

L'atteinte digestive haute au cours de la maladie de Crohn: à propos de deux cas

Y Bendjama, N Ait Said, M Diah, N Toudji, M Lebdjiri, F Kessal, A Tebaibia
Service de médecine interne
EPH EL Biar

INTRODUCTION:

La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin qui peut affecter n'importe quelle partie du tractus gastro-intestinal le plus fréquemment l'iléon le colon et le périnée. L'atteinte gastroduodénale est rare observée chez 0,5% à 4% des patients atteints de la MC.

Nous rapportons le cas de deux patientes atteintes de la MC gastroduodénale.

OBSERVATION 1 :

Mme B.Z âgée de 51 ans, présente une MC avec atteinte gastroduodénale et colique. Le diagnostic est retenu devant les éléments suivants:

Clinique : une altération de l'état général, des épigastralgies associées à des diarrhées chroniques à raison de 02 à 03 selles par jour.

Biologique : un syndrome de malabsorption

Endoscopie digestive haute et basse: retrouve une gastrite fundique, un aspect en mosaïque et hachuré du plissement duodeno-jejunal avec des érosions et un nodule millimétrique au niveau du duodénum proximal, la dernière anse iléale est tapissée par muqueuse siège de microérosion en coup d'angle avec un colon qui paraît sain

Histologie : présence d'un granulome tuberculoïde au niveau de l'estomac, duodénum et colon avec des abcès cryptiques au niveau de ce dernier.

La patiente est mise sous inhibiteur de la pompe à proton (IPP) et rovasa avec une bonne évolution initiale. La survenue d'une poussée justifie l'intensification du traitement avec l'introduction de l'azathioprine, la pentasa et le maintien des IPP avec une bonne évolution

OBSERVATION 2:

Mme H.D âgée de 42 ans suivie pour asthme, présente une MC à localisation multifocale œsogastroduodénale et iléo-colique, le diagnostic est retenu devant:

Les signes cliniques: des diarrhées chroniques (10 selles /jr) associées à des douleurs abdominales et épigastriques.

La FOGD: des lésions érosives avec fausses membranes œsophago-gastroduodénales.

Iléo-coloscopie: aspect en carte de géographie.

Histologie présence d'un granulome au niveau duodénal et colique .

Devant l'atteinte multifocale, la patiente est traitée par pentasa et azathioprine avec une bonne évolution clinique.

DISCUSSION:

Dans nos observations la MC a été révélée par une atteinte gastroduodénale (haute) cliniquement significative concomitante à une atteinte iléocolique (distale), une étude transversale (1) de 2105 patients atteints de MC a identifié 346 (16 %) cas de maladie haute, et une maladie distale coexistante a été trouvée chez 321 de ces 346 patients (93 %).

Dans les deux observations l'atteinte haute est symptomatique alors que dans la littérature les symptômes sont ressentis par moins de 6 % des patients. Le symptôme le plus fréquent est la dyspepsie postprandiale, les nausées, l'anorexie, la diarrhée et la perte de poids peuvent également survenir (1).

L'endoscopie avec biopsie, reste l'examen de choix dans le diagnostic de la MC haute. Les signes endoscopiques comprennent un érythème inégal, une friabilité des muqueuses, des plis épais et des ulcérations aphteuses et linéaires (figure 1). Un aspect nodulaire de la muqueuse est très évocateur mais non spécifique de la MC (figure 2) 2 L'ensemble de ces lésions ont été observé chez nos patientes.

La plupart des experts recommandent une suppression acide intense avec un inhibiteur de la pompe à protons. Un traitement supplémentaire doit être associé pour la MC distale, qui coexiste souvent. Le traitement doit être basé sur la gravité des symptômes des malades (3).



Figure 1



Figure 2

CONCLUSION:

La localisation haute de la maladie de Crohn reste peu fréquente, l'activité de l'atteinte distale concomitante détermine généralement l'indication thérapeutique. Les traitements médicaux disponibles sont les inhibiteurs de la pompe à protons, les corticoïdes, l'azathioprine et les anti TNF.

REFERENCES:

- (1) Robyn Laube, Ken Liu, Mark Schifter, Oral and upper gastrointestinal Crohn's disease *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 33 (2018) 355-364
- (2) Costas H. Kefalas (2003) Gastrointestinal Crohn's Disease, Baylor University Medical Center Proceedings, 16:2, 147-151,
- (3) Wagtmans MJ, van Hogezaand RA, Griffioen G, Verspaget HW, Lamers CB. Crohn's disease of the upper gastrointestinal tract. *Neth Med.* 1997;50:S2-S7