

Janvier 2003

RECOMMANDATIONS DE LA



PLACE DE L'ENDOSCOPIE DANS LES COLITES MICROSCOPIQUES

L. BEAUGERIE (Paris)

Avec la collaboration de :

G. GAY (Nancy), B. NAPOLEON (Lyon),
T. PONCHON (Lyon), J. BOYER (Angers),
J.-M. CANARD (Paris), P. DALBIES (Béziers),
J. ESCOURROU (Toulouse),
M. GREFF (Nice), J. LAPUELLE (Toulouse),
J.-C. LETARD (Poitiers),
B. MARCHETTI (Marseille),
L. PALAZZO (Paris),
J.-F. REY (Saint-Laurent-du-Var),
D. SAUTEREAU (Limoges)

I. DÉFINITION ET PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES COLITES MICROSCOPIQUES

- a. Les colites microscopiques se définissent d'un point de vue anatomo-clinique par l'association d'une diarrhée chronique, d'un aspect endoscopique normal de la muqueuse à la coloscopie, et d'une inflammation chronique de la muqueuse colique en histologie (1).
- b. Il existe 2 types histologiques principaux de colites microscopiques (2, 3) : les colites lymphocytaires et les colites collagènes. Les anomalies histologiques suivantes sont communes aux 2 types de colites microscopiques : a) perte d'intégrité de l'épithélium de surface ; b) augmentation du nombre des lymphocytes intraépithéliaux ($\geq 20\%$ en cas de quantification) ; c) infiltrat inflammatoire de la *lamina propria* avec prédominance de cellules mononuclées. L'augmentation d'épaisseur de la bande collagène sous-épithéliale ($> 10\ \mu\text{m}$ en cas de mesure) est propre à la colite collagène. En pratique, les grandes caractéristiques cliniques des colites microscopiques (terrain, causes éventuelles, histoire naturelle, réponse aux traitements) ne sont pas notablement différentes entre les 2 types histologiques de la maladie.
- c. L'incidence des 2 types de colites microscopiques est du même ordre que celle de la rectocolite hémorragique et de la maladie de Crohn (4). Presque une fois sur 2, les colites microscopiques débutent de façon aiguë, comme une gastroentérite. Les colites microscopiques atteignent volontiers les femmes après 50 ans et sont souvent associées à des maladies auto-immunes (telles que la maladie cœliaque) ou inflammatoires (telles que la polyarthrite rhumatoïde).
- d. Habituellement, les colites microscopiques sont en apparence idiopathiques. Néanmoins, plusieurs médicaments pris au long cours dont la liste s'accroît régulièrement, peuvent être responsables d'une colite microscopique réversible à l'arrêt du traitement (5). La responsabilité des tous les traitements pris au long cours par les malades chez qui l'on porte le diagnostic de colite microscopique doit donc être envisagée. Par ailleurs, il paraît maintenant vraisemblable qu'une colite microscopique puisse être déclenchée par une infection bactérienne, en particulier à *Yersinia spp.*
- e. Les colites microscopiques sont responsables d'une diarrhée chronique souvent d'intensité fluctuante, faite de selles liquides, réparties dans la journée, impérieuses et peu sensibles aux ralentisseurs du transit. L'état général est conservé mais une perte de poids est possible. Biologiquement, un déficit hydrosodé sanguin et une hypokaliémie sont possibles.
- f. L'activité anatomo-clinique des colites microscopiques tend à s'atténuer spontanément avec le temps. La plupart des colites lymphocytaires et une bonne partie des colites collagènes s'éteignent ainsi avant le troisième anniversaire de la maladie. Pendant la phase

de diarrhée chronique, lorsque les traitements symptomatiques sont inefficaces, le budésoude a été la seule molécule évaluée dans le cadre d'essais par tirage au sort contre placebo (6). Dans les cas les plus sévères et réfractaires de colite microscopique, un recours à l'azathioprine (1), voire à la diversion colique peut être discuté.

II. DIAGNOSTIC ENDOSCOPIQUE DE LA COLITE MICROSCOPIQUE

L'endoscopie est indispensable au diagnostic de colite microscopique. Le diagnostic de colite microscopique repose sur la réalisation, au cours de la coloscopie, de biopsies muqueuses coliques de site(s) approprié(s) (cf. infra). Il est donc indispensable de réaliser des biopsies coliques lorsque des examens endoscopiques sont réalisés dans un contexte clinique de diarrhée chronique, même si la nature fonctionnelle de la diarrhée est suspectée.

III. SIGNES ENDOSCOPIQUES DE COLITE MICROSCOPIQUE

En principe et par définition, l'aspect endoscopique de la muqueuse colique est normal au cours des colites microscopiques. Néanmoins, plusieurs auteurs ont observé chez les patients atteints de colite microscopique des anomalies endoscopiques muqueuses minimales, à type de perte du contraste vasculaire ou d'érythème modéré. Lorsque des signes plus importants sont observés (érosions, ulcérations), il n'est plus possible de parler de simple colite microscopique, même si l'aspect histologique est compatible avec le diagnostic.

IV. LE SITE DES BIOPSIES

Les anomalies histologiques de la colite microscopique sont globalement pancoliques. Néanmoins, au cours de la colite à collagène, l'épaississement de la bande collagène sous-épithéliale est parfois plus marqué dans le côlon proximal que dans le côlon distal, et absent dans le rectum (7). De même, l'infiltrat inflammatoire de la *lamina propria* peut-être moins intense voire absent dans le rectum par rapport au reste du côlon (7). Les deux sites endoscopiquement normaux à biopsier pour arriver à un diagnostic optimal de colite microscopique (y compris de son type) sont le côlon droit et le sigmoïde (3 à 4 biopsies par site).

Si seules des biopsies sigmoïdiennes sont réalisées, deux études récentes ont montré que le diagnostic de colite microscopique ne pouvait être manqué, du fait des signes inflammatoires constamment présents (8, 9) mais le diagnostic du type de colite microscopique peut être dans de rares cas (moins de 10 %, (7, 9)) inexact (diagnostic de colite lymphocytaire au lieu de colite collagène du fait du caractère exclusivement proximal de l'épaississement), ce qui n'a pas d'implication pratique dans l'état actuel des connaissances.

V. L'EXAMEN HISTOLOGIQUE

La demande d'examen histologique doit être orientée. En principe, la mention de l'existence d'une diarrhée chronique devrait suffire à ce que l'anatomopathologiste vérifie l'absence de tous les éléments du tableau de colite microscopique. Néanmoins, surtout dans les cas où, cliniquement, le tableau est compatible avec une forme diarrhéique de troubles fonctionnels intestinaux, il peut être intéressant de poser explicitement la question à l'anatomopathologiste : « y-a-t-il une colite microscopique ? ». En effet, si celui-ci a un doute entre un côlon subnormal et une forme fruste de colite microscopique, il pourra s'aider de la numération des lymphocytes intra-épithéliaux (nombre de lymphocytes intra-épithéliaux pour 100 colonocytes), avec ou sans immunomarquage des lymphocytes, et de la mesure de la bande collagène sous-épithéliale.

VI. AUTRES EXAMENS ENDOSCOPIQUES

Une maladie cœliaque ou/et une gastrite lymphocytaire pouvant être associée(s) à une colite microscopique, une fibroscopie œsogastroduodénale avec des biopsies duodénales distales et gastriques antrales doit être réalisée.

Une maladie cœliaque distale ou une atrophie iléale isolée peuvent également être associées aux colites microscopiques (10). Au cours de la coloscopie, la réalisation d'une iléoscopie avec 2 à 3 biopsies iléales systématiques est donc souhaitable dans un contexte de diarrhée chronique.

RÉFÉRENCES

1. PARDI D.S., LOFTUS E.V., TREMAINE W.J., SANDBORN W.J. Treatment of refractory microscopic colitis with azathioprine. *Gastroenterology* 2001 ; 120 : 1483-4.
2. SCHNEIDER S., RAMPAL A., HEBUTERNE X., RAMPAL P. Les colites microscopiques. *Gastroenterol Clin Biol* 1998 ; 22 : 431-41.
3. SCHNEIDER S., RAMPAL P. Le point sur les colites microscopiques. *Gastroenterol Clin Biol* 2002 ; supplément n° 5 : 48-54.
4. FERNANDES-BANARES F., SALAS A., FORNE M., ESTEVE M., ESPINOS J., VIVER J.M. Incidence of collagenous and lymphocytic colitis : a 5-year population-based study. *Am J Gastroenterol* 1999 ; 94 : 418-23.
5. BEAUGERIE L. Entérocolopathies médicamenteuses. In : *Rambaud J.C., ed. Traité de gastro-entérologie. Paris : Flammarion* 2000 ; 663-76.
6. BAERT F., SCHMIT A., D'HAENS G., DEDEURWAERDE F., LOUIS E., CABOETER M. *et al.* Budesonide in collagenous colitis : a double-blind placebo-controlled trial with histologic follow-up. *Gastroenterology* 2002 ; 122 : 20-5.
7. POKORNY C.S., KNEALE K.L., HENDERSON C.J. Progression of collagenous colitis to ulcerative colitis. *J Clin Gastroenterol* 2001 ; 32 : 435-8.
8. TANAKA M., MAZZOLENI G., RIDDELL R.H. Distribution of collagenous colitis : utility of flexible sigmoidoscopy. *Gut* 1992 ; 3 : 65-70.

9. FINE K.D., SEIDEL R.H., DO K. The prevalence, anatomic distribution, and diagnosis of colonic causes of chronic diarrhea. *Gastrointest Endosc* 2000 ; 51 : 318-26.
10. MARTEAU P, LAVERGNE-SLOVE A., LEMANN M., BOUHNİK Y., BERTHEAU P, BECHEUR H. Primary ileal villous atrophy is often associated with microscopic colitis. *Gut* 1997 ; 41 : 561-4.

Editée avec le soutien du
laboratoire

BEAUFOUR IPSEN

24, rue Erlanger
75781 PARIS CEDEX 16
Téléphone : 01 44 96 13 13
www.bipmed.com



Réalisation : Editions ALN