



Maladie de Crohn

[Quelles sont les localisations digestives les plus fréquentes dans la maladie de Crohn ?](#)

[Quel est l'aspect caractéristique des lésions d'une maladie de Crohn ?](#)

[Quels symptômes peuvent faire évoquer une maladie de Crohn ?](#)

[Quels sont les signes radiologiques d'une maladie de Crohn ?](#)

[Quelle est l'évolution d'une maladie de Crohn ?](#)

[Quels sont les principes du traitement dans la maladie de Crohn ?](#)

[Quelles sont les conséquences d'une résection étendue de l'intestin grêle ?](#)

3.4.1. Quelles sont les localisations digestives les plus fréquentes dans la maladie de Crohn ?

La maladie de Crohn est une affection inflammatoire chronique de cause inconnue qui peut atteindre tous les segments du tube digestif, mais le plus souvent l'iléon, le côlon et l'anus (**figure 12**). Les lésions sont habituellement segmentaires, asymétriques, et les localisations séparées par des zones saines. Les localisations iléales, coliques ou iléocoliques et anopérinéales représentent 95 % des cas.

3.4.2. Quel est l'aspect caractéristique des lésions d'une maladie de Crohn ?

A l'examen endoscopique les lésions sont principalement des ulcérations muqueuses : aphtoïdes (de 1 à quelques millimètres) (**figure 11**), linéaires ou en carte de géographie, superficielles ou profondes (fissures), des pseudopolypes et parfois des sténoses et/ou des fistules (**figures 9 > 10**).

A l'examen d'une pièce opératoire, outre les ulcérations plus ou moins profondes, le quadrillage par des fissures d'une muqueuse boursoufflée lui donne un aspect pavé, la paroi est épaissie (car l'inflammation peut affecter toute la paroi) et les mésos sont le siège d'une scléro-lipomatose.

A l'examen microscopique des biopsies ou d'une pièce opératoire, on trouve une infiltration lympho-plasmocytaire souvent sous forme de nodules lymphoïdes. Il existe une fois sur deux des granulomes à cellules épithélioïdes qui sont très évocateurs de l'affection. Les fistules et les abcès sont fréquents.

3.4.3. Quels symptômes peuvent faire évoquer une maladie de Crohn ?

Les signes cliniques digestifs de la maladie de Crohn sont la diarrhée, les douleurs abdominales, des manifestations anales et péri-anales (fissures, abcès, fistules), parfois la perception d'une masse abdominale. Les signes généraux sont la fièvre, la perte de poids et l'altération de l'état général.

Les manifestations extra-intestinales les plus fréquentes sont les atteintes ostéo-articulaires (arthralgies, arthrites), cutanéomuqueuses (érythème noueux, ulcérations buccales) et oculaires (uvéïtes).

3.4.4. Quels sont les signes radiologiques d'une maladie de Crohn ?

Les anomalies radiologiques (**figure 9**) de la maladie de Crohn sont segmentaires et asymétriques par rapport à l'axe de l'intestin ; elles résultent de l'association d'une rigidité pariétale, de rétrécissements, d'ulcérations et d'un aspect nodulaire de la muqueuse. Il peut en résulter des aspects de pavage, des images de fissures et de fistules ainsi que des sténoses.

3.4.5. Quelle est l'évolution d'une maladie de Crohn ?

L'évolution de la maladie de Crohn se fait souvent par poussées séparées par des rémissions cliniques plus ou moins longues ; la guérison est rare. La sévérité des poussées est en général appréciée sur l'indice de Best. Les complications les plus fréquentes sont les occlusions, les fistules, les abcès et perforations, plus rarement les hémorragies et, en cas de maladie de Crohn colique, la colite aiguë grave avec éventuellement colectasie aiguë. A long terme, le risque de cancer intestinal est plus élevé que dans la population générale. Chez l'enfant, le retard staturo-pondéral est fréquent.

3.4.6. Quels sont les principes du traitement dans la maladie de Crohn ?

Faute de disposer d'un traitement étiologique, le traitement de la maladie de Crohn repose sur :

- au cours des poussées et en fonction de leur intensité : les salicylés et surtout les corticoïdes systémiques ou à action topique;
- lorsque la maladie est chroniquement active (alors souvent cortico-dépendante) ou cortico-résistante, on a habituellement recours aux immunosuppresseurs, essentiellement l'azathioprine ou la 6-mercaptopurine et, plus rarement, à des perfusions d'anticorps monoclonaux anti-TNF-alpha, au méthotrexate ou à la ciclosporine.
- la chirurgie est indiquée en cas de sténose ou de fistule symptomatiques. Il s'agit d'indications de nécessité et non de principe. En effet l'exérèse des segments atteints ne met pas à l'abri des récives ;
- le traitement symptomatique utilise selon les cas les ralentisseurs du transit ou la colestyramine ;
- les antibiotiques, en particulier le métronidazole, ont des indications.

- il faut obtenir l'arrêt du tabac, car ce dernier aggrave la maladie

3.4.7. Quelles sont les conséquences d'une résection étendue de l'intestin grêle ?

Les résections intestinales itératives de nécessité peuvent aboutir à un grêle court. Les conséquences dépendent de la longueur enlevée : il peut s'agir d'une diarrhée hydroélectrolytique, d'une diarrhée avec malabsorption que l'on peut pallier par le régime, ou d'une situation (grêle court dépassé) imposant une nutrition parentérale. La résection iléo-caecale est plus mal tolérée qu'une résection jéjunale en raison de la perte de la valvule de Bauhin.

Les symptômes sont :

- une diarrhée par accélération du transit colique due à l'absorption insuffisante des sels biliaires par l'iléon;
- une malabsorption des graisses, principalement des triglycérides à chaînes longues (palliée en partie par la consommation de triglycérides à chaînes moyennes) ;
- une malabsorption de la vitamine B₁₂ à corriger par des injections IM de vitamine B₁₂ ;
- parfois une lithiase biliaire du fait de la réduction du pool des sels biliaires ;
- parfois une lithiase urinaire oxalique par excès d'acide oxalique formé dans le grêle et arrivant au côlon.