

Facteurs prédictifs de la réponse à la corticothérapie intraveineuse au cours des colites aiguës graves

[Predictive factors of the response to intravenous corticosteroid therapy in severe acute colitis]

Salma Ouahid, S. Berrag, I. Radouane, F. Nejari, T. Addioui, M. Tamzaourte, and A. Aourarh

Service de Gastro-entérologie I, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat

Copyright © 2020 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Severe acute colitis is a medical and surgical emergency that involves the short-term life threatening. The diagnosis of CAG is based on the combination of clinical and biological criteria and can be supported by morphological criteria (endoscopy, scanner). It complicates ulcerative colitis (UC) as well as Crohn's disease.

It is a serious complication which, in the absence of proper care, in a specialized environment, is likely to jeopardize the vital prognosis. Intravenous corticosteroid therapy (CO IV) is the first-line medical treatment for AGC.

The objective of our work is to assess the predictive factors of the response to intravenous corticosteroid therapy during severe acute colitis. This is an observational study spread over 2 years, covering 27 cases of severe acute colitis collected within our department. The Severe acute colitis was defined by a Lichtiger score greater than 10. Clinical, biological, endoscopic and radiological data were collected and analyzed by SPSS20 software.

KEYWORDS: Severe acute colitis, chronic inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, Crohn, treatment.

RESUME: La colite aiguë grave (CAG) est une urgence médico-chirurgicale qui met en jeu le pronostic vital à court terme. Le diagnostic de CAG repose sur l'association de critères clinico-biologiques et peut être étayé par des critères morphologiques (endoscopie, scanner). Elle complique aussi bien la rectocolite hémorragique (RCH) que la maladie de Crohn.

Il s'agit d'une complication grave qui en l'absence d'une prise en charge correcte, en milieu spécialisé, risque de mettre en jeu le pronostic vital. La corticothérapie intraveineuse (CO IV) constitue le traitement médical de première intention de la CAG.

L'objectif de notre travail est d'évaluer les facteurs prédictifs de la réponse à la corticothérapie intraveineuse au cours des colites aiguës graves.

Il s'agit d'une étude observationnelle étalée sur 2 ans, portant sur 27 cas de colites aiguës graves colligées au sein de notre service.

La CAG a été définie par un score de Lichtiger supérieur à 10.

Les données cliniques, biologiques, endoscopiques et radiologiques ont été recueillies et analysés par le logiciel SPSS20.

MOTS-CLEFS: Colite aiguë grave, maladie inflammatoire chronique intestinale, rectocolite hémorragique, Crohn, traitement.

1 INTRODUCTION

La colite aiguë grave (CAG) est une urgence médico-chirurgicale qui met en jeu le pronostic vital à court terme. Le diagnostic de CAG repose sur l'association de critères clinico-biologiques et peut être étayé par des critères morphologiques (endoscopie, scanner). Elle complique aussi bien la rectocolite hémorragique (RCH) que la maladie de Crohn. Il s'agit d'une complication

grave qui en l'absence d'une prise en charge correcte, en milieu spécialisé, risque de mettre en jeu le pronostic vital. La corticothérapie intraveineuse (CO IV) constitue le traitement médical de première intention de la CAG.

2 MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude observationnelle étalée sur 2 ans, portant sur 27 cas de colites aiguës graves colligés au sein de notre service.

La CAG a été définie par un score de Lichtiger supérieur à 10.

Les données cliniques, biologiques, endoscopiques et radiologiques ont été recueillies et analysés par le logiciel SPSS20.

3 RÉSULTATS

L'âge moyen de nos patients est de 37.9 ± 17.1 ans avec une nette prédominance féminine (21/27). 6 patients (22.2%) avaient une MICI connue. Le score de Lichtiger moyen était de 13 ± 1.45 . 9 patients (33.3%) étaient naïfs de stéroïdes. 9 patients (33.3%) avaient des critères de gravité endoscopique. 19/20 des patients en échec à la CO ont reçu l'IFX, un patient a été opéré pour colectasie.

En analyse univariée, les facteurs associés de façon significative à l'échec de la CO IV étaient: La CRP élevée à J3 ($>45\text{mg/l}$), la présence de sang à J3, l'atteinte pancolique, le statut non naïf aux corticoïdes. En analyse multi variée et en ajustant sur les facteurs suscités, seule la CRP $>45\text{mg/l}$ à J3 est associée de façon significative à l'échec à la CO IV (OR = 1.3, $p=0.02$).

4 DISCUSSION

La colite aiguë grave (CAG) est une complication pouvant révéler ou compliquer une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, en particulier une rectocolite hémorragique. La CAG représente une urgence médico-chirurgicale pouvant engager le pronostic vital à court terme. Son diagnostic repose sur des critères clinico-biologiques et peut être étayé par les critères morphologiques (endoscopie, imagerie). Le bilan initial doit avant tout éliminer une complication grave imposant la chirurgie en urgence et écarter une surinfection digestive, notamment à *Clostridium Difficile* et cytomégalovirus. [1-2-3]

La corticothérapie intraveineuse représente le traitement médical de première intention de la CAG. Néanmoins, elle est inefficace chez un patient sur trois. L'infliximab et la ciclosporine sont envisageables en deuxième ligne avec une efficacité comparable et le choix du traitement doit se faire au cas par cas. La colectomie doit être proposée d'emblée en cas de formes sévères et se discuter à chaque étape de la prise en charge thérapeutique en alternative au traitement médical [4]

La corticothérapie intraveineuse en cure courte, est administrée à forte dose (au moins $0,8\text{ mg/kg}$ par jour d'équivalent méthylprednisolone) pour une durée maximale de 5 à 7 jours. Elle doit être associée à la prescription d'héparine de bas poids moléculaire à dose préventive et à de lavements de corticoïdes. La mise au repos du tractus digestif et l'antibiothérapie n'ont pas montré de bénéfice clinique et restent débattues [5, 6, 7]. En revanche la nutrition parentérale par voie centrale est formellement contre-indiquée en raison du risque infectieux élevé [5].

Dans la cohorte historique d'Oxford, parmi les patients en poussée sévère selon les critères de Truelove et Witts, la corticothérapie parentérale (hydrocortisone intraveineux) pendant 5 à 7 jours était associée à une baisse de la mortalité de 34 % à 0 % [2]. La corticothérapie parentérale permet d'obtenir un taux de rémission clinique proche de 67 % au 5e jour de traitement. Un patient sur trois étant en échec du traitement, l'identification précoce de facteurs prédictifs d'échec à la corticothérapie est indispensable [8].

En cas de succès au troisième jour, la corticothérapie parentérale à la dose de 0.8 mg/kg/24 h d'équivalent méthylprednisolone est poursuivie 2 jours de plus. Au 5e jour, s'il existe une réponse significative du traitement, idéalement définie par une baisse du score de Lichtiger (score inférieur à 10 avec baisse supérieure à 3 points comparée au score initial), la corticothérapie parentérale sera relayée par une corticothérapie orale à la dose de 1 mg/kg/24 h d'équivalent prednisone, sans dépasser 60 mg par jour. En cas de corticorésistance, deux options doivent être envisagées : le recours à la chirurgie ou à un traitement médical de 2e ligne. Dans tous les cas, la réalisation d'un bilan avant la mise sous immunosuppresseurs et la recherche d'une tuberculose latente ou patente doivent être réalisées dès l'introduction de la corticothérapie.

Dans la littérature, l'échec de réponse aux corticoïdes peut être prédit par des mesures objectives. Une hypo-albuminémie, une CRP élevée, et une courte durée de la maladie sont en rapport avec un risque élevé d'échec.

Une étude portant sur 49 patients avec 51 poussées sévères, 36 variables cliniques, biologique et radiologiques ont été étudiés : montré qu'au troisième jour de traitement, 85% des patients ayant plus de 8 évacuations par jour et/ou 3 à 8 selles par jour avec une CRP supérieure à 45mg/l, ne répondent pas aux corticoïdes avec un risque élevé de colectomie [9].

Une autre analyse rétrospective menée par Lindgren et al, et qui vient confirmer les résultats de Travis, montre que la présence d'un nombre élevé de selles avec une CRP élevée à J3 de traitement par corticoïdes, était prédictive d'échec.

5 CONCLUSION

Notre étude conforte les données de la littérature sur l'intérêt du dosage de la CRP à J3 pour évaluer la réponse ou l'échec à la corticothérapie intraveineuse dans la prise en charge initiale des colites aiguës graves.

REFERENCES

- [1] D Laharie. Prise en charge de colite aigue grave. Hépatogastro et oncologie digestive. Septembre 2010.
- [2] Treton X et al. Prise en charge d'une colite aigue grave. Gastro-entérologie clinique et biologique. 2008; 32.
- [3] Travis SP et al. European evidence-based consensus on the management of ulcerative colitis: current management. J Crohn Colitis 2008; 2: 24-62.
- [4] E. Soularis et al. Prise en charge de la colite aigue grave; February 2013, Volume 7, Issue 1, pp18-26).
- [5] Chapman, R. W., Selby, W. S. & Jewell, D. P. Controlled trial of intravenous metronidazole as an adjunct to corticosteroids in severe ulcerative colitis. Gut 1986; 27: 1210-2.
- [6] Mantzaris, G. J. et al. A prospective randomized controlled trial of intravenous ciprofloxacin as an adjunct to corticosteroids in acute, severe ulcerative colitis. Scand. J. Gastroenterol. 36, 971-4 (2001).
- [7] Dunckley, P. & Jewell, D. Management of acute severe colitis. Best Pract Res Clin Gastroenterol 17, 89-103 (2003).
- [8] D'Haens, G. et al. A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis. Gastroenterology 2007; 132: 763-86.
- [9] Travis SP, Farrant JM, Ricketts C, Nolan DJ, Mortensen NM, Kettlewell MG, et al. Predicting outcome in severe ulcerative colitis. Gut 1996; 38: 905-10.