

Colites microscopiques

Définitions

- Diarrhée en générale (> 85 %) chronique
- Aspect normal de la muqueuse colique en endoscopie (rarement érythème, exceptionnellement ulcérations)
- Inflammation microscopique particulière

Colites microscopiques

Histologie

	Colite collagène	Colite lymphocytaire
Altérations épithéliales	++	++
LIE (N < 5%)	20%	30-40%
Infiltrat cellulaire du chorion (LP, PN, PE)	++	++
Bande collagène sous épithéliale (N < 7-10 μ)	> 10 μ	N ou 7-10 μ

Epidémiologie des colites microscopiques

- Colites collagènes

Suède ¹	1,8	/100 000 ha/an
Espagne ²	3,4	/100 000 ha/an

- Colites lymphocytaires

Espagne ²	3,4	/100 000 ha/an
----------------------	-----	----------------

- Maladie de Crohn - RCH

Registres français 1994

RCH	2,4 à 3,4	/100 000 ha/an
MC	2,8 à 6,6	/100 000 ha/an

¹ Bohr J, Gut 1995; 37: 394-7

² Fernandez-Banares F, Am J Gastroenterol 1999; 94: 418-23

Colites microscopiques - Tableau clinique

- Diarrhée

Début aigu: 40% ¹

Selles

aqueuses	3 - 15 /24h
réparties	nocturnes 30% ¹
impérieuses	incontinence 60% ²

- Signes associés : ceux des maladies associées

- Etat général

Conservé mais perte de poids possible (40%) ^{1,2}

¹ Bohr J, Gut 1996; 39: 846-51 (CC)

² Mullhaupt B, Gut 1998; 43: 629-33 (CL)

Colites microscopiques

Evolution

- Modalités évolutives

 - Maladie aiguë (médicamenteuse, post-infectieuse)

 - Maladie chronique

 - Intermittente

 - Chronique active (surtout CC)

 - Corticodépendance

 - Formes réfractaires au traitement médical

- Pronostic

 - Extinction spontanée à 3 ans:

 - Colite lymphocytaire ¹ 90%

 - Colite collagène ² 60%

¹ Mullhaupt B, Gut 1998; 43: 629-33

² Goff JS, Am J Gastroenterol 1997; 92: 57-60

Colites microscopiques

Objectif thérapeutique

- Clinique

 - Au maximum 4 selles par jour

 - (non liquides)

 - exclusivement diurnes

 - non impérieuses (15 minutes)

 - Retour au poids antérieur

- (Biologique)

 - Poids fécal < 500 g/24h

Colites microscopiques

Premières étapes du traitement

- Conforter le diagnostic histologique
- Interrompre ou substituer le ou les médicaments potentiellement responsables de la CM
- Piège : le plus souvent, intervalle de plusieurs semaines (2 - 8) entre le début du traitement et celui de la diarrhée

Colites microscopiques médicamenteuses

Imputabilité ^{1,2}

Quasi certaine

Acarbose

Cyclo3 Fort® - Cirkan®

Lansoprazole

Sertraline

Ticlopidine

Ranitidine

Possible

Carbamazépine

Daflon®

Modopar®

Tardyféron®

Vinburnine

Douteuse

AINS

¹ *Bégaud B, Thérapie 1985;40:111-8*

² *Beaugerie L, GCB 1998;22:773*

Colites microscopiques

Traitement symptomatique

Taux de réponse (CL¹, CC²)

- Ralentisseurs
lopéramide
oxyde de lopéramide 71 - 73 %
- Anti-sécrétoires
racécadotril ?
- Cholestyramine 59 - 65 %

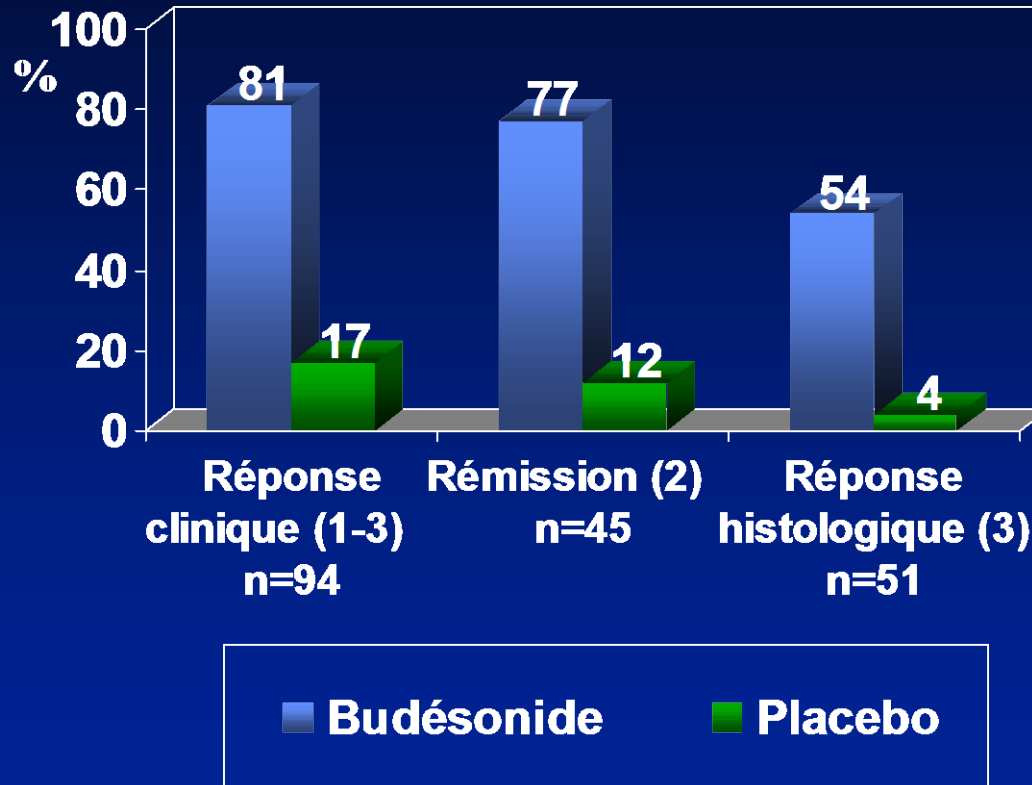
¹ Pardi DS, *Am J Gastroenterol* 2002;97:2829

² Bohr J, *Gut* 1996;39:846

Colite collagène

Réponse au budésônide à 6-8 semaines

Trois essais contrôlés avec tirage au sort vs. placebo



OR réponse⁴ : 12,3
[5,5 - 27,4]

¹ *Bonderup OK, Gut 2003;52:248*

² *Baert F, Gastroenterology 2002;122:20*

³ *Miehlke S, Gastroenterology 2002;123:978*

⁴ *Cochrane Database Syst Rev 2003; CD003575*

Colite collagène

Evolution au-delà de 8 semaines¹

- 2/3 rechute dans les 2 mois suivant l'arrêt du traitement (n = 19)
- Faut-il accepter la budésonido-dépendance et comment la gérer ?

¹ Baert F, *Gastroenterology* 2002;122:20

Colites microscopiques et dépendance au budésonide

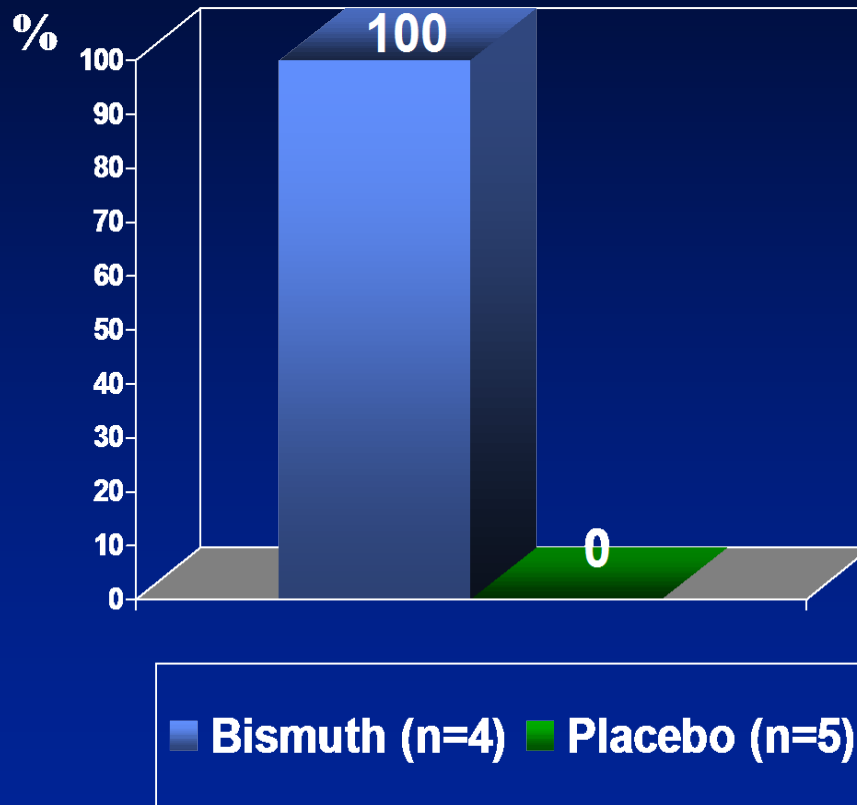
Éléments à prendre en compte

- Perspectives d'extinction de l'évolutivité de la CM (CL +++ , CM +)
- Signes de cortico-imprégnation moins probables qu'avec une corticothérapie systémique classique (exemple¹ : faciès lunaire 17 % vs. 35 %)
- Mesurer la densité osseuse au bout de quelques mois
- Anticiper les problèmes surrénaliens

¹ Rutgeerts P, *N Engl J Med* 1994;331:842

Colite collagène

Sous-salicylate de bismuth à 8 semaines (ECT, (3 x 262 mg) x 3 / j)



Colites microscopiques

Corticothérapie systémique classique

- Taux de réponse

Colite collagène (n=39) ¹	82 %
Colite lymphocytaire (n=15) ²	87 %
- Cortico-dépendance habituelle¹

¹ Bohr J, Gut 1996;39:846

² Pardi DS, Am J gastroenterol 2002;97:2829

CM réfractaires

Azathioprine

- 9 malades (CC=6) corticodépendants (n=7) ou résistants-intolérants (n=2)
- Réponses :
 - 5 complètes (0 corticoïde, 0 symptôme)
 - 3 partielles
 - 1 échec

CM réfractaires

Traitement chirurgical

- Iléostomie de dérivation¹
 - n=9
 - Normalisation histologique chez tous les patients
 - Récidive anatomo-clinique constante à la remise en circuit
- Colectomie totale avec AIA²
 - n=1
 - Vérifier l'absence d'atrophie iléale associée³

¹ Jarnerot G, *Gastroenterology* 1995;109:449

² Williams RA, *Am J Gastroenterol* 2000;95:2147

³ Marteau P, *Gut* 1997;41:561

Prise en charge des colites microscopiques en 2004

Escalade thérapeutique

- Eviction des médicaments potentiellement en cause
- Essai du traitement symptomatique seul
- Budésonide jusqu'à rémission durable
- Utilisation ponctuelle du SS de bismuth, sinon AZA
- Considérer la colectomie totale avec IAI