

11 - Ascite et maladie de Crohn...est ce vraiment un Crohn ?

Olivier Caliez, Isabelle Rosa, Mathias Vidon, Julia Roux, Alix Portal, Laurent Costes, Hervé Hagège

Nous rapportons deux cas cliniques de patients avec une ascite et une atteinte digestive du grêle évoquant fortement une maladie de Crohn.

Cas n° 1 :

Il s'agit d'un homme de 32 ans dont la famille est originaire de Côte d'Ivoire, né en France. Il présente en aout 2017 un épisode de vomissement, une diarrhée liquidienne faite de 5 à 6 selles, des douleurs abdominales spastiques péri-ombilicales, des douleurs lombaires matinale avec un déroulage inférieur à 30 minutes, un syndrome de Koenig et une perte de poids de 12kg en 3 mois. En septembre il est hospitalisé pour syndrome sub-occlusif associé à un syndrome inflammatoire biologique avec une CRP à 214mg/L. Une coloscopie met en évidence une atteinte iléale avec ulcération en rail de 20x4mm, des plages inflammatoires et érosives sur 25cm, l'anatomo-pathologie confirme une iléite sans avec une composante lymphoïde hyperplasique abondante d'aspect polymorphe sans granulome épithélioïde spécifique. Le reste du bilan endoscopique est macroscopiquement normal. Une entéro-IRM met en évidence une iléite segmentaire et épanchement péritonéal. Une IRM du bassin élimine une sacro-iliite inflammatoire. La présence d'ascite fait suspecter une tuberculose péritonéale et réaliser en octobre une coelioscopie exploratoire qui met en évidence un épanchement séreux de 350mL (protides à 37g/L), l'exploration du grêle le décrit comme d'aspect de maladie de Crohn au niveau jéjunal proximale saignant au contact, avec hyperhémie péritonéale diffuse. L'IDR, le QUANTIFERON® et prélèvements per-opératoire pour la tuberculose sont négatifs. Un traitement par corticothérapie et un traitement par INFLIXIMAB est initié. L'évolution initiale est favorable avec résolution du syndrome sub-occlusif et régression complète du syndrome inflammatoire biologique. En novembre, à un mois de l'initiation du traitement, en cours d'induction, le patient présente une augmentation progressive du périmètre abdominal, une récurrence de diarrhée (6 selles liquides non glairo-sanglante), et une toux sèche associée à une dyspnée. L'examen physique met en évidence une ascite et un épanchement pleural bilatéral. Une ponction pleurale est réalisée met en évidence épanchement exsudatif (protides à 30g/L) lymphocytaire (8200 éléments, 6500 hématies, 33% de lymphocytes). Le bilan est complété par des biopsies pleurales qui permettront d'établir le diagnostic de ...

Cas n°2 :

Il s'agit du cas d'un homme de 20 ans, sans antécédent. Il présente en octobre 2017 un tableau aigu d'hématémèse et de méléna. Au décours il a une douleur épigastrique permanente, des épisodes itératifs de diarrhée faite de 3-4 selles par jour non glairo-sanglante et une altération de l'état général avec perte de poids de 10kg. Un bilan biologique met en évidence une anémie (11,3g/dL) ferriprive (ferritine à 7mg/L), un bilan endoscopique (EOGD et coloscopie) réalisé en décembre 2017 est normal et une entéro-IRM réalisée en janvier 2018 est normale hormis une lame d'épanchement du cul de sac de Douglas. En mars 2018 une exacerbation douloureuse hypogastrique, une défense abdominale en FID et hypogastre et un syndrome inflammatoire biologique avec CRP à 301mg/L et GB 10.5G/L font réaliser un TDM abdomino-pelvien qui met en évidence un abcès profond pelvien de 30x20mm associé à un épanchement du cul de sac de Douglas. Une antibiothérapie par ROCEPHINE, FLAGYL et GENTAMICINE est initiée avec une évolution clinique favorable et une régression du syndrome inflammatoire biologique. Une entéro-IRM est réalisée et met en évidence une atteinte du grêle en centro-pelvien avec épaississement et rehaussement pariétal, sans abcès, cependant l'atteinte est uni-focale et respecte la région de la dernière anse iléale. Cette présentation atypique fait réaliser une coelioscopie exploratoire qui met en évidence une agglutination de deux anses grêles correspondant au diagnostic de ...