

Colite microscopique

Microscopic colitis

التهاب القولون المجهري، حالة جديدة

F. Zouaïdia, A. Zeghba, A. Jahid, L. Laraki, Z. Bernoussi,
N. Mahassini, A. Jelthi, F. Mansouri, A. El Hachimi.

ملخص : مقدمة : التهاب القولون المجهري يتكون من علتان، التهاب قولون لمفاوي والتهاب قولون مغراء ويتسبب في خمسة إلى عشرة في المئة من الإسهال المزمن. الأعراض السريرية والمنظرية توفر معلومات قليلة لذا فالتشريح الدقيق هو الذي يقوم بالتشخيص إذ يكشف في الالتهاب القولون اللمفاوي على كثرة اللمفاويات داخل ظهاري مرتفعة على 20٪ وفي التهاب القولون المغرائي تتخين الشريط المغرائي تحت الظهاري.
الحالة : نعرض حالة رجل ذا الثامنة والسبعون من العمر يعاني من التهاب في القولون مع نزيف دموي وإسهال مزمن.
مناقشة : من خلال هذه الحالة سنقوم بدراسة ايديميولوجية وأسباب هذا المرض مع التأكيد على دور المشرح في تشخيص هذه الحالة.
خاتمة : هذه الحالة بدأت تشخص كثيرا من خلال البحث عن أسباب الإسهال المزمن.

الكلمات الأساسية : التهاب قولوني مجهري، التهاب قولوني لمفاوي، تشخيص، تشريح دقيق.

Résumé : Introduction : Les colites microscopiques regroupent deux affections distinctes ; la colite collagène et la colite lymphocytaire. Ils sont responsables de 5 à 10% de diarrhées chroniques. La clinique et l'endoscopie apportent peu d'éléments. Il s'agit le plus souvent d'une diarrhée chronique sans aucun autre signe accompagnateur et dont l'aspect endoscopique de la muqueuse est souvent sans particularités. Son diagnostic est histologique en montrant essentiellement une lymphocytose intra épithéliale supérieure à 20% pour la colite lymphocytaire et un épaississement de la membrane basale sous épithéliale dans la colite collagène.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un homme âgé de 78 ans présentant une colite lymphocytaire survenue dans un tableau d'hémorragie digestive basse, associée à une alternance diarrhée-constipation.

Discussion : A travers cette observation, nous allons discuter ses aspects épidémiologiques, sa pathogénie et insister sur le rôle incontournable du pathologiste dans l'établissement d'un diagnostic de certitude.

Conclusion : c'est une pathologie qui est de plus en plus observée à cause des biopsies faites le plus souvent dans le bilan des diarrhées chroniques.

Mots-clés : Colite microscopique - colite lymphocytaire.

Abstract : Introduction : there are two distinctive affections in microscopic colitis: collagenous and lymphocytic colitis and are responsible for 5-10% of the chronic diarrhea. The clinic and endoscopic studies found few elements. Most of time, it concerns a chronic diarrhea without other signs and which endoscopic pattern of the mucous membrane are without particularities. Its diagnosis is histological showing essentially a intra epithelial lymphocytosis higher than 20% for the lymphocytic colitis and thinking of the basal membrane under epithelial for the collagenous colitis.

Observation : We report the observation of a man of 78 years old with a lymphocytic colitis occurred in low digestive hemoragay associated to alternation diarrhea/constipation.

Discuss : Via this observation, we discuss its epidemiologic aspects, its pathogeny and insist on the incontrovertible role of the pathologist in establishing a certitude diagnosis.

Conclusion : This form is diagnosed more frequent because the many biopsies made for the diarrhea etiology.

Key-words : microscopic colitis – lymphocytic colitis.

Introduction

Le terme de colite microscopique (CM) regroupe actuellement la colite collagène et la colite lymphocytaire. Il désigne un syndrome anatomo-clinique caractérisé par la présence d'anomalies histologiques sur les biopsies coliques, chez des malades qui présentent une diarrhée aqueuse chronique, sans anomalie endoscopique [1].

On estime le nombre de CM chez les malades présentant une diarrhée chronique avec coloscopie normale à 5-10% des cas [2].

Les auteurs rapportent un cas de colite lymphocytaire, et se proposent, à la lumière des données de la littérature, de faire une mise au point sur les problèmes posés par cette pathologie en insistant sur le rôle incontournable du pathologiste.

Observation

Il s'agit de Mr Z.C âgé de 78 ans, hospitalisé à l'hôpital Cheikh Zayed de Rabat pour des hémorragies digestives associées à des troubles de transit. Il avait dans ses antécédents la notion de prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) deux mois précédant son hospitalisation. Le début de sa maladie remonte à un mois, par l'apparition de trouble de transit (alternance diarrhée - constipation) associé à des rectorragies, le tout évoluant dans un tableau d'asthénie et de perte de poids non chiffrée. En outre, le patient se plaignait de coliques hépatiques. A l'examen, le patient était en assez bon état général, normo tendu, apyrétique avec des conjonctives légèrement décolorées. La palpation abdominale trouvait une tension au niveau de la fosse iliaque droite sans masse individualisable avec un signe de Murphy positif mais sans hépatomégalie. Le toucher rectal mettait en évidence une hypertrophie prostatique, homogène, de consistance élastique de type adénomateux. Les aires ganglionnaires étaient libres. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. Le bilan biologique a mis en évidence une anémie normochrome normocytaire. L'examen des selles était négatif. Le lavement baryté a montré une rétraction du bas fond cæcal avec contours irréguliers. L'échographie montrait une vésicule multi lithiasique. La coloscopie faite un mois auparavant, a montré la présence de sang rouge au niveau du caecum alors que le reste du colon était normal. Devant ce tableau, plusieurs diagnostics ont été envisagés entre autres la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique sans oublier les affections malignes (lymphome ou autres). Dans ce cas, il a été décidé de pratiquer une laparotomie exploratrice d'autant plus que le patient avait une vésicule multi lithiasique. La région caeco-colique semblait

infiltrée, d'allure pseudo tumorale en particulier au niveau de la graisse péri-caecale, sans carcinose péritonéale ni métastase hépatique. Devant cet aspect, une caecotomie a été pratiquée et a montré une muqueuse inflammatoire avec des lésions érythémateuses. A ce stade en tenant compte d'une symptomatologie jugée suffisamment sévère, une hémicolectomie droite a été préconisée dans un but diagnostic et thérapeutique. L'examen anatomopathologique a montré sur le plan macroscopique, une muqueuse caecale dépliée avec quelques ulcérations aphthoïdes étalées sur sept centimètres de hauteur et associées à une sclérolipomatose.

L'examen histologique concluait à un aspect de colite lymphocytaire sans épaississement de la membrane basale ni signe histologique de malignité. Les suites opératoires étaient simples.

Commentaires

Bien que colite collagène (CC) et colite lymphocytaire (CL) soient considérées comme rares, elles sont diagnostiquées de plus en plus souvent, depuis que la pratique des biopsies colorectales étagées s'est répandue dans le bilan de diarrhée chronique. Les données épidémiologiques sont plus fournies pour la CC que pour la CL. En effet, plus de 600 cas de CC ont été publiés en 2000 dans la littérature, par contre le nombre de CL reste compris entre 50 et 100 cas [3]. La CM s'observe essentiellement chez des femmes âgées entre 50 et 60 ans, contrairement à notre observation où il s'agissait d'un homme âgé de 78 ans. Le sexe ratio est de neuf femmes pour un homme dans la CC avec un âge moyen de 64 ans et de quatre femmes pour un homme dans la CL avec un âge moyen de 51 ans [1,4-6].

Actuellement sur le plan pathogénique, la théorie avancée pouvant expliquer le développement des CM serait un mécanisme inflammatoire probablement auto-immun secondairement activé par des médicaments, des toxines endogènes ou des facteurs environnementaux. La présence fréquente d'auto anticorps, l'association fréquente de maladies auto-immunes et l'efficacité de médicaments tel les corticoïdes et les aminosalicylés plaident en faveur de cette théorie. Concernant les médicaments, les AINS ont été proposés comme pouvant jouer un rôle dans la pathogénie de la CC alors que dans la CL ce sont d'autres médicaments tel le Cyclo3*, Daflon*, Tardiféron*... Mais ce lien reste discuté dans la littérature. Pour la CC, on a évoqué un autre mécanisme. Il s'agirait d'une anomalie locale du fibroblaste péri cryptique qui continuerait à synthétiser du collagène [7-9].

La CM se manifeste par une diarrhée aqueuse chronique souvent fluctuante qui peut survenir spontanément ou à la

suite d'une prise d'AINS. Il s'y associent souvent une perte de poids dans 40% des cas et une asthénie [10,11], ce qui fut le cas de notre patient. Le bilan biologique est souvent normal parfois modérément perturbé comme dans notre observation où il a montré une anémie probablement secondaire à ces hémorragies digestives. Le dosage des sels biliaires doit être effectué. Une diminution de son absorption a été mise en évidence chez plus de 40% des malades traduisant ainsi une participation iléale [1]. Il convient également d'éliminer une parasitose par un examen coprologique. L'endoscopie, qui est un examen fondamental, montre en principe un aspect normal du colon, alors que dans 30% des cas, elle peut montrer d'autres aspects non spécifiques tel un œdème, un érythème voire des macules rougeâtres et des suffusions hémorragiques du colon droit responsable d'hémorragie digestive [1,2]. Chez notre patient, l'importance des hémorragies a gêné l'examen endoscopique.

Le diagnostic de ces colites est histologique. Pour la CL, la lésion essentielle est la présence d'une augmentation du nombre des lymphocytes intra épithéliaux (LIE) au niveau de l'épithélium de surface de la muqueuse colorectale. Ce nombre doit être supérieur à 20 pour 100 cellules épithéliales (la normale < 5). Ce compte doit être fait à distance d'éventuels nodules lymphoïdes du chorion en regard desquels le nombre de lymphocyte est augmenté. Il s'agit de lymphocyte T, CD3+, majoritairement de type supprimeur CD8+ et exprimant un récepteur de type $\alpha\beta$. Il n'y a pas d'augmentation des LIE de type $\gamma\delta$, signalée dans l'intestin grêle au cours de la maladie coeliaque [1, 8, 12]. Pour la CC, la lésion nécessaire et suffisante pour le diagnostic est la présence d'une bande collagène sous

épithéliale au niveau de la muqueuse colorectale. Il est admis que l'épaisseur de cette bande doit être supérieure à 10 μ m sur des coupes bien orientées. L'épaisseur de cette bande peut être considérable et alors facilement reconnaissable sur l'HE parfois des colorations spéciales (trichrome de Masson et picrosirius) sont nécessaires pour les mettre en évidence [8].

Plusieurs maladies peuvent poser des problèmes diagnostiques avec la CM. Il peut s'agir de maladies inflammatoires chroniques comme la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn où la confrontation anatomo-clinique peut redresser le diagnostic. On peut discuter également la tuberculose intestinale. Dans ce cas, le rôle du pathologiste est essentiel sans oublier les nouvelles techniques comme la PCR (Polymerase Chain Reaction), quoique non encore entrée en routine. On peut évoquer aussi un lymphome digestif, mais dans ces conditions, un simple examen anatomopathologique aidé parfois par l'immunohistochimie peut être salvateur en déterminant le phénotype des lymphocytes [8, 12, 13].

Le traitement est essentiellement médical. Les corticoïdes par voie orale ou par lavement sont efficaces dans 70 à 90% des cas. Des rechutes sont notées à l'arrêt du traitement. L'efficacité des dérivés 5-aminosalicylés varie selon les études entre 15 et 88% [8]. Quant au traitement chirurgical, il peut être justifié dans certaines formes sévères comme dans notre observation.

En conclusion, les CM sont de plus en plus diagnostiquées en raison des biopsies faites systématiquement dans le bilan d'une diarrhée chronique en impliquant surtout le pathologiste dans le diagnostic, la thérapeutique et la surveillance.

Références

- Schneider SM, Rampal A. Les colites microscopiques. *Gastro Entero* 2000; 647-53.
- Keneth D, Richard H. The prevalence anatomic distribution and diagnosis of chronic diarrhea. *Gastro-intestinal endoscopy* 2000; 51: 3.
- Flejou JF. Les colites microscopiques. *Hepato Gastro* 1998; Vol 5: 2.
- Bogomoletz V et coll. Les colites microscopiques: un concept nosologique unitaire. *Gastro Entero Clin Biol* 1996 ; 20 : 835-7.
- Bohr J, Tysk C, Eriksson S, Järnot G. Collagenous colitis in Örebro, Sweden: an epidemiological study 1984-1993. *Gut* 1995; 37: 394-7.
- Fernandez-Banares F, Forne M, Esteve M, Espinos J. Collagenous and lymphocytic colitis in Terrassa Spain : an epidemiological study 1993-1996. *Gastro Entero* 1997; 112:A15.
- Patenotte A, Bigard MA. Colites microscopiques. *EMC* 1999 ; 9-061-A-50.
- Flejou JF. Les colites microscopiques. *Bulletin de la division française de l'AIP*; N33 Juin 2001.
- Schneider SM. Les colites microscopiques. *Gastro Entéro Clin Biol* 1998; 22: 431-41.
- Read NM, Krejs GJ. Chronic diarrhea of unknown origin. *Gastro-enterology* 1980; 78: 264-71.
- Schiller LR. Microscopic colitis syndrom; collagenous and lymphocytic colitis. *Sem Gastro-intestinal Dis* 1999; 10: 145-55.
- Bohr J, Olesen M. Collagenous and lymphocytic colitis : a clinical and histopathological review. *Gastro Entéro* 2000; 14: 943-7.
- De mascarel A, Belleannée G, Barrens M. Lymphome extra ganglionnaire. *Ann Path* 1998 ; 18 : 277-97.