

Et si c'était une MICI ?

<http://www.afa.asso.fr>

Une gastro-entérite ?

OUI, MAIS PAS DEUX, PAS TROIS...

Des symptômes digestifs récidivants, qui semblent anodins, peuvent déjà évoquer le diagnostic.

Des douleurs abdominales

Des spasmes assez intenses, perturbant l'activité quotidienne.

Une modification du transit intestinal

Des selles moins bien formées, plus fréquentes, parfois impérieuses.

A l'examen

Vous réveillez parfois une douleur précise de la fosse iliaque droite et vous sentez rouler sous les doigts à cet emplacement une petite tuméfaction ferme.



Endoscopie Crohn

Quels sont les signes d'alerte ?

Le diagnostic de la maladie de Crohn peut être évoqué par l'association de signes digestifs et d'un syndrome inflammatoire biologique.

En revanche, un examen des selles n'apporte pas d'argument diagnostique valable.

Ne pas attribuer trop rapidement les troubles à la présence dans les selles de candida, streptocoques, staphylocoques ou colibacilles, en fait non pathogènes.

Les examens clés pour confirmer le diagnostic

- L'échographie abdominale peut mettre sur la voie en révélant un épaissement des parois intestinales.
- La coloscopie reste l'examen le plus probant ; elle permet de visualiser les lésions caractéristiques de l'iléon terminal et du colon.
- Les biopsies confirmeront l'inflammation chronique et révéleront parfois la présence de granulomes épithélioïdes.
- La rectoscopie avec biopsies peut suffire à évoquer le diagnostic de RCH, mais la coloscopie reste indispensable.

Une appendicite ?

PAS TOUJOURS...

Syndrome abdominal aigu

Une douleur abdominale associée à une fièvre peut ainsi simuler une appendicite :

- dans cette situation, l'échographie ou surtout le scanner peut redresser le diagnostic. Mais si la maladie de Crohn est découverte seulement pendant l'intervention, il faut alors s'abstenir d'une résection intestinale hâtive.
- il peut s'agir aussi d'une perforation de l'intestin, avec abcès localisé (alors que la péritonite est rare dans le Crohn) qui pourra dans l'idéal être diagnostiqué et traité par un drainage sous scanner.

Une atteinte périnéale

Est une localisation fréquente de la maladie de Crohn. Le tableau le plus classique est celui d'un abcès avec fistule anale (douleur anale, fièvre et écoulement sale).

Le bilan des lésions est fait par une échographie ou une IRM. L'exploration chirurgicale permettra d'évacuer l'abcès et de mettre en place un drainage par élastique.

Une récurrence est toujours possible.



Le traitement chirurgical doit simplement drainer l'abcès en évacuant la collection purulente, ce qui soulage rapidement le patient.

Du sang dans les selles ?

DES HEMORROÏDES ?

PEUT-ÊTRE, MAIS EVITEZ LES CONCLUSIONS HÂTIVES

La rectorragie est le signe le plus fréquent de la RCH. Elle a le mérite d'inquiéter le patient qui consulte plus précocement. Elle doit alerter tout particulièrement si elle survient chez un patient jeune n'ayant pas de facteur de risque de cancer recto-colique.

L'interrogatoire oriente le diagnostic

Existence de troubles du transit intestinal, de douleurs abdominales, d'un syndrome rectal avec émissions glairo-sanglantes afécales, ténésme et faux besoins...

L'examen clinique doit être méthodique

Systématique et réalisé en position genu-pectorale, il permettra de visualiser la marge anale, de rechercher une thrombose ou un orifice fistuleux. Le toucher vérifiera l'état de l'ampoule rectale et précisera la présence de sang.

En l'absence de pathologie hémorroïdaire manifeste, un bilan plus complet s'impose.



Endoscopie RCH

La confirmation du diagnostic

La découverte d'une fissure ou d'une fistule peut révéler une maladie de Crohn. L'absence de lésion de la marge anale

impose d'examiner le rectum et nécessitera l'avis du gastro-entérologue.

Et chez l'enfant ?

LES SYMPTÔMES QUI DONNENT L'ALERTE

Tout symptôme digestif trainant

Diarrhée, rectorragies, douleurs abdominales récidivantes, sans cause infectieuse évidente.

Une cassure de la courbe de croissance staturale

60% des malades de Crohn à l'âge pédiatrique ont cassé la courbe de croissance staturale dans l'année qui précède le diagnostic.

Des antécédents familiaux

Environ 15 à 20% des malades ont dans leur famille un parent atteint de MICI.

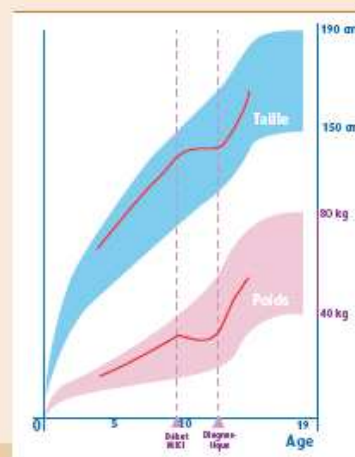
LES EXAMENS CLÉS POUR CONFIRMER LE DIAGNOSTIC

Ils sont les mêmes que pour l'adulte :

- syndrome inflammatoire ;
- échographie abdominale ;
- endoscopies + transit du grêle.

LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Elle fait appel aux mêmes médicaments que pour les MICI de l'adulte. Les techniques nutritionnelles ont un effet bénéfique sur la maladie comme sur la croissance.



La surveillance de la croissance staturale et pondérale

Un élément capital de la surveillance médicale des enfants.