

## Colites microscopiques

Rédacteur : Philippe Marteau

Lecteur : Gilles Macaigne

### Références :

- American Gastroenterological Association. AGA Institute Guideline on the Management of Microscopic Colitis: Clinical Decision Support Tool. Gastroenterology. 2016;150:276.
- Nguyen GC, Smalley WE, Vege SS, Carrasco-Labra A; Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Medical Management of Microscopic Colitis. Gastroenterology. 2016;150:242-6
- Pardi DS, Tremaine WJ, Carrasco-Labra A. American Gastroenterological Association Institute Technical Review on the Medical Management of Microscopic Colitis. Gastroenterology. 2016;150:247-74

**Date : janvier 2019**

### Définitions et diagnostic

---

Le diagnostic de colite microscopique (CM) est porté exclusivement par l'étude anatomopathologique de biopsies coliques qui montrent une altération de l'épithélium de surface et un infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire de la lamina propria. Il en existe deux types: la colite lymphocytaire (CL) et la colite collagène (CC). La colite lymphocytaire se caractérise par une hyperlymphocytose épithéliale supérieure à 20 pour 100 cellules épithéliales et la colite collagène par un épaissement collagène supérieur à 10 µm de la membrane basale sous-épithéliale.

### Symptômes pouvant faire évoquer une colite microscopique

---

**Le diagnostic est en général porté chez une personne souffrant de diarrhée chronique sécrétoire.** Les selles sont liquides, non glairo-sanglantes, nocturnes dans 30% des cas, souvent impérieuses avec possible incontinence. Il peut s'y associer des douleurs abdominales, un météorisme et des signes généraux à type d'asthénie et de perte de poids qui peut atteindre 10 kg.

Il peut exister une hypokaliémie de déplétion potassique (du fait de la diarrhée sécrétoire abondante) et un discret syndrome inflammatoire, les autres examens biologiques sont normaux dans la majorité des cas. Le taux de calprotectine fécale n'aide pas au diagnostic car il peut être normal ou élevé.

**Le diagnostic repose sur les résultats des biopsies coliques étagées réalisées lors d'une coloscopie, qui** doivent être systématiques en cas de diarrhée chronique à endoscopie normale. Des lésions macroscopiques de la muqueuse colique ne sont notées que dans environ 10% des cas.

Aphorisme (après l'étude épidémiologique française de Macaigne G et al. 2014)

En cas de diarrhée prolongée : un âge > 50 ans, la présence de selles nocturnes, une perte de poids, l'introduction récente ou semi récente d'un nouveau médicament et la présence d'une maladie auto-immune associée augmentent la probabilité de colite microscopique et doivent conduire à faire une coloscopie et des biopsies coliques.

### Epidémiologie - causes et facteurs aggravants

---

L'incidence des CM a considérablement augmenté au cours de ces dernières années et est actuellement proche des celles des MICI. Il existe une prédominance féminine et un pic d'incidence entre les 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> décennies. Une origine médicamenteuse et/ou l'existence d'une **comorbidité dysimmunitaire** sont présentes une fois sur deux. Une maladie cœliaque (15 % des cas) doit être systématiquement recherchée par une endoscopie digestive haute avec biopsies duodénales et/ou la recherche d'anticorps anti-transglutaminase de classe IgA. Les autres affections dysimmunitaires associées sont la polyarthrite rhumatoïde, le diabète insulino-dépendant, la thyroïdite auto-immune, la maladie de Biermer et les collagénoses.

**Tout médicament débuté au cours des 6 mois précédant le début de la diarrhée doit être suspecté.** Ceux pour lesquels l'imputabilité a été la mieux montrée sont indiqués sur le tableau 1. Les symptômes apparaissent en moyenne 4 à 8 semaines après l'introduction du médicament causal mais parfois des mois plus tard (y penser donc quelle que soit l'ancienneté de prise d'un médicament si celui-ci fait partie de la liste des coupables fréquents).

Parmi les facteurs environnementaux associés figurent aussi le tabac, des modifications du microbiote (antibiothérapie et infections digestives par exemple à *Yersinia enterocolitica* ou *Clostridium difficile*).

**Tableau 1 : Médicaments pouvant être impliqués dans une colite microscopique**

<b>Responsabilité établie</b>	<b>Responsabilité suspectée</b>
Acarbose	Carbamazepine
Aspirine et AINS	Celecoxib
Lansoprazole	Modopar®
Omeprazole/esomeprazole	Piasclédine
Ranitidine	Sels d'or
Sertraline	Inhibiteurs de recapture de la sérotonine autres que sertraline
Ciclo3fort®, Cirkan®	Daflon®
Simvastatine	Statines autres que la simvastatine
Ticlopidine	

## Traitement

Le traitement consiste en premier lieu en **l'éviction des médicaments suspectés**.

En l'absence d'amélioration (en quelques jours ou semaines) après arrêt du médicament suspecté ou en l'absence de cause médicamenteuse, différents traitements peuvent être proposés. Celui dont l'efficacité est (la mieux) prouvée dans les essais contrôlés contre placebo est le **budésouide**. Il doit être utilisé d'emblée dans les formes sévères (ce qui est jugé par l'intensité de la diarrhée et/ou de la perte de poids ou hypokaliémie). La posologie est de 9mg le matin pendant 8 semaines. Si une rechute survient précocement après son arrêt on peut le prescrire au long cours jusqu'à un an à une posologie la plus basse possible, au maximum de 6 mg/j.

**Dans les formes mineures, on peut proposer en première intention le lopéramide et/ou la cholestyramine** (car il existe souvent une malabsorption des acides biliaires) et/ou la méسالazine qui peuvent être prescrits au long cours et réserver le budésouide à libération colique aux situations d'échec. Un algorithme de traitement est proposé sur la figure 1.

L'évolution est le plus souvent favorable avec disparition de la diarrhée et (souvent mais inconstamment) disparition des lésions histologiques.

Le risque de cancer colo-rectal n'est pas augmenté. Parfois cependant la diarrhée réapparaît ainsi que les lésions (rechute) imposant des traitements répétés (cortico-dépendance) et une éventuelle alternative dans ce cas au budésouide. Les médicaments potentiellement efficaces dans cette situation (niveau de preuve faible) sont l'azathioprine (2 à 2,5 mg/kg/j), le méthotrexate (7,5 mg par semaine) ou les anti-TNF.