

# Une colite ischémique particulière


Norman Horat, Raffaele Rosso, Camille Remy, Luca Giovannacci

Service de Chirurgie, Hôpital Régional de Lugano

## Description du cas



Un homme de 56 ans se présente aux Urgences pour des douleurs abdominales accompagnées de rectorragies. Dans ses antécédents, on note une diverticulose colique connue depuis sept ans, compliquée de diverticulite traitée conservativement. Il souffre de rhinite allergique et d'asthme léger, traités par de la cétirizine, et du budésonide au besoin. Il prend par ailleurs de l'ibuprofène en cas de douleurs musculaires. On retrouve dans les antécédents familiaux un carcinome du côlon.

Le patient est un homme en bonne santé habituelle, qui pratique régulièrement le sport. Ces derniers quatre jours, son activité physique a été particulièrement intense comportant des efforts importants et soutenus: 75 kilomètres de bicyclette, plusieurs heures de fitness chaque jour. Les symptômes ont débuté deux jours plus tôt, avec des douleurs postprandiales de type crampiforme dans l'hypogastre, des sensations de lourdeur et de gonflement, suivies de rectorragies peu après. Les heures passant, les douleurs ont diminué mais la rectorragie a persisté. Le patient n'a pas pris de médicaments. Il relate dans ses antécédents une vingtaine d'épisodes similaires spontanément résolutifs en 24 heures. La persistance des symptômes l'amène à consulter.

Cliniquement, le patient semble en bonnes conditions générales. Il est hémodynamiquement stable, normocarde et eupnéique. Il est apyrétique. L'abdomen est globuleux, souple et déprimable, avec une douleur provoquée à la palpation profonde en hypogastre et en fosse iliaque gauche, sans péritonisme. Les borborrygmes sont de tonalité et fréquence normales. L'examen rectal relève la présence de selles et de sang frais dans l'ampoule rectale. Les premiers examens de laboratoire montrent une CRP à 8 mg/l et 11 000 leucocytes. Entre-temps, l'hémorragie cesse de manière spontanée. Soupçonnant initialement une diverticulite, on pratique un scanner abdominal. Celui-ci montre un épaississement de la muqueuse et de la paroi du côlon depuis l'angle colique gauche jusqu'au sigmoïde. Plus loin, on aperçoit des diverticules sans signes de diverticulite (fig. 1 ).

Devant le caractère soudain et crampiforme des douleurs associées à la rectorragie, et au vu des résultats du scanner abdominal, on évoque la possibilité d'une colite ischémique. Le patient est donc hospitalisé.

La colonoscopie confirme la diverticulose du sigmoïde et montre des suffusions hémorragiques avec des lésions étalées couvertes de fibrine, ceci jusqu'à l'angle colique gauche. Les lésions disparaissent complètement à partir du côlon transverse. Aucun polype n'est visible

et la partie adjacente du côlon se présente comme normale. L'aspect endoscopique est typique d'une colite ischémique (fig. 2 ). L'histologie met en évidence une muqueuse colique amincie avec un épithélium de surface partiellement érodé et qui a tendance à se détacher de la membrane basale. Les cryptes intestinales sont légèrement dilatées et présentent un épithélium aplati avec des aspects focaux nécrotiques. La *lamina propria* montre un infiltrat inflammatoire léger avec extravasations hématiques. Il s'agit d'un cas de colite érosive aiguë compatible avec des dégâts ischémiques (fig. 3 .

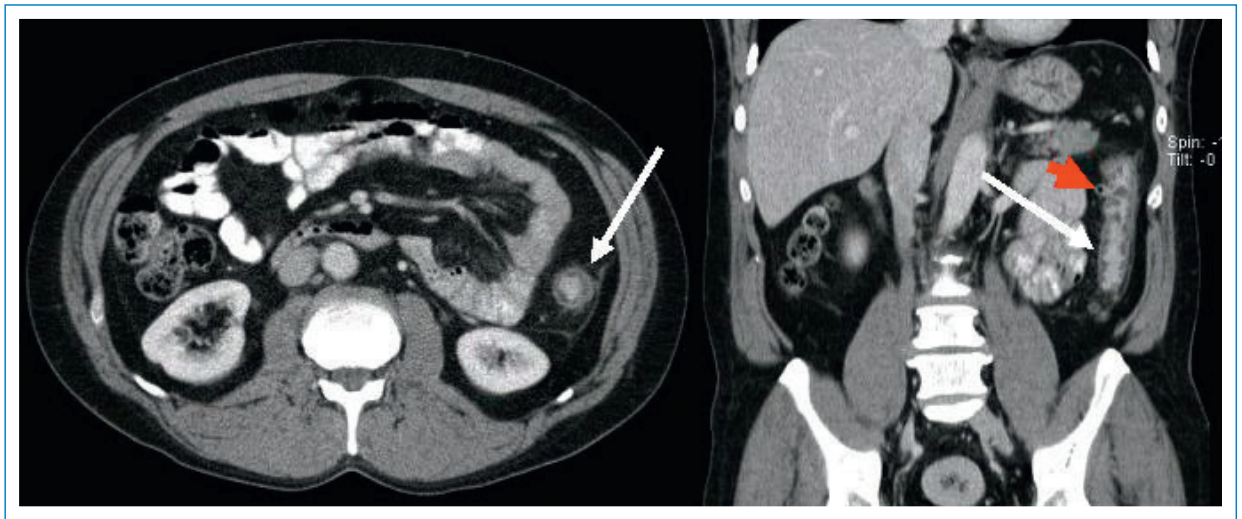
Pendant l'hospitalisation, le patient ne présente plus de rectorragie, et ne fait aucune complication. Il quitte l'établissement après deux jours, dans de bonnes conditions générales, avec la recommandation d'éviter les excès d'activité physique.

Six semaines plus tard, le patient réalise un contrôle ambulatoire angiologique avec examen duplex mésentérique. Ce dernier montre une aorte abdominale bien perfusée et une macropfusion normale des artères principales (tronc coeliaque, artères mésentériques supérieure et inférieure).

Durant les mois suivants, le patient reste asymptomatique et reprend progressivement la bicyclette.

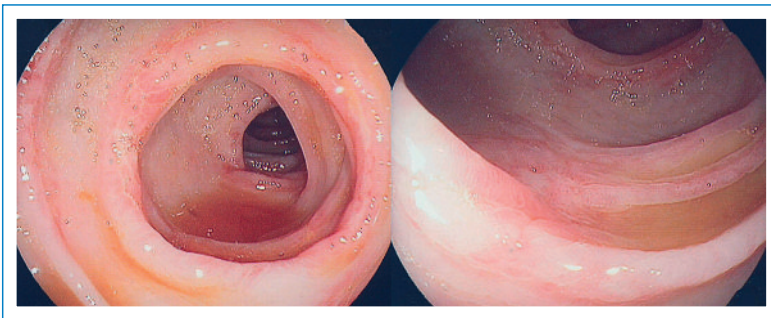
## La colite ischémique

La colite ischémique (CI) est une entité clinique qui comprend l'ensemble des lésions secondaires dues à une anoxie d'origine circulatoire, artérielle ou veineuse, aiguë ou chronique, de la paroi du côlon et/ou du rectum. On peut distinguer trois formes de CI selon l'importance de la nécrose des tissus: la CI aiguë transitoire non gangréneuse et réversible (65%); la CI aiguë gangréneuse qui comporte des lésions irréversibles et peut évoluer vers la perforation (20%); la CI sténosée qui présente une nécrose plus marquée générant une fibrose cicatricielle (15%) [1]. Les CI sont souvent multifactorielles et les mécanismes de formation des lésions ischémiques se divisent en deux grands groupes: obstructifs et hémodynamiques. Les mécanismes les plus fréquents sont ceux hémodynamiques ou non obstructifs dus à une diminution du flux sanguin et dont les causes peuvent être multiples (choc hypovolémique, cardiaque ou septique, déshydratation, médicaments, cocaïne, efforts physiques prolongés). Moins fréquemment, elles sont de type obstructif avec dérangement de la macro- ou microcirculation de type aigu ou chronique [2]. La CI constitue l'accident vasculaire digestif le plus fréquent: Elle représente en effet 50 à 60% de toutes les affections vasculaires du



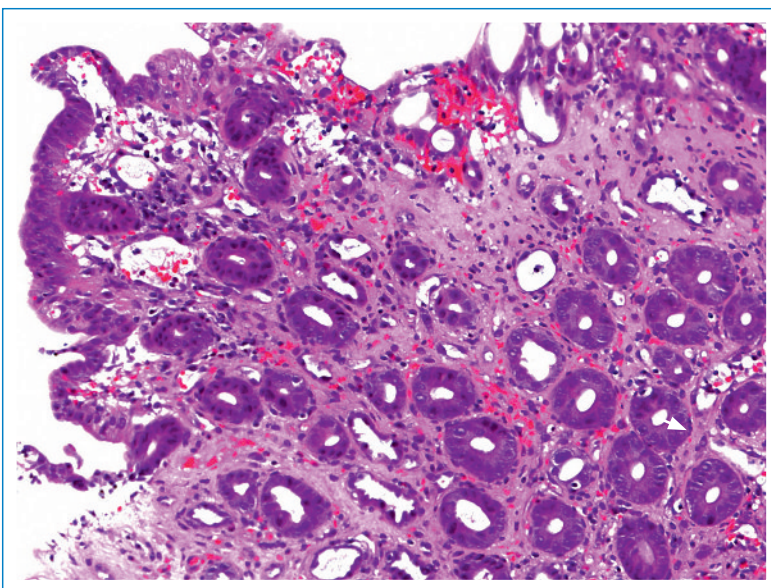
**Figure 1**

Scanner abdominal. La paroi du côlon descendant est épaissie (flèche blanche), on note un diverticule sans signes d'inflammation péridiverticulaire (flèche rouge).



**Figure 2**

Vue endoscopique du côlon avec présence de suffusions hémorragiques et plaques de fibrine.



**Figure 3**

Examen histologique. La muqueuse colique est amincie. L'épithélium de surface est partiellement érodé et se détache de la membrane basale. Les cryptes intestinales sont légèrement dilatées et présentent un épithélium aplati avec des lésions focales nécrotiques. La lamina elle-même montre un léger infiltrat inflammatoire avec extravasation d'hématies.

tractus digestif et est responsable de 3 à 10% des hémorragies digestives basses [3–6].

Dans la littérature, la CI chez les sportifs suite à une intense activité physique est bien documentée. Les possibles mécanismes de l'ischémie incluent une combinaison de vasoconstriction splanchnique, d'augmentation de production de catécholamines, de déshydratation, d'hypothermie [7]. On peut donc conclure que la CI est la manifestation extrême du phénomène commun de la réduction du flux sanguin mésentérique induit par l'exercice physique [8]. La réduction du flux splanchnique pendant l'exercice physique à intensité maximale peut atteindre 80% [9].

Il a été souligné que pendant ou après un marathon, 60% des athlètes rapportent des symptômes gastro-intestinaux avec sensation de gonflement, douleur épigastrique, crampes abdominales, diarrhée et incontinence fécale [10]. Ces symptômes gastro-intestinaux sont plus fréquents chez les coureurs, mais peuvent aussi se présenter chez d'autres types d'athlètes, tels les cyclistes, les joueurs de rugby ou les plongeurs [11–13].

Une évaluation auprès d'athlètes qui pratiquent des sports qui engendrent des efforts prolongés révèle que dans plus de 85% des cas il y a des saignements occultes, surtout dans le tractus gastro-intestinal distal [14]. Les lésions peuvent impliquer des aires plus ou moins vastes du côlon. En revanche, les lésions de la paroi interne du côlon visibles en endoscopie restent exceptionnelles [15]. Dans la majorité des cas de colite ischémique suite à des efforts physiques, le traitement conservateur suffit. Un apport de liquides, le maintien à jeun, et une analgésie adaptée permettent presque toujours de résoudre les symptômes aigus [8]. L'indication d'une intervention chirurgicale reste exceptionnelle [7].

## Conclusions

Ces dernières décennies, on a assisté à la naissance d'une vision de «vie salubre» avec l'activité physique

vécue comme unique compensation au stress de l'activité professionnelle ou aux mauvaises habitudes alimentaires. Ce phénomène a engendré une augmentation des activités physiques excessivement intenses auprès de sportifs amateurs. Médecins et chirurgiens sont de ce fait confrontés de manière croissante à ces cas de colite ischémique due à un effort physique [7]. Le cas discuté ici souligne l'importance de l'anamnèse et du suivi clinique dans le diagnostic de ce type particulier de colite ischémique. Le traitement est de type conservateur dans la plupart des cas.

#### Remerciements

Les auteurs remercient le Dr B. Miazza (Service de Gastroentérologie OCL), le Dr R. Canevascini (Service d'Angiologie OCL) et U. Perriard de l'Institut Cantonal de Pathologie de Locarno.

#### Correspondance:

Dr Norman E. Horat  
Medicina Interna  
Ospedale Regionale di Lugano  
Via Tesserete 46  
CH-6900 Lugano  
[drhorat@gmail.com](mailto:drhorat@gmail.com)

#### Références

- 1 Marston A, Pheils MT, Thomas L, Morson BC. Ischaemic colitis. *Gut*. 1966;7:1-15.
- 2 Toursarkissian B, Thompson RW. Ischemic colitis. *Surg Clin North Am*. 1997;77:461-70.
- 3 Brandt LJ, Boley SJ. Colonic ischemia. *Surg Clin North Am*. 1992;72:203-29.
- 4 Gandhi SK, Hanson MM, Vernava AM. Ischemic colitis. *Dis Colon Rectum*. 1996;39:88-100.
- 5 Petit A, Guédon C, Duhamel CG. Colites ischémiques «ambulatoires», Aspects cliniques, évolutifs et étiologiques de 88 cas. *Gastroenterol Clin Biol*. 1990;14:739-43.
- 6 Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding. Part II: etiology, therapy, and outcomes. *Gastrointest Endosc*. 1999;49:228-38.
- 7 Cohen DC, Winstanley A, Engledow A, Windsor AC, Skipworth JR. Marathon-induced ischemic colitis: why running is not always good for you. *Am J Emerg Med*. 2009;27:255.e5-7.
- 8 Sanchez LD, et al. Ischemic colitis in marathon runners: a case-based review. *J Emerg Med*. 2006;30(3):321-6.
- 9 Clausen JP. Effect of physical training on cardiovascular adjustments to exercise in man. *Physiol Rev*. 1977;57:779-815.
- 10 Sullivan SN, Wong C, Heidenheim P. Does running cause gastrointestinal symptoms? A survey of 93 randomly selected runners compared with controls. *NZ Med J*. 1994;107:328-31.
- 11 Peters HP, Bos M, Seebregts L, et al. Gastrointestinal symptoms in long-distance runners, cyclists and triathletes: prevalence, medication and etiology. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:1570-81.
- 12 Babic Z, Papa B, Sikirika-Bosnjakovic M, et al. Occult gastrointestinal bleeding in rugby player. *J Sports Med Fitness*. 2001;41(3):399-402.
- 13 Goumas K, et al. Acute ischemic colitis during scuba diving: Report of a unique case. *World J Gastroenterol*. 2008;14(20):3262-5.
- 14 Porter AM. Do some marathon runners bleed into the gut? *Br Med J*. 1983;287:1427.
- 15 Heer M, Repond F, Hany A, Sulser H, Kehl O, Jäger K. Acute ischaemic colitis in a female long distance runner. *Gut*. 1987;28:896-9.