

# JFHOD

Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie  
& d'Oncologie Digestive



# 2015

## PREMIER ÉPISODE DE RECTITE

Ghislain STAUMONT

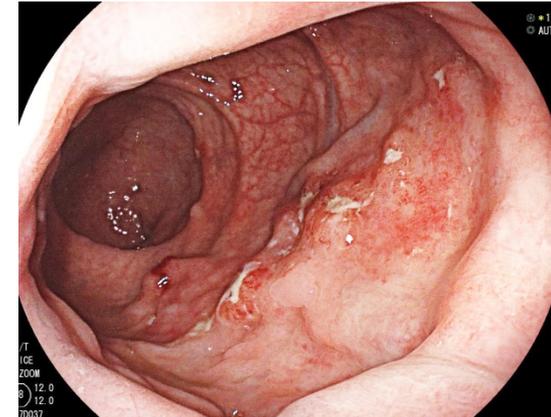
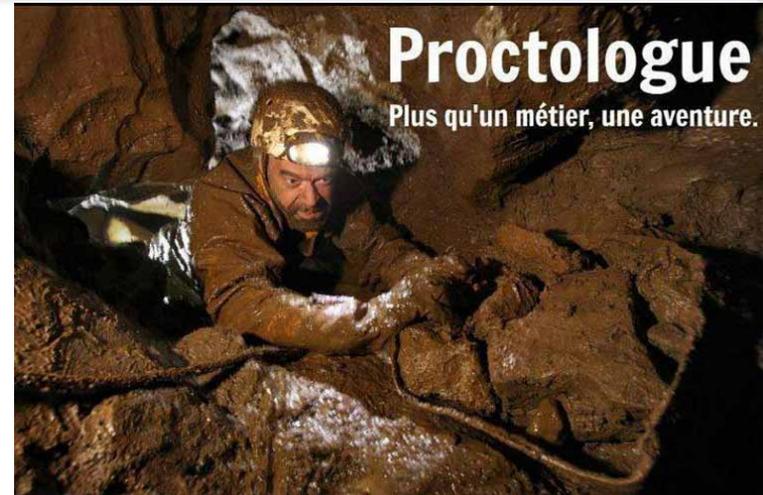
## CONFLITS D'INTERET

- ABBVIE
- MSD
- JOHNSON & JOHNSON

## OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

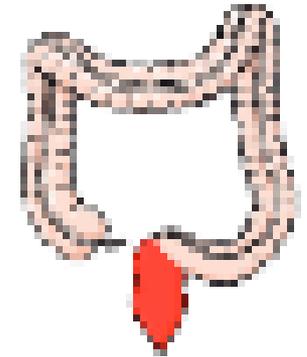
### Premier épisode de rectite

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



## DÉFINITION ET CONTEXTE DIAGNOSTIQUE

- Inflammation visible de la muqueuse rectale
  - S'assurer de l'absence d'extension en amont du rectum...
  - Ne concerne quelquefois que sa partie distale
- Situation fréquente : incidence ?
- Présentation clinique non spécifique
  - Simples rectorragies en fin de selles
  - Authentique syndrome rectal
- Pose le problème difficile du diagnostic étiologique



## LES DIAGNOSTICS À ÉVOQUER

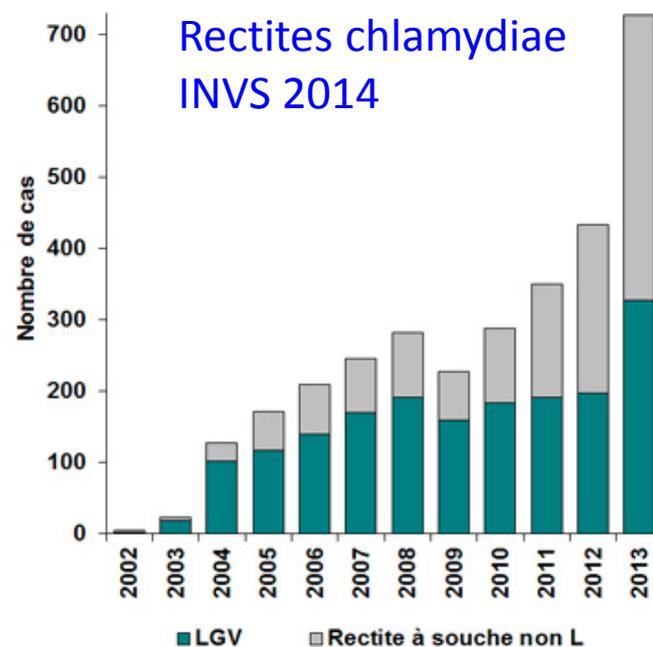
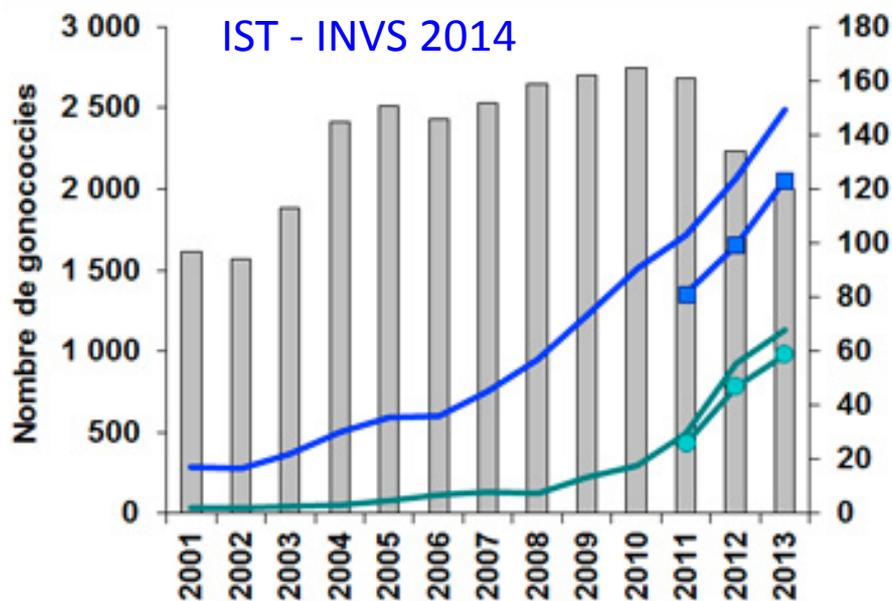
- Rectites de MICI
  - RCH
  - Crohn ? Pas incidence immédiate si rectite modérée sans LAP
- Rectites des IST
  - *Chlamydia Trachomatis*
  - Gonocoques, herpès, syphilis
- Rectite de prolapsus
- Autres rectites

## LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE INITIALE EST PRIMORDIALE

- Ne pas se précipiter sur le diagnostic de rectite de MICI
- L'absence de menace immédiate laisse le temps
  - D'évaluer le contexte clinique
    - Sexualité anale, constipation ou dyschésie, épisode précédent
    - Ancienneté, traitements locaux, radiothérapie, hospitalisation récente, antibiotiques
  - De réaliser un bilan simple (rien de systématique)
    - Coprocultures et/ou microbiologie ciblée
    - Rectoscopie avec biopsies, éventuelle coloscopie
- Le diagnostic étiologique peut quelquefois être suspecté dès l'interrogatoire ...

## LES RECTITES LIÉES AUX IST - Forte augmentation incidence

- Sexualité anale - Lésions péri-anales évocatrices mais inconstantes
- Hommes (+) - Comportements sexuels à risques - Co-infection > 30%
- Quelquefois peu symptomatiques : dissémination

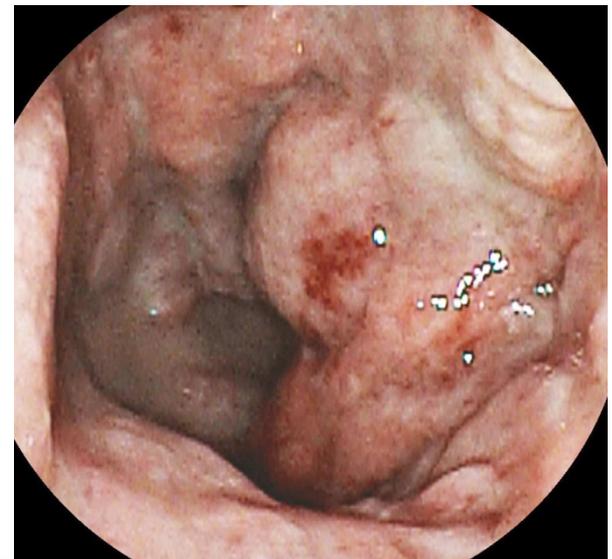


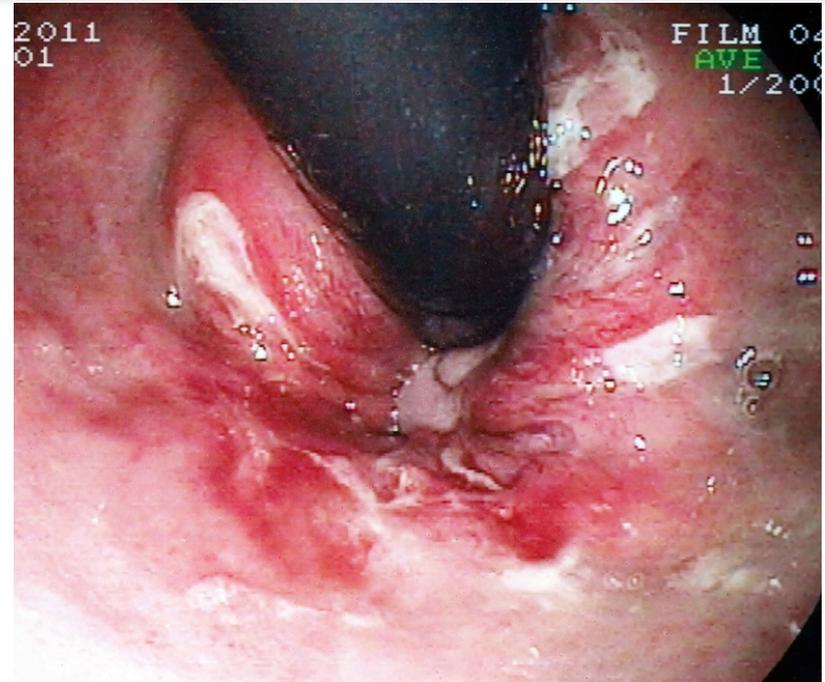
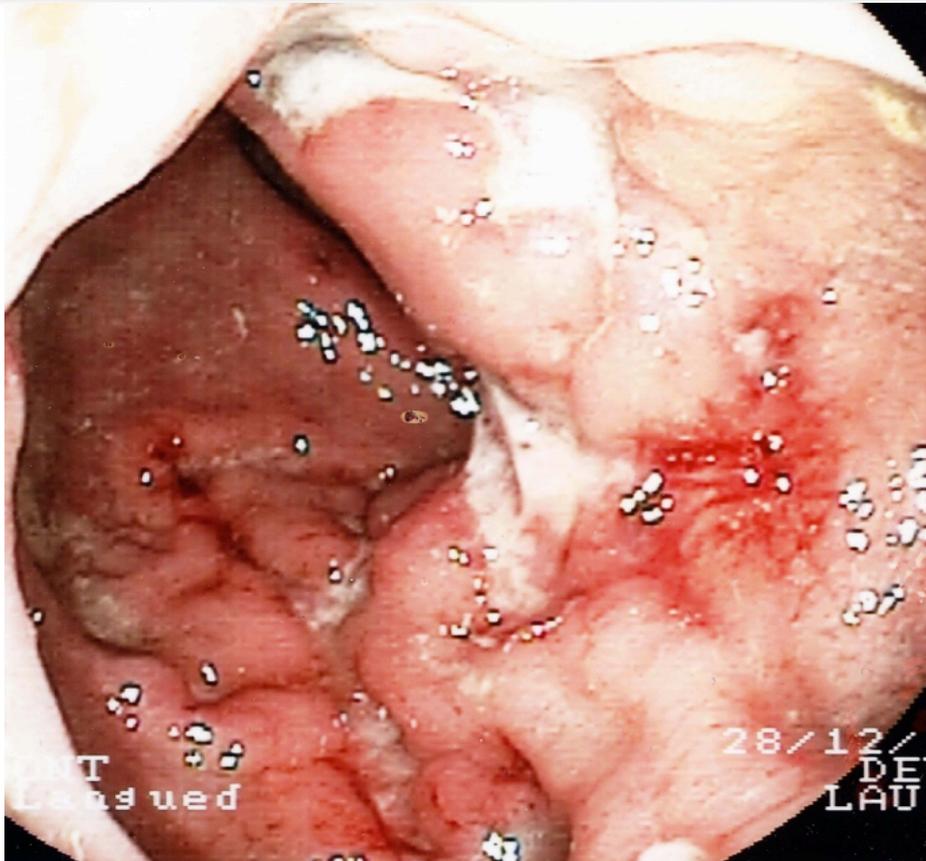
## LA RECTITE À CHLAMYDIA : la grande simulatrice ...

- 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
- Traitement : vibramycine 21 jours

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

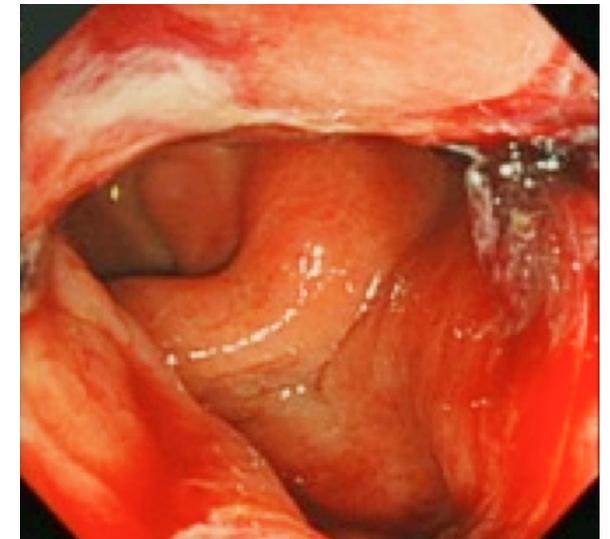
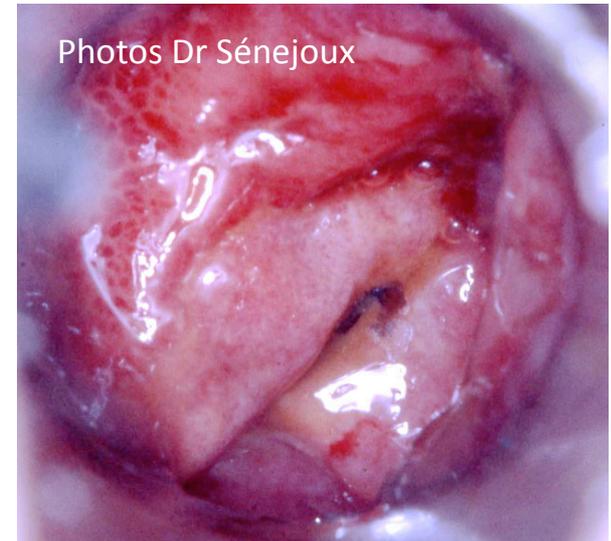




Rectite ulcérée à Chlamydia  
Anite ulcérée inconstante

## LES AUTRES RECTITES À IST

- Rectite à *Neisseria Gonorrhoeae*
  - Incubation 2-7 jours - Co-infection 30%
  - Asymptomatique à rectite purulente
  - Ceftriaxone 500 mg - injection unique
- Rectite à *Herpes Simplex Virus*
  - Rare, asymptomatique à très invalidante - 10 jours
  - Primo-infection HSV 1 ou HSV 2
- Rectites à *Tréponema Pallidum*
  - Exceptionnelle, polymorphe - VDRL/TPHA



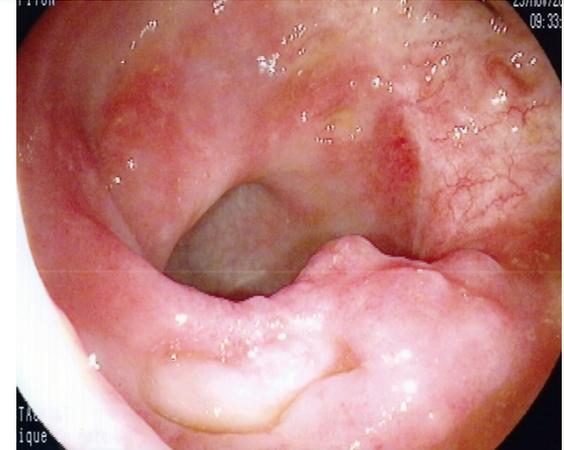
## CONDUITE PRATIQUE DEVANT UNE RECTITE À IST

- Savoir évoquer une IST par simple contexte clinique – Confirmer et traiter
- Prélèvements microbiologiques et sérologiques d'emblée
  - Chlamydia (PCR), gonocoque (direct/culture ou PCR?), HSV si évocateur
  - Sérologies VDRL-TPHA, VIH et VHC si inconnues, VHB si non vacciné
- Traitement probabiliste d'emblée (hors HSV - syphilis)
  - Vibramycine (ou minocycline) : 100 mg X 2, 21 jours
  - Ceftriaxone : 500 mg, IM ou IV, une fois
- Revoir à 3 semaines - HPV ? Dépistage partenaires ?



## LES RECTITES DE PROLAPSUS

- Cadre connu : rectite et syndrome USR (*Moro et al. Dis C R, 2005*)
  - Dyschésie 90%, manœuvres 55%, algies 45%, incontinence 20%
  - Diagnostic : erroné (50%), tardif (3 à 8 ans)
  - 1/100 000 hab, 30% rectite basse associée USR
- Rectite basse de prolapsus isolée : symptômes, incidence ?
  - Moins symptomatique : rectorragies, glaires, constipation et/ou dyschésie inconstante
  - Macroscopie polymorphe : érythème, nodules, ulcères, métaplasies blanchâtres
  - Microscopie évocatrice : pseudo-villeuse, hyperplasie, prolifération fibroblastes
- Éléments d'orientation du diagnostic (quelquefois difficile à affirmer)
  - Survenue très progressive, ancienneté symptômes, lésions limitées bas rectum
  - Prolapsus muqueux remanié à anoscopie, s'invaginant canal anal lors poussée



## Evolution d'une rectite de prolapsus dans le temps

Photo Dr Sénéjoux

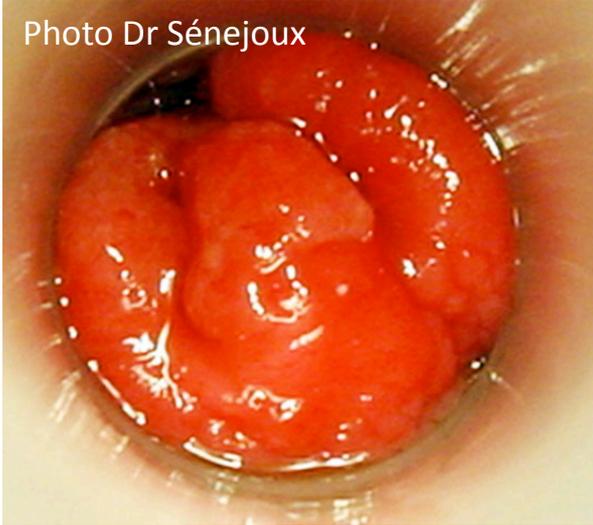
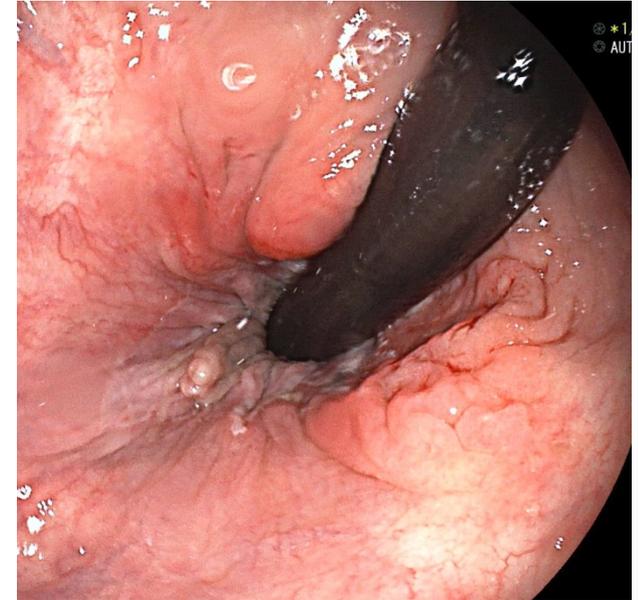
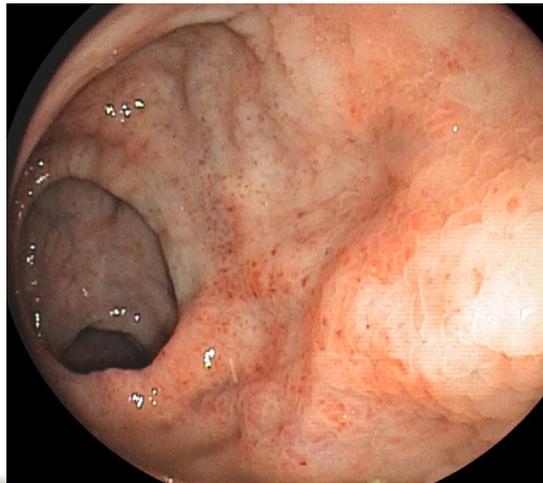


Photo Dr Sénéjoux



Plus difficile  
à sa phase initiale...



## LES RECTITES INFECTIEUSES non IST (très rares)

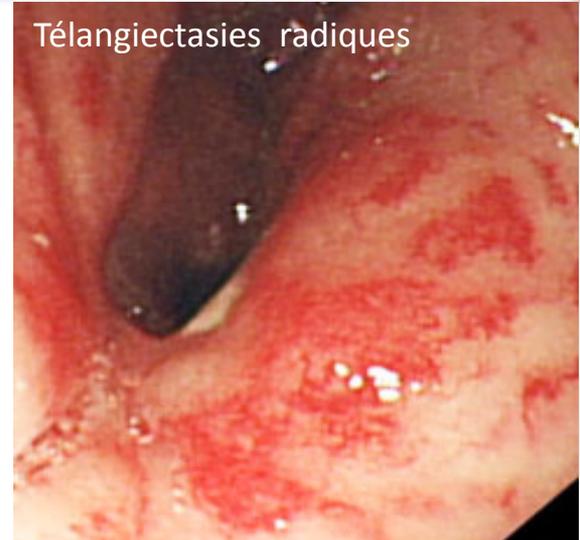
- Tuberculose (VIH, migrant), amibiase, CMV
  - Localisation rectale préférentielle possible
  - Eventuellement bipolaire (rectum - caecum)
- Autres étiologies infectieuses ?
  - Colites, rectites isolées exceptionnelles
  - *Clostridium difficile*. Rectite purulente ?  
Hospitalisation ou prise antibiotique récente

## LES RECTITES IATROGÈNES

Doivent être évoquées dès l'interrogatoire...

- Rectite radique
- Rectites médicamenteuses
  - Suppositoires (AINS, camphre, glycérine, ...)
  - Lavements évacuateurs (eau oxygénée, sulfate Mg, ...)
- Diagnostics intriqués
  - Lavements et dyschésie
  - AINS et MICI
  - Sexualité traumatique et IST
- Anorectite ulcérée - Nicorandil (Ikorel\*, Adancor\*)

Télangiectasies radiques



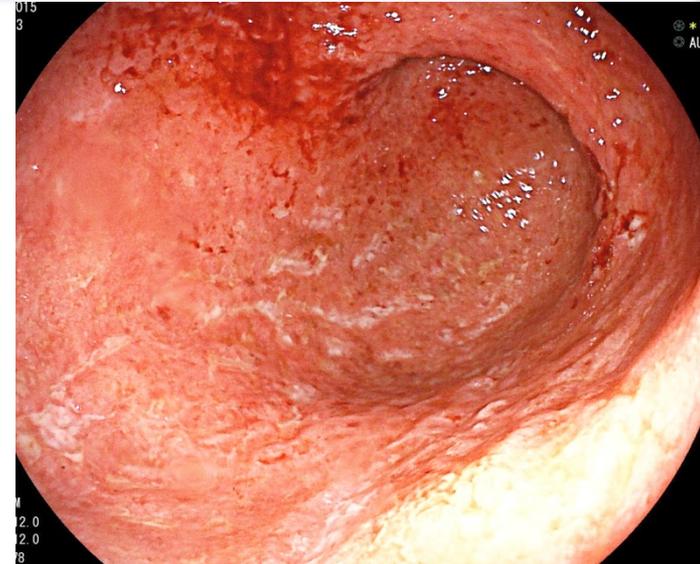
Ikorel – Photo Dr Gompel



## LES RECTITES CRYPTOGÉNÉTIQUES

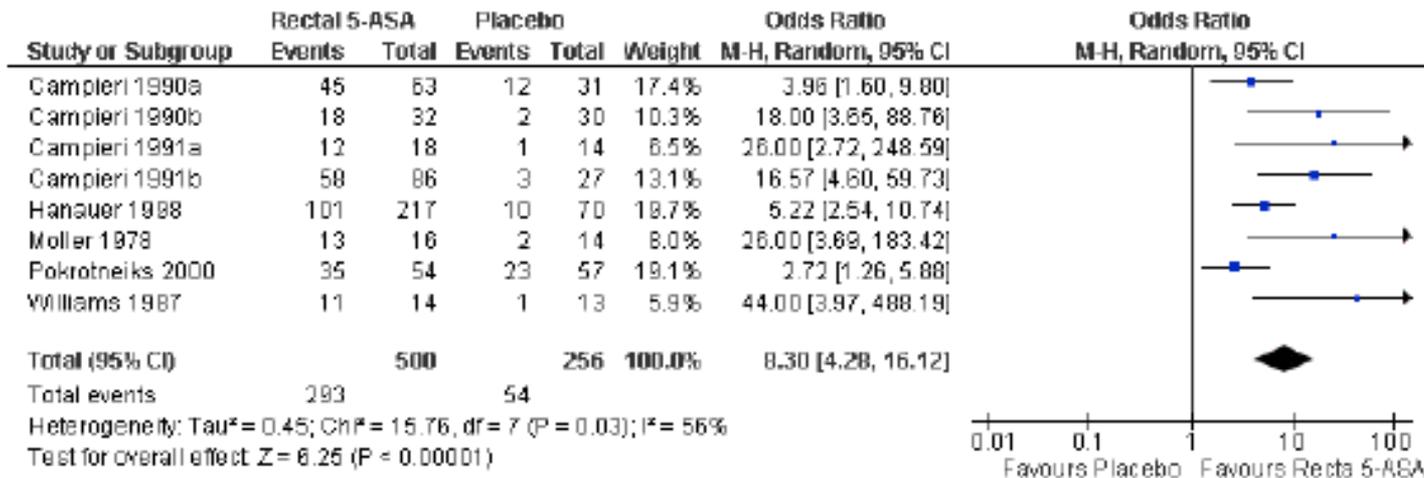
(les plus fréquentes...)

- Rectite isolée : entité à part entière
  - Souvent bon pronostic, rarement urgence
  - 50% des présentations initiales RCH,  
mais 54% extension à 10 ans  
(Meucci G et al, Am J GE, 2000)
- Une rectite cryptogénétique ne peut être que suspectée
  - Absence de critère diagnostique de certitude
  - Coloscopie et biopsies, coprocultures (avec *Clostridium Difficile*)
  - Granulome épithéloïde :
    - Eliminer rectite chlamydiae (contexte et PCR)
    - Rectite basse sévère, ulcérations creusantes ou lésions anales : contexte LAP
  - Histologie en faveur rectite RCH → traitement



## TRAITEMENT DES RECTITES DE RCH

Seuls les 5-ASA ont une efficacité démontrée avec un haut niveau de preuve  
 ... mais rectites rarement individualisées dans littérature (RCH distale)



**Placebo vs 5-ASA topique : rémission clinique (OR 8,3)**

**Rémission endoscopique (OR 5,3) - Rémission histologique (OR 6,3)**

## Quel type et quel dose de 5-ASA en topique ?

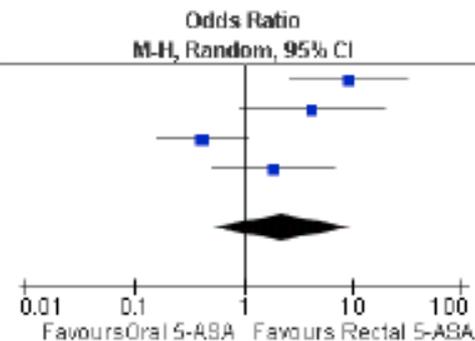
- Suppositoire > lavement si rectite isolée  
Seul 10% du produit actif d'un lavement liquide et 40% d'un lavement en mousse est encore présent dans le rectum quatre heures après son administration  
*(Van Bodegraven, Aliment Pharmacol Ther, 1996)*
- La dose optimale mais suffisante est de 1g/j  
*(Cohen, Am J GE, 2000)*
- Une prise unique de 1g/j est aussi efficace que fractionnée  
*(Marteau, Am J GE, 2000 –  
Andus, Inflamm Bowel Dis, 2010 –  
Lamet, Dig Dis Sci, 2011)*



## Les 5-ASA oraux sont moins efficaces que les 5-ASA topiques

### 5-ASA oraux vs 5-ASA topiques : amélioration clinique (OR 2,25)

Study or Subgroup	Rectal 5-ASA		Oral 5-ASA		Weight	Odds Ratio M-H, Random, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		
Gionchetti 1998	24	29	10	28	25.2%	9.12 [2.86, 31.22]
Kam 1996	16	19	10	18	22.8%	4.27 [0.91, 19.99]
Prantera 2005	23	39	31	40	27.0%	0.42 [0.16, 1.11]
Bardi 1997	11	18	10	22	24.0%	1.89 [0.53, 6.69]
<b>Total (95% CI)</b>		<b>105</b>		<b>109</b>	<b>100.0%</b>	<b>2.25 [0.53, 9.54]</b>
Total events	74		61			
Heterogeneity: Tau <sup>2</sup> = 1.76; Chi <sup>2</sup> = 16.45, df = 3 (P = 0.0009); I <sup>2</sup> = 82%						
Test for overall effect: Z = 1.10 (P = 0.27)						

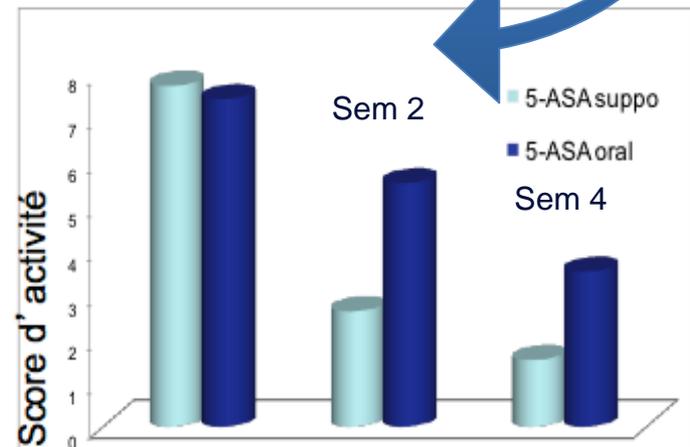


Marshall JK et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, N° CD004115.

Etude randomisée comparant 5-ASA oraux (2,4g) vs 5-ASA suppo (1,2g) dans rectites (N=58)

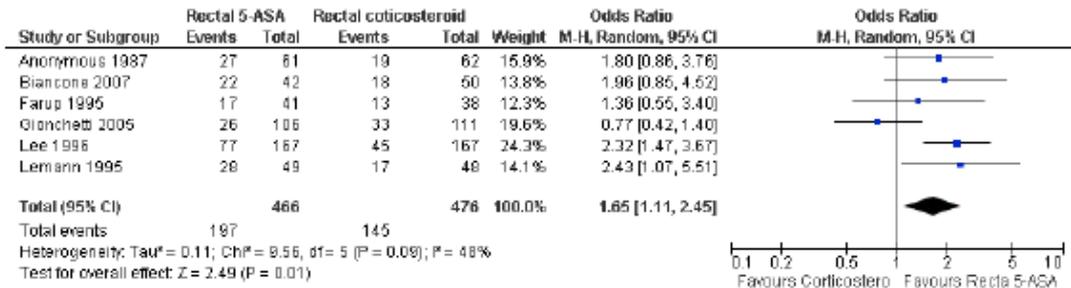
- Supériorité 5-ASA suppo
- Efficacité 5 ASA oral, mais moindre

Gionchetti et al. *Dis Colon Rectum* 1998  
 Ito et al, *Inflamm Bowel Dis*, 2010



## Les corticoïdes topiques sont moins efficaces que les 5-ASA topiques

### Corticoïdes topiques vs 5-ASA topiques : rémission clinique (OR 1,65)



### Niveau de preuve faible :

- Etudes dans colites distales
- Principes actifs variés
- Pharmacopée "française" ?  
Colofoam\* ?  
Betnésol\* ?  
Prednisolone dans 5-ASA ?

Marshall JK et al. Cochrane Database Syst Rev 2010, N° CD004115.

### Corticoïdes topiques + 5-ASA topiques ?

Une étude dans colite  
distale ...

	Clinical			Endoscopic			Histological		
	Before	After	Impr	Before	After	Impr	Before	After	Impr
A BDP/5-ASA	4.63±0.35	0.47±0.19	100%	7.31±1.83	0.95±0.91	100%	4.16±0.41	0.32±0.22	95%
B BDP	5.00±0.30	2.40±0.63	70%	6.75±1.5	3.30±3.75	75%	3.58±0.38	1.63±0.50	50%
C 5-ASA	4.52±0.34	1.76±0.54	76%	7.57±2.2	3.14±2.53	71%	3.62±0.30	1.48±0.35	48%

BDP/5-ASA vs. BDP, P=0.03. BDP/5-ASA vs. BDP and 5-ASA, P=0.021. BDP/5-ASA vs. BDP and 5-ASA, P=0.009.  
Impr, improvement.

Mulder et al, Eur J GE, 1996

## LES RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT ECCO 2012

### Rectite d'activité faible à modérée

(Dignass et col, J Crohns Colitis, 2012)



#### ECCO statement 5A

A mesalazine 1 g suppository once daily is the preferred initial treatment for mild or moderately active proctitis [EL1b, RGA]. Mesalazine foam enemas are an alternative [EL1b RG B]. Suppositories may deliver drug more effectively to the rectum and are better tolerated than enemas [EL3, RG C]. Combining topical mesalazine with oral mesalazine or topical steroid is more effective than either alone and should be considered for escalation of treatment [EL1b, RG B]. Oral mesalazine alone is less effective [EL1b, RG B]. Refractory proctitis may require treatment with immunosuppressants and/or biologics [EL4, RG C]

### Première ligne

**Amino-salicylés en suppositoire de 1g / j**

### Seconde ligne (EBM fragile...)

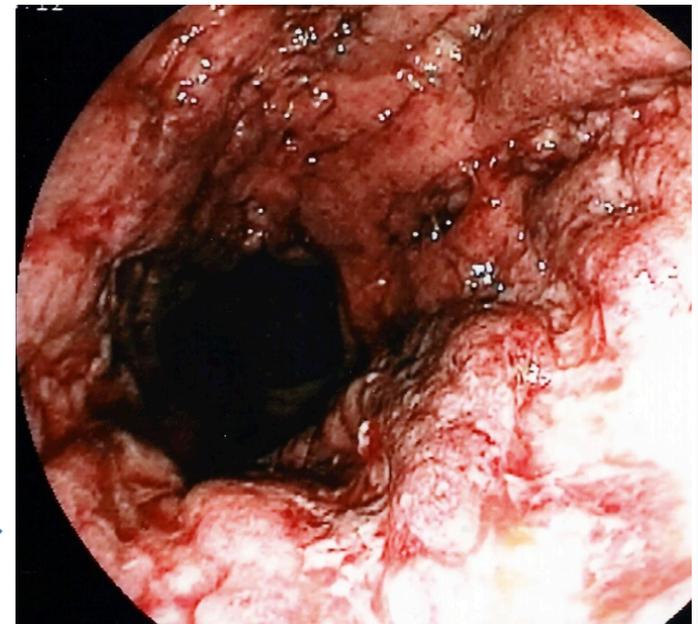
- Combinaison amino-salicylés en suppositoire et per os
- Combinaison corticoïde local et amino-salicylé suppositoire
- Combinaison des trois

## EN CAS D'ÉCHEC INITIAL, QUATRE QUESTIONS À VOUS POSER ... avant de décider une escalade thérapeutique :

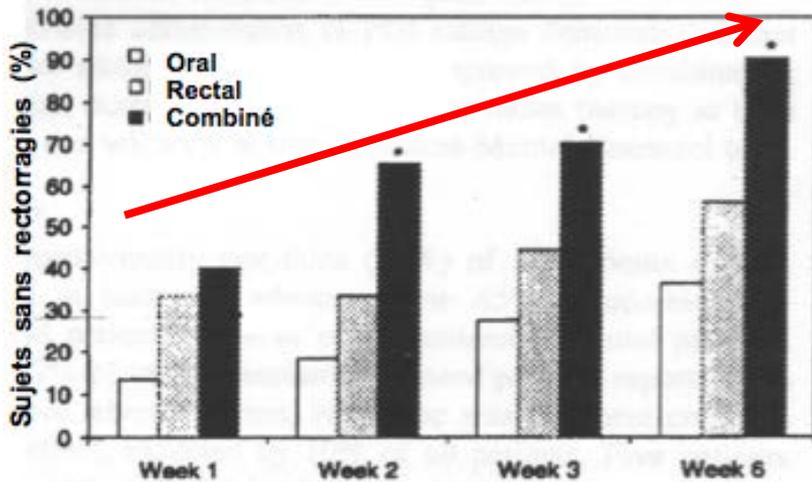
- La durée du traitement est-elle suffisante ? ... 2 mois
- Le traitement est-il correctement suivi et toléré ?
- Une erreur de diagnostic initial ?
- La réalité de l'échec ?

Evaluation clinique proctologique (++)

- Insister si rectite mineure résiduelle
- Reconnaître rectite sévère et réfractaire,  
avec un danger immédiat potentiel



## SAVOIR ATTENDRE LES BÉNÉFICES D'UN TRAITEMENT : 2 MOIS



Essai contrôlé randomisé

RCH actives de 5 à 50 cm de la marge anale

*Safdi et al. Am J Gastroenterol 1997*

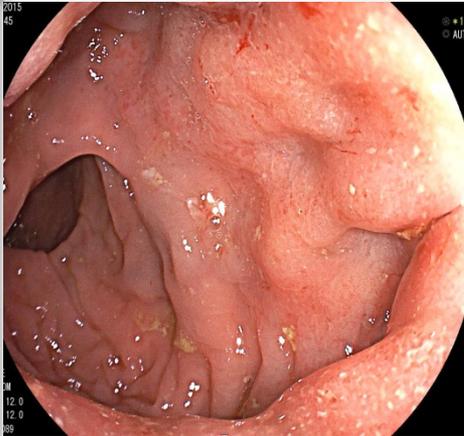
- Urgence ou mise en danger du patient exceptionnelle dans rectite
- NB : - Intérêt association 5-ASA local et oral dans colite distale  
- Pas étude spécifique dans rectite

## RECTITE : NON OBSERVANCE AUGMENTÉE...

Risk factors for non-adherence to medication in inflammatory bowel disease patients *D'Inca et al. Aliment Pharmacol Ther 2008*

- 485 patients, centre tertiaire
- 39% non adhérence au traitement
- Facteurs de risque :
  - Diagnostic récent, échec initial
  - < 40 ans, actif (travail temps plein)
  - Voie rectale (60% vs 32%,  $p < 0,001$ )
- Relation médecin-patient lors instauration et suivi traitement
  - Insister sur intérêt du traitement local
  - Est-il bien toléré / retenu ?
  - Compréhension et partage des objectifs thérapeutiques...





## Premier épisode de rectite

Contexte clinique  
(sexualité, dyschésie, iatrogénie)  
Coprocultures ± biologie ± biopsies  
Rectite isolée sans extension amont ?

Rectite de MICI

5-ASA 1g suppo

échec

± corticoides locaux  
± 5-ASA oraux

échec

Observance ?  
Tolérance ?  
Réalité échec ?

Erreur de diagnostic ?

Rectite réfractaire (<10%)  
Escalade thérapeutique

Rectite à IST

Sexualité anale  
Prélèvements rectaux, sérologies  
Traitement probabiliste

Rectite de prolapsus

*Rectite iatrogène*

*Autres rectites infectieuses*

*Chlamydia*  
*Prolapsus*  
?



## 4 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.