le praticien consulté à une démarche rigoureuse et systématisée lors de cette prise en charge initiale [1]. Cette étape est primordiale car elle permet souvent d'établir un diagnostic étiologique. Elle peut éviter des situations d'échec thérapeutique liées à une erreur de diagnostic, ou même l'aggravation d'une rectite infectieuse par la prescription erronée de corticoïdes. Une autre particularité des rectites est l'absence de menace vitale et le plus souvent de retentissement sur l'état général, chez un patient qui reste volontiers en activité. Ceci laisse le temps d'organiser un bilan simple pouvant inclure coprocultures, rectoscopie et biopsies, prélèvements microbiologiques ciblées et d'éventuelles explorations complémentaires commandées par le contexte clinique. Le diagnostic peut souvent être évoqué dès l'interrogatoire si les bonnes questions sont posées, ou si le

**Tableau I.**  
Différentes étiologies des rectites

<b>Rectites de MICI</b>
Rectocolite ulcéro-hémorragique
Maladie de Crohn
Colite inclassée
<b>Rectites liées aux IST</b>
<i>Chlamydiae trachomatis</i>
Gonocoques
Herpès virus
Syphilis
<b>Rectite de prolapsus</b>
Syndrome de prolapsus muqueux
<b>Rectites iatrogènes</b>
Radiothérapie
Lavements (rituels, H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ...)
Suppositoires (AINS, camphre...)
<b>Autres rectites infectieuses</b>
<i>Clostridium difficile</i>
Cytomégalovirus
Amibiase
Tuberculose

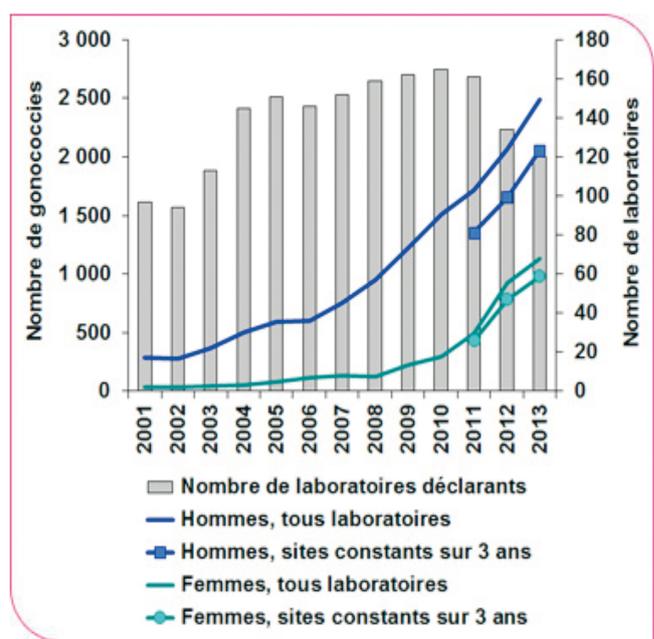
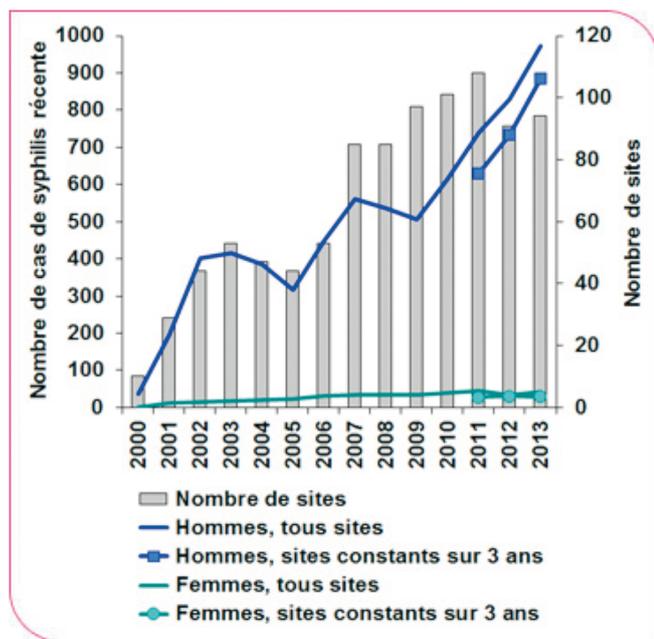
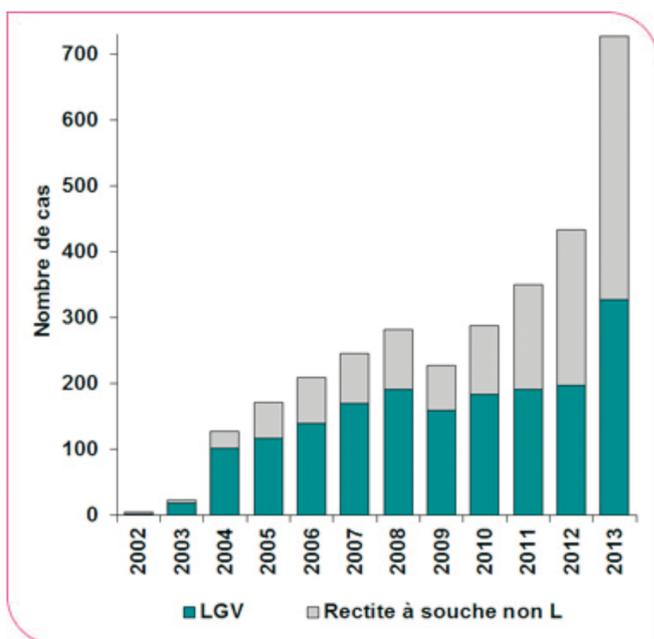


Figure 1. Évolution des nombres de cas d'IST en France d'après les réseaux de surveillance de l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) pour la syphilis, les gonococcies et les rectites à chlamydiae (LGV-non LGV). Bulletin de l'InVS, janvier 2014. [www.invs.santé.fr](http://www.invs.santé.fr)

contexte est évocateur d'emblée. L'existence d'une sexualité anale même occasionnelle doit être recherchée, ainsi que le recours à des traitements locaux, suppositoires ou lavements. La notion d'une constipation ou d'une dyschésie doit être précisée, mais son absence n'exclut pas une rectite de prolapsus. Enfin, un antécédent de radiothérapie périnéale ne doit pas être méconnu. Il est licite d'initier d'emblée un traitement probabiliste dans l'attente des résultats des examens demandés si le contexte est très évocateur.



## Les rectites liées aux IST

Les rectites liées aux infections sexuellement transmises (IST) sont probablement le premier diagnostic différentiel à évoquer en terme de fréquence devant un premier épisode de rectite de survenue récente. Elles ne s'observent quasiment que chez des patients ayant des rapports sexuels anaux passifs ou des pratiques sexuelles à risque. L'anamnèse est donc essentielle dans l'orientation diagnostique et elle doit inclure spécifiquement cette question, y compris chez la femme. Les années 2000 ont vu une importante recrudescence de la plupart des IST ainsi que la réapparition de certaines pathologies jusque-là

presque éradiquées comme la syphilis et l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), en France comme dans la plupart des pays occidentaux. Cette tendance a été contemporaine de l'augmentation des comportements sexuels à risque dans les deux sexes, plutôt dans une population jeune, mais elle prédomine surtout chez les hommes ayant des relations homosexuelles, avec une prévalence élevée de coinfection par le VIH [2]. Ces IST ano-rectales peuvent se manifester de façon bruyante, mais elles sont très souvent asymptomatiques, ce qui favorise leur dissémination. La prévalence des étiologies respectives est difficile à préciser car les données disponibles

récentes concernent les IST en général, plus rarement anales et non les rectites en particulier [2, 3, 4]. Les cas déclarés en France des infections à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* ont été multipliés par deux sur les trois dernières années, et par cinq depuis 2004 (Fig. 1). Ces deux étiologies prédominent actuellement dans les rectites à IST, incluant la lymphogranulomatose vénérienne dans le cadre du chlamydia. La rectite à *Herpes simplex virus* semble plus rare et la rectite syphilitique plutôt exceptionnelle [3, 5]. La coexistence de lésions périanales érosives ou ulcérées est assez évocatrice d'une rectite à IST, mais leur présence n'est pas constante.

**Tableau II. Conduite à tenir devant une suspicion de rectite liée aux IST**

Prélèvements microbiologiques sur muqueuse bas rectum sous anoscopie à recherche :

- Gonocoque (privilegier PCR)
- *Chlamydiae* (PCR)
- *Herpes simplex virus* si évocateur

Sérologies VDRL-TPHA, VIH si inconnu, VHC, VHB si non vacciné

Traitement antibiotique probabiliste d'emblée incluant :

- Doxycycline 200 mg/j *per os* en deux prises pendant 21 jours (chlamydia)
- Ceftriaxone 500 mg IM ou IV en dose unique (gonocoque)
- Si évocateur d'herpès, valaciclovir 1 g *per os* en deux prises pendant 10 jours
- Si évocateur de syphilis, benzathine benzylpénicilline, 2,4 MU en dose unique IM

Revoir à deux semaines

- Donner résultats sérologiques et microbiologiques définitifs
- Vérifier guérison ou nette amélioration (chlamydia)
- Proposer dépistage partenaires sexuels
- Planifier éventuel suivi sérologique et/ou clinique

Les particularités épidémiologiques et cliniques de chaque rectite à IST peuvent orienter le diagnostic étiologique. La rectite à *Chlamydia trachomatis* est en recrudescence depuis 10 ans, avec une alerte de l'InVS en 2004 chez les patients homosexuels masculins sur la LGV liée à un sérotype particulier de chlamydia (séovar L2, L2b, et L1, L3). L'épidémie persiste depuis, avec une coinfection VIH à 90 % pour la LGV, mais depuis 2013 les rectites à chlamydia non LGV déclarées en France sont plus nombreuses que la LGV [2]. Après une incubation moyenne est de 20 à 25 jours, la rectite à chlamydia évolue en trois phases : (a) papule, vésicule ou petite ulcération qui passent souvent inaperçues, (b) après deux semaines, apparition d'une ano-rectite aiguë ulcérée, purulente avec un aspect volontiers ulcéro-bourgeonnant, associée dans un tiers des cas à une adénopathie inguinale rarement fistulisée, et quelquefois des signes généraux, (c) évolution chronique en l'absence de traitement avec survenue de fistules ano-périnéales et d'une rectite pseudo-tumorale. Le diagnostic positif est fait par un prélèvement microbiologique anal à la recherche du *Chlamydia trachomatis* en PCR, idéalement sur une biopsie ciblée. Le traitement repose sur la doxycycline ou la minocycline (200 mg par jour en deux prises *per os* pendant trois semaines). La rectite à *Neisseria gonorrhoeae* est également en recrudescence depuis 2006. Son temps d'incubation est court, de deux à sept jours. Elle se présente

classiquement sous la forme de pus sur une muqueuse saine, banalement érythémateuse. Le diagnostic est affirmé par un prélèvement ano-rectal qui peut rester négatif en raison de la fragilité de la bactérie, d'où l'intérêt de favoriser un prélèvement directement au laboratoire ou d'une recherche en PCR. Le traitement repose sur une injection unique de ceftriaxone 500 mg, IM ou IV. La rectite à *Herpes simplex virus* est plus rare et elle ne survient que lors de la primo-infection. Elle est le plus souvent méconnue, mais peut quelquefois être très symptomatique et persister pendant deux semaines. La rectite est volontiers ulcérée (les vésicules sont assez rares) et très douloureuse, avec souvent des signes associés de dysurie, dyschésie, fièvre et adénopathies inguinales sensibles. L'incubation est très variable, de un à 26 jours. Le virus en cause peut être de type 1 ou 2, mais les récurrences sous forme d'ano-dermite sont dix fois plus fréquentes avec le HSV2, le virus persistant au niveau du ganglion sensitif. Le diagnostic est le plus souvent clinique, mais des examens complémentaires peuvent être réalisés en cas de présentation atypique. Le prélèvement ano-rectal doit être précoce, en grattant le fond des ulcérations ou des vésicules, avec un acheminement rapide au laboratoire sur un milieu de transport dédié. Le diagnostic bactériologique repose sur la présence d'antigène HSV, sur la culture ou actuellement le plus souvent la recherche en PCR. La sérologie HSV de type IgM peut confirmer la

primo-infection. Le traitement repose sur le valaciclovir 500 mg matin et soir *per os* pendant dix jours. En cas de forme sévère plus fréquente chez le patient coinfecté avec le VIH, l'aciclovir par voie veineuse peut être utilisé. Ce traitement ne prévient pas des récurrences. La rectite à *Treponema pallidum* est exceptionnelle et polymorphe, pouvant être ulcérée ou pseudo-tumorale. Le diagnostic est avant tout sérologique, la recherche classique du spirochète en microscopie optique sur fond noir n'étant plus remboursée en France. Le traitement est la benzathine benzylpénicilline, 2,4 MU en dose unique par voie IM, ou en seconde intention, la doxycycline (200 mg par jour en deux prises *per os* pendant deux semaines).

En pratique devant une suspicion de rectite à IST (Tableau II), des prélèvements microbiologiques doivent être réalisés lors de l'examen proctologique sur des milieux de culture et/ou de transports adaptés ou organisés directement au laboratoire. La sérologie de la syphilis (VDRL-TPHA), ainsi que celles du VIH et des hépatites B et C, doivent être systématiques dans ce contexte d'IST. La sérologie de la LGV n'a qu'un intérêt épidémiologique. Le traitement doit être prescrit de façon probabiliste dès le prélèvement effectué. Il doit associer de façon systématique celui du chlamydia et du gonocoque en raison d'une coinfection présente dans 20 à 30 % des cas. Le piège diagnostique à éviter dans ce contexte des IST est avant tout la rectite à chlamydia, débutant à bas bruit à distance d'un rapport sexuel, avec une évolution fistulisante et la présence de granulome sur les biopsies qui peut orienter par erreur vers un diagnostic de maladie de Crohn. Si le contexte est évocateur, l'absence de chlamydia sur la recherche en PCR ne doit pas faire renoncer au traitement antibiotique probabiliste en raison des résultats faussement négatifs possibles. Finalement, en dehors d'une rectite herpétique ou syphilitique avérée, le schéma thérapeutique des rectites à IST associe ceftriaxone 500 mg IM ou IV en dose unique + doxycycline 200 mg/j *per os* pendant 21 jours. Un dépistage systématique des partenaires doit être proposé, mais il est souvent difficilement réalisable en pratique. Enfin, le patient doit être revu pour s'assurer de la guérison clinique, lui communiquer les résultats définitifs et prescrire un contrôle microbiologique ou sérologique éventuel [3, 5].

---

## Les autres rectites infectieuses

---

Le CMV, l'amibiase et la tuberculose peuvent avoir une localisation rectale préférentielle, éventuellement bipolaire (cæcum-rectum) pour l'amibiase et la tuberculose. La présence d'*Entamoeba histolytica* est de l'ordre de 20 à 30 % dans la population homosexuelle et bisexuelle, liée à une contamination oro-anale, même si la survenue d'une rectite symptomatique est très rare. La rectoscopie peut alors mettre en évidence une muqueuse œdémateuse, érythémateuse, friable, recouverte d'un enduit fibrineux avec ulcérations en coup d'ongle évocatrices. Chez les migrants ou les homosexuels, une suspicion clinique d'amibiase conduit à demander un examen de selles spécifique et une sérologie.

Les autres étiologies infectieuses (*E. coli*, *Shigella*, *Yersioniose*, *Campylobacter*...) sont exceptionnellement responsables d'une atteinte limitée au rectum, à l'exception peut-être du *Clostridium difficile* qu'il faut toujours savoir rechercher spécifiquement, notamment en cas d'hospitalisation récente ou de prise d'antibiotiques.

---

## Les rectites de prolapsus

---

La rectite de prolapsus est classiquement associée à un trouble de l'évacuation. La dyschésie est présente dans 90 % des syndromes de l'ulcère solitaire du rectum (USR), associée des manœuvres digitales (55 %), des algies (45 %), et une incontinence (20 %). Sa prévalence est rare (1/100 000 habitants), l'ancienneté des symptômes est fréquent (3 à 8 ans), et les diagnostics erronés de l'ordre de 50 % [6]. Si une rectite est associée à l'USR dans plus de 30 % des cas, la prévalence et les signes cliniques d'une rectite basse de prolapsus isolée ne sont pas spécifiquement rapportés dans la littérature. Elle s'apparente au syndrome du prolapsus muqueux rectal ou procidence interne, souvent circulaire même s'il prédomine volontiers en antérieur chez la femme. En l'absence de prolapsus rectal clinique s'extériorisant à la poussée, le diagnostic différentiel avec une rectite de MICI peut être difficile. L'aspect macroscopique ou endoscopique, bien que très polymorphe, peut être évocateur, sous la forme d'une rectite bana-

lement érythémateuse à sa phase initiale, pour évoluer vers des lésions macro-nodulaires d'allure pseudo-vil-leuses, ou vers des ulcérations ovalaires limitées ou étendues en carte de géographie. Elles sont à fond blanchâtre et à bords discrètement surélevés, avec un halo érythémateux intense périlésionnel bien limité. La présence de lésions blanchâtres métaplasiques de la partie haute du canal anal visualisées à l'anuscopie et qui tendent à s'extérioriser à la poussée est assez caractéristique des rectites basses de prolapsus. L'anatomopathologiste oriente souvent le diagnostic car l'aspect microscopique est assez « caractéristique », avec une muqueuse épaissie pseudo-villeuse, la présence de glandes déformées raccourcies, ramifiées ou kystiques, donnant parfois un aspect hyperplasique. À terme, il apparaît une prolifération fibroblastique et musculaire lisse du chorion issue de la musculaire muqueuse hypertrophiée. Même lorsque le diagnostic d'une rectite de prolapsus est suspecté, il est souvent difficile à affirmer et souvent retardé, en particulier en l'absence d'USR associé. Le mode de survenue volontiers plus progressif que les rectites inflammatoires ou infectieuses, quelquefois sur des années sans extension au-delà de la partie distale du rectum, est un élément clinique très évocateur. La défécographie classique est probablement le meilleur examen complémentaire pour orienter le diagnostic, plus précis dans ce cas que l'IRM pelvienne dynamique.

Le traitement est souvent difficile et les résultats incertains [7]. Tout effort de poussée lors de l'exonération doit être supprimé, en équilibrant une constipation de transit ou terminale si elle est présente. Un anisme doit être recherché et pris en charge par une rééducation de type biofeedback. Les traitements locaux anti-inflammatoires (suppositoires et lavements) n'ont pas clairement fait la preuve de leur efficacité dans cette indication. Le plus souvent la procidence responsable de la rectite et/ou de l'USR persiste malgré tout et pose la question de la chirurgie, dont les indications sont toujours discutées en raison des résultats aléatoires. La rectopexie est souvent privilégiée en présence d'un syndrome de l'USR ou d'un syndrome du prolapsus muqueux antérieur, mais la résection par voie rectale peut être une alternative devant une rectite de prolapsus distale, circulaire et isolée, en particu-

lier chez l'homme. Toutefois, les troubles de l'évacuation rectale le plus souvent présents ne sont pas améliorés par la chirurgie seule [8].

---

## Les rectites iatrogènes

---

La plus fréquente est la rectite radique, dont le diagnostic potentiel doit être simplement identifié par l'interrogatoire. L'aspect macroscopique est évocateur en présence de télangiectasies de néovascularisation sur la muqueuse du bas rectum. Les rectites médicamenteuses sont rares, liées aux suppositoires (camphre, glycérine, AINS...) ou aux lavements évacuateurs (sulfate de Mg, eau oxygénée...) ou rituels qu'il faut savoir rechercher en particulier dans les populations immigrées. Les seules données de la littérature sont des cas rapportés isolés déjà anciens qui ne permettent pas de préciser leur incidence réelle. La situation clinique est quelquefois intriquée, comme la rectite d'un patient dyschésique traité par suppositoire évacuateur ou lavement, pouvant faire évoquer une rectite iatrogène ou de prolapsus. De même, la prise d'un anti-inflammatoire, notamment en suppositoire, peut en imposer pour une rectite de MICI, mais une première poussée peut aussi être observée au décours de la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien.

---

## Les rectites cryptogénétiques

---

L'atteinte isolée du rectum constitue une entité à part entière au sein des MICI. Cette localisation limitée est souvent de bon pronostic et elle permet de privilégier les traitements locaux qui délivrent une forte concentration du médicament sur le site inflammatoire. La majorité des rectites cryptogénétiques sont des formes distales de RCH, et plus rarement de maladie de Crohn ou de colite inclassée. L'entité rectite est une situation fréquente en pratique clinique puisque près de la moitié des patients atteints de RCH auront une forme limitée au rectum au moins initialement. Leur fréquence est toutefois difficile à affirmer car les rectites isolées sont rarement individualisées au sein des études publiées sur la RCH qui font volontiers référence aux formes distales de RCH [9, 10, 11].

En l'absence de critères de certitude cliniques et anatomopathologiques

validés [11], le diagnostic de rectite de MICI peut être évoqué devant un premier épisode pour lequel on ne retrouve aucun contexte infectieux, iatrogène, de constipation ou de dyschésie. La recherche à l'interrogatoire d'un possible épisode antérieur de rectite est importante car le caractère récidivant des symptômes est un argument en faveur du diagnostic de MICI. Une poussée initiale de rectite de MICI justifie un bilan complémentaire incluant biologie, coproculture avec recherche spécifique de *Clostridium difficile*, coloscopie et histologie. Le dosage des pASCA et pANCA n'est pas justifié en routine car leur sensibilité est limitée [11]. Si l'histologie est en faveur d'une pathologie inflammatoire, qu'aucun germe pathogène n'est identifié, et en l'absence de contexte notamment sexuel, il s'agit probablement d'une première poussée de rectite de MICI. Au stade inaugural d'une rectite d'intensité faible à modérée, la distinction entre RCH ou maladie de Crohn n'a pas d'implication pratique en l'absence de d'étude spécifique sur le sujet, même si l'efficacité des amino-salicylés reste controversée pour cette dernière. Cependant, la présence de lésions primaires ano-périnéales évocatrices d'une maladie de Crohn, en particulier d'ulcérations creusantes anales ou du bas rectum associée à la rectite, change le paradigme et doit faire discuter un traitement immunosuppresseur puissant d'emblée [12]. Le danger dans ces circonstances particulières serait de méconnaître une ano-rectite à chlamydia dont la présentation clinique est très proche. Même si les biopsies peuvent mettre en évidence des granulomes épithélioïdes, ce piège diagnostique doit être redressé par le contexte sexuel et la recherche du chlamydia en PCR.

## Traitement de première intention des rectites de MICI

Devant une rectite de MICI, seuls les amino-salicylés administrés par voie locale ont une efficacité démontrée avec un niveau de preuve élevé [13]. Une méta-analyse incluant 38 essais cliniques de traitement de rectites et colites distales de RCH démontre la supériorité des 5-ASA locaux sur le placebo pour induire une rémission clinique, endoscopique et une amélioration histologique (OR respectivement de 8,3 – 5,3 – 6,3) [14]. Le suppositoire est le mode d'administration local

recommandé. Outre une meilleure tolérance et facilité d'utilisation, il est également mieux adapté aux rectites isolées que le lavement pour cibler le site de l'inflammation. En effet, seulement 10 % des lavements liquides et 40 % des lavements en mousse sont encore présents dans le rectum 4 heures après leur administration [15]. Si l'extension en hauteur de la rectite a été correctement évaluée, il n'y a donc pas de bénéfice théorique à passer du suppositoire au lavement. La posologie optimale de un gramme d'aminosalicylés locaux est importante à respecter, mais aucun bénéfice supplémentaire n'a été observé au-delà de cette dose quotidienne [16]. Enfin, une administration journalière unique d'un suppositoire est aussi efficace qu'une prescription fractionnée [17, 18, 19]. Plusieurs études confirmées par deux méta-analyses ont démontré que les dérivés salicylés en topiques sont plus efficaces que les corticoïdes locaux pour induire une rémission clinique, endoscopique et une amélioration histologique (OR respectivement de 2,4 – 1,9 – 2) [14, 20]. En conséquence, le traitement corticoïde en topique rectal ne doit être utilisé qu'en seconde intention, pour les patients intolérants ou résistants aux topiques amino-salicylés [21, 22]. Ces études n'incluent toutefois ni le lavement de bétaméthasone (Betnésol®), ni l'adjonction de prednisolone aux lavements de 5-ASA, deux prescriptions fréquentes en France qui n'ont jamais fait l'objet d'étude contrôlée. Les amino-salicylés administrés par voie orale ont rarement été évalués dans les MICI limitées au rectum. Ils sont moins efficaces que le suppositoire pour induire une rémission clinique au cours des rectites en poussée [23]. Cependant, en cas d'utilisation d'aminosalicylés oraux seuls dans les rectites, un traitement classique d'attaque entre 3 et 4 grammes est recommandé car plus efficace que des doses moindres ou un placebo [24]. Aucune étude n'a comparé l'association locale et orale d'un amino-salicylé à son administration locale seule spécifiquement dans les rectites, mais elle est clairement plus efficace que chaque traitement utilisé seul dans les colites distales [25, 26]. Au cours de son évolution, le risque d'extension d'amont d'une rectite de RCH varie de 30 à 64 % à 10 ans [27, 28], mais aucune étude n'a étudié spécifiquement l'intérêt éventuel des amino-salicylés oraux associés au suppositoire pour prévenir cette extension spécifi-

quement dans la rectite. Une association locale de 5-ASA et de corticoïdes pourrait être plus efficace que chaque traitement utilisé seul dans les rectites, mais elle n'a été clairement évaluée que sous forme de lavements dans les poussées de RCH distales [29]. Malgré l'absence de données factuelles, ces études concernant l'association de topiques amino-salicylés aux 5-ASA oraux ou aux topiques corticoïdes sur les colites distales sont souvent extrapolées aux rectites.

Les recommandations ECCO de 2012 sur le traitement des rectites de RCH découlent logiquement de ces données bibliographiques [30]. Le traitement de première intention des rectites d'intensité faible à modérée est un suppositoire d'aminosalicylé de un gramme une fois par jour, avec un taux de rémission à court terme proche de 90 % dans certaines études [18]. En cas d'échec ou d'amélioration insuffisante, l'optimisation de seconde intention sera une association de ce suppositoire de 5-ASA avec soit un corticoïde en topique local, soit un amino-salicylé par voie orale, éventuellement de l'association des trois qui n'a jamais été évaluée [13, 30].

## Que faire en cas d'échec du traitement ?

En l'absence de nette amélioration, trois éléments clés sont à vérifier avant de conclure à un échec et de modifier le traitement : la durée de traitement, l'observance du patient et plus globalement la réalité de l'échec [31]. Les traitements de première ligne sont les plus efficaces et les mieux tolérés sur les rectites d'intensité faible à modérée. Il paraît logique de s'acharner à les optimiser avant de passer à un traitement de seconde ligne.

La durée du traitement est-elle suffisante ? Elle est initialement classiquement de 4 semaines [32], mais en l'absence de signe de gravité, elle doit probablement être prolongée à 8 semaines. En effet, dans la majorité des études, l'allongement de la durée de prescription s'accompagne d'une augmentation du taux de rémission, de 40 % supplémentaire entre 4 et 8 semaines de traitement, pouvant atteindre 80 % à 34 semaines dans une étude ouverte avec des amino-salicylés locaux [26, 33].



## Références

- Godeberge P. Prise en charge thérapeutique des proctites. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:D70-4.
- Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles. Données au 31 décembre 2013. Institut de Veille Sanitaire (InVS), 2014. [www.invs.santé.fr](http://www.invs.santé.fr)
- Didelot JM. Infections ano-rectales sexuellement transmissibles. *Post'U FMC-HGE* 2012;223-8.
- Klausner JD, Kohn R, Kent C. Etiology of clinical proctitis among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2004;38:300-2.
- Zuccati G, Tiradritti L, Lorenzoni E, Giomi B, Mastrolorenzo A. Sexually transmitted diseases syndromic approach: proctitis. *G Ital Dermatol Venereol* 2012;147:395-406.
- Morio O, Meurette G, Desfourneaux V, D'Halluin PN, Bretagne JF, Siproudhis L. Anorectal physiology in solitary ulcer syndrome: a case-matched series. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1917-22.
- Meurette G, Siproudhis L, Regenet N, Frampas E, Proux M, Lehur PA. Poor symptomatic relief and quality of life in patients treated for "solitary rectal ulcer syndrome without external rectal prolapse". *Int J Colorectal Dis* 2008;23:521-6.
- Park SY, Cho SB, Park CH, Joo JK, Joo YE, Kim HS, Choi SK, Rew JS. Surgical correction is ineffective for improvement of dyssynergic defecation in patients with rectal prolapse. *J Neurogastroenterol Motil* 2013;19:85-9.
- Seksik P, Contou JF, Ducrotte (3), Faucheron JL, De Parades V. Traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique dans sa forme distale. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:964-73.
- Lakatos PL, Lakatos L. Ulcerative proctitis: a review of pharmacotherapy and management. *Expert Opin Pharmacother* 2008;9:741-9.
- Dignass A, Eliakim R, Magro F, Maaser C, Chowers Y, Geboes K, Mantzaris G, Reinisch W, Colombel JF, Vermeire S, Travis S, Lindsay JO, Van Assche G. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2012;6:965-90.
- Bouguen G, Siproudhis L, Bretagne JF, Bigard MA, Peyrin-Biroulet L. Nonfistulizing perianal crohn's disease: clinical features, epidemiology and treatment. *Inflamm Bowel Dis* 2010;16:1431-42.
- Lie MR, Kanis SL, Hansen BE, Van der Woude CJ. Drug therapies for ulcerative proctitis: systematic review and meta-analysis. *Inflamm Bowel Dis* 2014;20:2157-78.
- Marshall JK, Thabane M, Steinhart AH, Newman JR, Anand A, Irvine EJ. Rectal 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Jan 20;(1):CD004115.
- Van Bodegraven AA, Boer RO, Lourens J, Tuynman HA, Sindram JW. Distribution of mesalazine enemas in active and quiescent ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 1996;10:327-32.
- Cohen RD, Woseth DM, Thisted RA, Hanauer SB. A meta-analysis and overview of the literature on treatment options for left-sided ulcerative colitis and ulcerative proctitis. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1263-76.
- Marteau P, Florent C. Comparative, open, randomized trial of the efficacy and tolerance of slow-release 5-ASA suppositories once daily versus conventional 5-ASA suppositories twice daily in the treatment of active cryptogenic proctitis: French Pentasa Study Group. *Am J Gastroenterol* 2000;95:166-70.
- Andus T, Kocjan A, Müser M, Baranovsky A, Mikhailova TL, Zvyagintseva TD, et al. Clinical trial: a novel high-dose 1 g mesalamine suppository (Salofalk) once daily is as efficacious as a 500-mg suppository thrice daily in active ulcerative proctitis. *Inflamm Bowel Dis* 2010;16:1947-56.
- Lamet M. A multicenter, randomized study to evaluate the efficacy and safety of mesalamine suppositories 1 g at bedtime and 500 mg twice daily in patients with active mild-to-moderate ulcerative proctitis. *Dig Dis Sci* 2011;56:513-22.
- Marshall JK, Irvine EJ. Rectal corticosteroids versus alternative treatments in ulcerative colitis: a metaanalysis. *Gut* 1997;40:775-81.
- Regueiro M, Loftus Jr EV, Steinhart AH, Cohen RD. Medical management of left-sided ulcerative colitis and ulcerative proctitis: critical evaluation of therapeutic trials. *Inflamm Bowel Dis* 2006;12:979-94.
- Munkholm P, Michetti P, Probert CS, Elkjaer M, Marteau P. Best practice in the management of mild-to-moderately active ulcerative colitis and achieving maintenance of remission using mesalazine. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2010;22:912-6.
- Gionchetti P, Rizzello F, Venturi A, Ferretti M, Brignola C, Miglioli M, et al. Comparison of oral with rectal mesalazine in the treatment of ulcerative proctitis. *Dis Colon Rectum* 1998;41:93-7.
- Ito H, Iida M, Matsumoto T, Suzuki Y, Sasaki H, Yoshida T, et al. Direct comparison of two different mesalamine formulations for the induction of remission in patients with ulcerative colitis: a double-blind, randomized study. *Inflamm Bowel Dis* 2010;16:1567-74.
- Safdi M, DeMicco M, Sninsky C, Banks P, Wruble L, Deren J, et al. A double-blind comparison of oral versus rectal mesalamine versus combination therapy in the treatment of distal ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1997;92:1867-71.
- Marteau P, Probert CS, Lindgren S, Gassul M, Tan TG, Dignass A, Befrits R, Midhagen G, Rademaker J, Foldager M. Combined oral and enema treatment with Pentasa (mesalazine) is superior to oral therapy alone in patients with extensive mild/moderate active ulcerative colitis: a randomised, double blind, placebo controlled study. *Gut* 2005;54:960-5.
- Pica R, Paoluzi OA, Lacopini F, Marcheggiano A, Crispino P, Rivera M, Bella A, Consolazio A, Paoluzi P. Oral mesalazine (5-ASA) treatment may protect against proximal extension of mucosal inflammation in ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis* 2004;10:731-6.
- Meucci G, Vecchi M, Astegiano M, Beretta L, Cesari P, Dizioli P, et al. The natural history of ulcerative proctitis: a multicenter, retrospective study. Gruppo di Studio per le Malattie Infiammatorie Intestinali (GSMII). *Am J Gastroenterol* 2000;95:469-73.
- Mulder CJ, Fockens P, Meijer JW, van der Heide H, Wiltink EH, Tytgat GN. Beclomethasone dipropionate (3 mg) versus 5-aminosalicylic acid (2 g) versus the combination of both (3 mg/2 g) as retention enemas in active ulcerative proctitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1996;8:549-53.
- Dignass A, Lindsay JO, Sturm A, Windsor A, Colombel JF, Allez M, D'Haens G, D'Hoore A, Mantzaris G, Novacek G, Oresland T, Reinisch W, Sans M, Stange E, Vermeire S, Travis S, Van Assche G. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management. *J Crohns Colitis* 2012;6:991-1030.
- Godeberge P. La rectite réfractaire. *Post'U FMC-HGE* 2010;1-7.
- Marteau P, Seksik P, Beaugier L, Bouhnik Y, Reimund JM, Gambiez L, Flourié B, Godeberge P. Recommandations pour la pratique clinique dans le traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:955-60.
- Biddle WL, Miner PB, Jr. Long-term use of mesalamine enemas to induce remission in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1990;99:113-8.
- D'Inca R, Bertomoro P, Mazzocco K, Vettorato MG, Rumiati R, Sturniolo GC. Risk factors for non-adherence to medication in inflammatory bowel disease patients. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;27:166-72.
- Moshkovska T, Stone M, Baker R, Mayberry J. Qualitative investigation of patient adherence to 5-aminosalicylic acid therapy in patients with ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis* 2008;14:763-8.

## LES QUATRE POINTS FORTS

Le diagnostic de MICI n'est pas le seul à évoquer devant un premier épisode de rectite.

L'interrogatoire et l'examen proctologique permettent de suspecter les autres étiologies : rectites infectieuses essentiellement des IST, rectite de prolapsus et rectites iatrogènes.

Les rectites des IST sont le plus souvent dues au chlamydia et/ou au gonocoque dans un contexte de sexualité anale. Ils doivent être traités d'emblée après prélèvements microbiologiques.

Le traitement de première intention des rectites de RCH d'intensité faible à modérée est un suppositoire de 5-ASA, 1 g/jour. Le défaut d'observance doit être prévenu et recherché.

### Questions à choix unique

#### Question 1

Quelle est la cause la plus fréquente d'un premier épisode de rectite ?

- A. IST à gonocoque
- B. IST à *chlamydiae trachomatis*
- C. Rectite de prolapsus
- D. Rectite hémorragique dans le cadre d'une RCH
- E. Rectite médicamenteuse

#### Question 2

Les rectites à IST :

- A. ne sont liées à une sexualité anale que dans 80 % des cas
- B. font rarement l'objet d'une coinfection
- C. ne sont jamais d'origine herpétique
- D. ne deviennent jamais chroniques
- E. peuvent être traitées d'emblée après prélèvements microbiologiques

#### Question 3

Devant une première poussée de rectite de MICI d'intensité modérée, le traitement de première intention recommandé est :

- A. amino-salicylés suppositoire 1 g/j et amino-salicylés oraux 3-4 g/j
- B. amino-salicylés suppositoire 1 g/j et amino-salicylés oraux 1,5-2 g/j
- C. amino-salicylés suppositoire 1 g/j
- D. amino-salicylés lavement 1 g/j
- E. corticostéroïdes topique en mousse rectale