

Colite sévère à CytomégaloVirus, complication " rare " des Rectocolites Ulcéro Hémorragiques ?

Jean-Marc Maisin, Jean Pierre Chami, Michael Schapira, Jean Michel Ghilain, Jean Henrion
Hôpital de Jolimont, 7100 Haine-St-Paul, Belgique

Le diagnostic d'une surinfection colique par le cytomégaloVirus (CMV) chez les patients présentant une colite ulcéreuse n'est pas aisée par la réalisations de biopsies coliques . Cette complication grave est cependant loin d'être rare et est surtout observée chez les patients présentant une colite corticodépendante. Le diagnostic rapide par le dosage de l'antigène viral sérique est donc important chez ces patients souvent immunodéprimés. Le traitement anti viral précoce permet d'éviter dans un certain nombre de cas une colectomie. Nous rapportons le cas d'une colite sévère à cytomégaloVirus avec atteinte systémique chez une patiente atteinte de rectocolite ulcéreuse. Puis nous ferons une revue de la littérature de la prévalence, du traitement et du pronostic des colites à CMV dans les colites ulcéreuses. Observation: La patiente âgée 39 ans est hospitalisée dans notre institution en urgence le 12 février 2004 pour une diarrhée sanglante (15-20 fois/j) associée à des douleurs abdominales. Une colite ulcéreuse gauche confirmée à l'histologie et évoluant depuis 1985 était déjà connue. Elle a eu plusieurs crises de coliques néprétiques. Le traitement débuté depuis plusieurs années comprend de l'Azathioprine à la dose de 150 mg/j ; du 5-ASA 3 fois 1 gr/j; du Colifoam 1/j; 10 mg ; de l'oméprazole 20 mg/j.®de la Méthylprednisolone 16 mg/j; du Buscopan L'examen clinique montrait une sensibilité du flanc gauche et de l'hypochondre gauche mais sans défense, le transit était présent. Son poids était de 64Kg et elle était afébrile. L'ASP ne montrait pas de colectasie. La prise de sang montrait un syndrome inflammatoire avec une augmentation des globules blancs mais sans autre anomalie particulière. Une rectosigmoidoscopie montrait une colite ulcéreuse avec des ulcérations profon! des dès le rectum et sur les 20 cm examinés. A l'histologie l'on retrouvait des signes de colite ulcéreuse sévère en poussée aiguë. Les coprocultures sont restées stériles; Le scanner abdominal montrait une colite diffuse du rectum remontant jusqu'à l'angle gauche sans complication. Le traitement à l'admission a consisté en un régime sans résidus, une corticothérapie IV à 125 mg de Méthylprednisone; 5-ASA 4 fois 1gr; Imuran 150mg. Après une amélioration transitoire de 5 jours, les diarrhées sanglantes récidivaient et le syndrome inflammatoire réaugmentait. Une nouvelle rectosigmoidoscopie montrait l'absence d'amélioration des lésions. Un traitement par Cyclosporine IV était débuté le jour même. Le soir elle présentait un état fébrile (38.8°C) avec une accentuation des douleurs abdominales. Un nouveau scanner abdominal était réalisé ne montrant pas d'aggravation des images précédentes. La prise de sang montrait l'apparition d'une cholestase GGT 440 (<50), Ph. Alcaline 853 (<3! 00) et d'une cytolyse ASAT 177 (<41), ALAT 144(45) avec une leucopénie (2200) et une hypoplaquettose (95.000). L'ensemble des cultures sont revenues négatives. Un traitement empirique a été introduit en (Fluconazole).® (Pipéracilline + Tazobactam) et du Diflucan®IV avec du Tazocin La T° persistait entre 38-39.5°C. La Cyclosporine était stoppée et toutes les sérologies virales ont été prélevées. La seule sérologie revenue positive était le CMV IGM (+) et l'IGG 1/320. L'Ag viral sérique (CMV) était demandé et est revenu positif. Une PCR pour le CMV est revenue très élevée à 34958 copies/ml. De nouvelles biopsies rectales furent réalisées et révélaient cette fois la présence du CMV à l'examen direct et à l'Immunohistochimie. Les antibiotiques furent arrêtés et la Ganciclovire fut débutée en IV pendant 14 jours. L'évolution fut lentement favorable avec une disparition complète des diarrhées, des douleurs abdominales et normalisation de toute la biologie. L'Ag CMV ! sérique s'est négativé et la PCR aussi. Une coloscopie complète fut réalisée 1 mois après la fin du traitement et a objectivé une guérison de tous les ulcères. Les biopsies n'ont plus montré de CMV. Discussion: La Colite liée au CMV est une complication connue mais rare des colites ulcéreuses. Plusieurs études prospectives récentes ont montré

que la prévalence d'une surinfection par le CMV de colite ulcérée en poussée sévère à modérée est de 25-34%. Le diagnostic du CMV doit combiner plusieurs méthodes car les biopsies seules même avec le marquage immunohistochimique ne sont positives que dans moins d'1 cas sur 2. Il faut en outre rechercher l'Ag IGM, l'Ag viral sérique et faire un dosage quantitatif par PCR. Une colite à CMV est observée essentiellement chez les patients présentant une corticodépendance ou une corticorésistance. Le traitement précoce par gancilovire permet de "sauver" des colons. Selon certaines études les auteurs ont pu obtenir 66.7% de rémission après le traitement. Cependant la surinfection par le CMV reste de mauvais pronostic car outre une morbidité et une mortalité non négligeable, une colectomie est souvent nécessaire dans plus 1/3 des cas. En Conclusion: Chez tout patient présentant une colite ulcéreuse en poussée sévère, surtout s'il est corticodépendant, une recherche systématique du CMV doit être réalisée, non seulement par biopsies mais surtout par la recherche de l'Ag sérique du CMV. Un traitement rapide et adéquat par un antiviral permet d'éviter dans près de 2/3 des cas une colectomie. Références : 1) Intractable Ulcerative Colitis caused by CytomégaloVirus infection. Yoko Wada et al. Dis. Colon Rectum 2003 Oct ;46 :S59-65 2)Prevalence of Cytomegalovirus infection in IBD patients. Dis Colon Rectum.2004 Mars 25 3) Refractory Ulcerative Colitis complicated by a CMV requiring surgery : report of a case. Surg today.2004;34(1):68-71 4)Systémic CytomégaloVirus infection complicating ulcerative colitis: a case report and review of literature. Postgrad Med J 2004;80:233-235 5) CMV infection in severe refractory ulcerative and Crohn's colitis. Am J Gastroenterol 2001; 96:3464-5 6) Outcome of Cytomegalovirus infection in patients with IBD Am J Gastroenterol 2001; 96:2137-42