

Colloque de pathologie digestive

Chlef le 21/05/2011



Drs. Bouzana, Abid, Cheraïtia, Immessaoudene et Messabis

L'Association du Corps Médical Privé de la wilaya de Chlef (ACMPC) a organisé un colloque de formation médicale continue consacré aux pathologies digestives le 21/05/2011 au Centre cultural Islamique de la ville, colloque auquel ont participé plus de 200 médecins de la wilaya.

Au cours de la première séance, le **Pr. Immessaoudene** de l'hôpital de Kouba a traité des **lésions caustiques du tractus supérieur**. L'oratrice définira ce qu'est un caustique " *Toute substance susceptible du fait de son pH ou de son pouvoir oxydant d'induire des lésions tissulaires*". Par ordre de fréquence (domestiques) : Oxydants 38%, Bases 34% ; Acides 17%. La gravité dépend du pH, de la viscosité, des formes et quantités ingérées. Après avoir précisé qu'il s'agit d'une urgence diagnostique et thérapeutique nécessitant une prise en charge médicochirurgicale pluridisciplinaire en unité disposant d'endoscopie. Si l'évolution est le plus souvent bénigne, une brûlure grave peut engager le pronostic vital et fonctionnel avec une mortalité globale proche de 5-10%. Chez l'enfant la cause est généralement accidentelle alors que chez l'adulte, il peut s'agir d'une tentative de suicide le plus souvent mais il peut s'agir également d'un accident. Il faut noter la prédominance féminine. En matière de prise en charge, il faudra recueillir auprès du patient ou de l'entourage, les renseignements sur le caustique, les circonstances d'intoxication. **A Proscrire: SNG, vomissement, pas d'antidote, boire, lavage gastrique** et assurer la liberté des voies aériennes.

L'examen clinique (Conscience, pouls, TA, Température, Examen clinique complet), biologique (Bilan préopératoire, coagulation, gazométrie, toxicologie sang et urine), radiologique (téléthorax, ASP) permettront de distinguer 2 situations : **Détresse vitale** (signes de gravité : Signes de péritonite, État de choc, Hypoxie acidose, Troubles neurologiques, Ingestion massive >150ml, Hémorragie massive) → **Chirurgie en urgence**. En dehors de ce tableau de détresse vitale, il faudra faire une triple évaluation : Digestive, Bronchique, et ORL.

L'endoscopie digestive permet de classer les lésions en **Stade 0** : examen normal ; **Stade 1** : œdème, hyperhémie, pétéchies ; érythème muqueux ; **Stade 2** : ulcérations muqueuses (2A superficielle linéaire, ou ronde- ! 2B profonde et ou circonférentielle) ; **Stades 3** : nécrose (3A nécroses localisées - ! 3B étendues à tout l'œsophage ou l'estomac) et **Stade 4**: destruction pariétale. Le traitement à la phase aigue :

Stade 0 ou 1: Reprise de l'alimentation dès la disparition des douleurs ; Hospitalisation 24H ; Aucune séquelle digestive ; Pas de contrôle endoscopique ; Prise en charge psychologique.

Stade 2 : à jeun une semaine (NPT), Réaliser FOGD de contrôle : soit cicatrisation, Réalimentation et contrôle à un mois ; soit ulcérations persistantes étendues (2B)(Risque de mortalité 10%, Complications 70%) : Laisser le patient à jeun ; Jéjunostomie d'alimentation ; ! Réaliser une nouvelle évaluation à 6-8 semaines.

Stade 3 : localisé à l'estomac : Gastrectomie totale + anastomose oeso-jéjunale +Jéjunostomie d'alimentation ou gastrectomie+ œsophagectomie jusqu'en zone saine ou encore oeso-gastrectomie totale par stripping.

Stade 3 : œsophagien (3A : tiers moyen et distal, réévaluer les lésions, après 24h) Si pas de progression : surseoir à l'intervention, poursuite de la nutrition artificielle (évolution vers la sténose) Si progression : œsophagectomie

3B: Œsophagectomie par stripping + jéjunostomie +œsophagostomie cervicale

Stade 4 : chirurgie en urgence : réaliser une fibroscopie bronchique ; Œsophagectomie par stripping si arbre trachéobronchique sain. Œsophagectomie par thoracotomie droite. Les 2 interventions s'associent à une gastrectomie totale, jéjunostomie d'alimentation et œsophagostomie.

Mais le plus important reste la prévention : Respecter l'étiquetage des produits ; utilisation des bouchons spéciaux ; ne pas transvaser les produits ; produits ménagers hors de la portée des enfants.



Drs. Benkhaled, Abid, Immessaoudene & Messabis

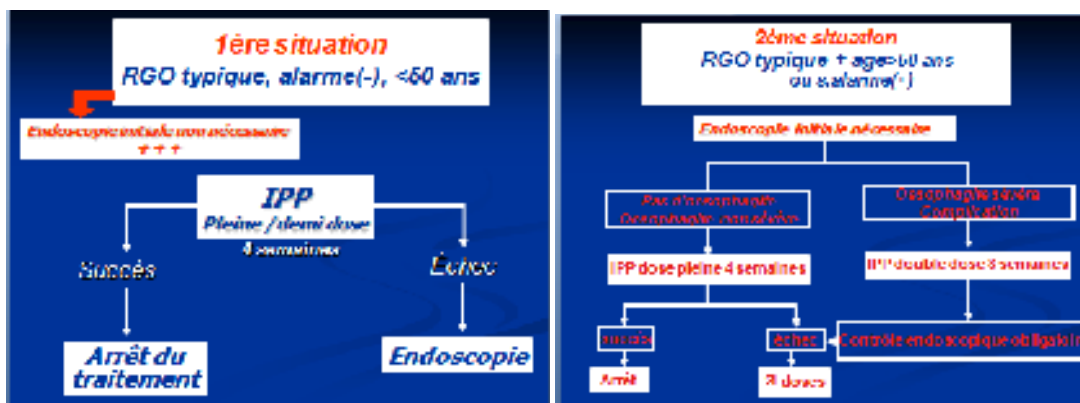
La 2^{ème} intervention de cette matinée a été celle du **Pr. Abid** du service de chirurgie de l'hôpital Bologhine qui traitera du **reflux gastro-œsophagien** qui se définit comme le passage dans l'œsophage d'une quantité plus ou moins importante du contenu gastrique (Le plus souvent acide). Ce RGO est physiologique lorsqu'il est bref, postprandial, asymptomatique et n'entraîne aucune complication. Il devient pathologique s'il est répété, prolongé, symptomatique et/ou s'il entraîne une œsophagite. L'intérêt d'aborder cette affection est dû au fait qu'il s'agit du symptôme gastro-intestinal le plus fréquent (20 et 40% population) que s'il s'agit d'une affection bénigne, son évolution chronique : altère la qualité de vie ! Que même s'il s'agit d'une pathologie bénigne, il peut avoir des conséquences parfois graves (sténose **peptique**, **endobrachyœsophage**, **cancer ++**).

La physiopathologie du RGO est multifactorielle mais fait intervenir principalement une défaillance du Sphincter Inferieur de l'œsophage. Les épisodes de RGO s'observent surtout lors des relaxations transitoires du SIO qui sont des relaxations spontanées, survenant en dehors de toute déglutition. Sur le plan clinique, il se traduit par des brûlures rétro-sternales, ascendantes ; des régurgitations: remontée du contenu gastrique acide jusqu'au niveau pharyngé sans effort de vomissement (association des deux: Pyrosis)

Les symptômes de complication sont à rechercher systématiquement. Avant 50 ans, en présence de symptômes typiques et s'il n'existe pas de signe d'alarme (dysphagie, amaigrissement,

anémie), aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Si les symptômes de RGO sont atypiques, l'endoscopie est indiquée en première intention. Elle permet le diagnostic lorsqu'elle découvre une œsophagite. En l'absence d'œsophagite, lorsque les symptômes sont atypiques ou lorsque des symptômes typiques résistent au traitement médical, une pH-métrie est indiquée pour faire le diagnostic de reflux acide pathologique. Après 50 ans, on préconise d'emblée de procéder à une endoscopie haute afin de ne pas méconnaître une autre cause, une lésion associée ou un endobrachyœsophage. L'endoscopie permet d'affirmer le diagnostic de RGO lorsqu'elle découvre une œsophagite définie par des pertes de substance au moins épithéliales (érosives), rarement profondes (ulcérées). La pH-métrie œsophagienne des 24 heures est l'exploration fonctionnelle la plus sensible pour diagnostiquer un RGO acide pathologique. Il peut exister cependant une variabilité des résultats chez un même malade avec le temps.

Le but du traitement est d'éliminer les symptômes, guérir l'œsophagite, traiter et/ou prévenir les complications, maintenir la rémission. Les armes thérapeutiques sont dominées par des règles hygiéno-diététique, les alginates et les anti-H2 mais surtout les IPP qui ont marqué une révolution dans la prise en charge thérapeutique. En cas de sténose les dilatations endoscopiques trouvent une indication de même que la chirurgie en cas d'échec du traitement médical ou de traitement des complications.



Protonex

Melle **Messabis** des laboratoires Abdi Ibrahim présentera le Pantoprazol (Protonex), inhibiteur de la pompe à Proton mis sur le marché mondial en 1994, qui a bénéficié de plus de 406 études cliniques, dont l'inhibition sécrétoire maximale est supérieure à celle de l'oméprazole et de la ranitidine et qui soulage les symptômes du RGO rapidement (dès le 1er jour) avec une action plus prolongée que celle des autres IPP. Le Pantoprazole est recommandé en 1ère intention dans le traitement de l'œsophagite par RGO et dans l'ulcère gastroduodénal. L'oratrice signalera que son coût a pratiquement diminué de moitié et tous les pharmaciens détenteurs de quantité avec l'ancien prix ont été invités à se rapprocher de la firme pour échange avec les nouvelles vignettes.

Les durées de traitement par IPP recommandées par l'AFSSAPS*

Pathologie	Durée de Traitement (Semaines)
Œsophagite par RGO	4-8
Ulcère duodénal évolutif	4
Ulcère gastrique évolutif	4-8
Éradication de <i>Helicobacter Pylori</i>	1+(3-7)
Syndrôme de Zollinger-Elliser	Selon la réponse clinique
État pathologique hyperacides	Selon la réponse clinique

Le **Dr. Cheraïtia** du service de médecine interne de l'hôpital Bologhine traitera quant à elle du **traitement actuel de la maladie ulcéreuse gastroduodénale**. La maladie ulcéreuse gastroduodénale (MUGD) est une pathologie fréquente dans notre pays, elle présente une morbidité et un risque de survenue de complications (perforation, hémorragie, sténose) et a des conséquences socio-économiques (absentéisme, coût des explorations et des traitements). Sa prise en charge a été révolutionnée par la découverte de l' *Helicobacter pylori* (*Hp*).

Sur le plan, clinique: il peut s'agir de douleur ulcéreuse typique 50% des cas ou atypique (nausées, vomissements, ballonnements,..) ; il peut s'agir également de forme non douloureuse dans 30 – 40% ; ou encore l'UGD peut de révéler dans 20% des cas par une complication (33% des perforations, 18-50% des hémorragies).

Le Diagnostic est Endoscopique. Il précise le siège et la taille de l'ulcère. Tout ulcère gastrique ou duodénal → Biopsies antrales à la recherche d'*Hp* et si prise d'IPP récente → Biopsies fundiques.

Les buts du traitement (Recommandations actuelles) sont : l'éradication de l'*H. pylori* chez tous les ulcéreux après confirmation du statut *Hp* ; la cicatrisation rapide de l'ulcère avec raccourcissement de la durée de la période douloureuse ; la prévention de la récurrence et des complications des UGD et ce, grâce à un traitement ayant le meilleur rapport coût/efficacité.

Règles hygiéno-diététiques : Suppression **tabac ++**, Lutter contre le stress (activité sportive, vacances,.....) ; Arrêt des traitements gastrottoxiques ; Expliquer pour s'assurer de l'observance du traitement. Le traitement comprend une **Trithérapie** : un anti sécrétoire + Deux antibiotiques :

- **Anti sécrétoires:** En première intention IPP ; AntiH2 si CI IPP
- **Antibiotiques:** Amoxicilline ; Clarithromycine ; Imidazolés

Schémas d'éradication d'*Helicobacter Pylori* (Maastricht III)

	ANTI-SÉCRÉTOIRE (IPP)	ANTIBIOTIQUES	DURÉE DE TRAITEMENT
Prise en charge de PREMIÈRE LIGNE	IPP	CLARITHROMYCINE 1g + AMOXICILLINE 1g	14 JOURS
Si contre-indication aux Fluoroquinolones Si contre-indication à la clarithromycine		CLARITHROMYCINE 1g + IMIDAZOLIS 1g AMOXICILLINE 1g + DIDAZOLIS 1g	
Prise en charge de DEUXIÈME LIGNE	IPP	AMOXICILLINE 1g + DIDAZOLIS 1g	14 JOURS
Traitement de TROISIÈME LIGNE	IPP	LEVAFLOXACINE 1g + DIDAZOLIS 1g	14 JOURS

[Maastricht III 2006, Egge 2008]



Vue de l'auditoire pendant ce colloque



Drs. Cheraitia, Ould Gougam, Lounes et Taharbouchet.

Le **Dr. Ould Gougam**, lors de la 2ème séance traitera du **syndrome du colon irritable**, (colopathie fonctionnelle, colopathie spasmodique, névrose colique...), qui fait partie des troubles fonctionnels intestinaux, motif fréquent de consultation et d'exploration, Altérant la qualité de vie du patient, à la physiopathologie multifactorielle, de diagnostic clinique et de traitement symptomatique avec un retentissement économique considérable. Il s'agit d'une affection fonctionnelle bénigne, chronique, associant de façon variable : Douleur ou inconfort abdominal, Troubles du transit intestinal (constipation et/ou diarrhée) et Ballonnement abdominal. Les critères de diagnostic les plus utilisés sont ceux de Rome II en 1999 puis de Rome III en 2006, ayant pour but de faciliter le diagnostic. $\frac{1}{4}$ de la population rapporte des symptômes évoquant un SII et 30 à 50 % des consultations des Gastro-entérologues ainsi que 12% en Médecine générale. Le diagnostic initial : 2ème ou 3ème décade de la vie. Le début à un âge plus tardif est rare. Plus fréquent chez la femme (Ratio 2 à 3 F/1H).il s'agit d'une maladie multifactorielle : elle serait en rapport avec des modifications de la motilité intestinale, une hypersensibilité viscérale, des troubles de l'interaction cerveau-intestin, des troubles du traitement central, des événements autonomes et hormonaux, des facteurs génétiques et environnementaux, des séquelles post infectieuses ainsi que des troubles psychologiques. Le Bilan initial minimal comprend : un bilan biologique standard : FNS, VS, CRP ; Anticorps spécifique de la Maladie cœliaque et une parasitologie des selles.

Le but du traitement est de diminuer l'intensité et la fréquence des symptômes, améliorer la tolérance de la maladie et la qualité de vie ; réduire le retentissement psychologique et permettre une vie socioprofessionnelle et personnelle aussi normale que possible. Trois approches sont proposées : des conseils diététiques ; un traitement pharmacologique ; dans certaines équipes, une prise en charge non médicamenteuse.

Critères de Diagnostic, Rome III

Douleur abdominale ou inconfort digestif (sensation abdominale désagréable non douloureuse) survenant au moins 3 jours par mois durant les 3 derniers mois associée avec au moins 2 des critères suivant :

- Amélioration par la défécation
- Survenue associée à une modification de la fréquence des selles
- Survenue associée à une modification de la consistance des selles.

Les sous-groupes se définissent en fonction de la consistance des selles selon l'échelle de Bristol (Fig. 1).

SII avec constipation prédominante (C-SII) : Bristol 1- 2 \geq 25 % du temps, Bristol 6-7 \leq 25 % du temps.

SII avec diarrhée prédominante (D- SII) : Bristol 6-7 \geq 25 % du temps, Bristol 1-2 \leq 25 % du temps.

SII avec alternance diarrhée-constipation (M-SII) : Bristol 1- 2 \geq 25 % du temps et Bristol 6-7 \geq 25 % du temps.

SII non spécifié : absence de critères suffisants pour répondre aux critères du C-SII, D-SII ou M-SII.



Drs. Taharbouchet, Abid, Lounes, Immessaoudene et Ould Gougam.

Le **Dr. Lounes** abordera la CAT devant une **maladie coéliqua de l'adulte(MC)**, entéropathie inflammatoire chronique auto-immune induite par l'ingestion de gluten chez les sujets génétiquement prédisposés, exprimant une molécule du système HLA de classe II de type DQ2 et/ou DQ8. Il s'agit d'une affection multifactorielle en rapport avec une interaction du gluten avec des facteurs environnementaux, immunologique et génétiques. En Algérie la prévalence (sous-estimée) serait comprise entre 1/278 et 1/917. Cette prévalence augmente chez les sujets à risque (apparentés de MC, diabète type I, thyroïdite, déficit en IgA). Les manifestations cliniques sont très variables. Dans la forme classique (10-20 % des cas) on retrouve une diarrhée, un amaigrissement, des douleurs abdominales, des signes biologiques de malabsorption. Dans les formes atypiques ou frustrées (les plus fréquentes), il peut s'agir d'une anémie, d'une hépatopathie, d'aphtes récidivants, d'obésité, de signes neurologiques, de signes rhumatologiques etc... Le diagnostic est basé sur des tests sérologiques, une duodénoscopie avec biopsies. Le traitement ne doit commencer qu'après une évaluation complète (sérologie + biopsie) et comprend un régime sans gluten à vie.

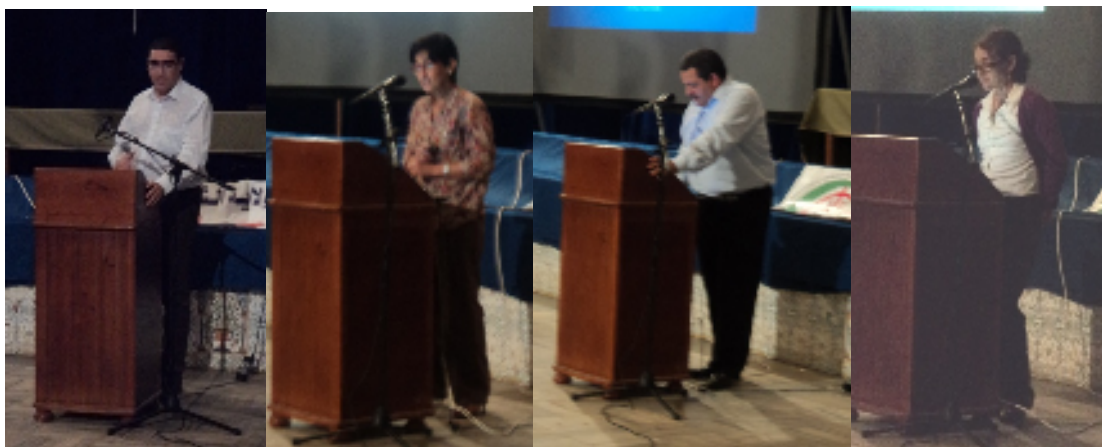
Le Pr. Taharbouchet à travers quelques observations caractéristiques abordera l'**atteinte digestive des maladies de système**. Cette atteinte digestive est de fréquence, de siège et de nature variable selon la maladie systémique en cause. Parmi les cas cités nous rapportons les suivants :

- Femme de 60 ans suivie depuis 15 ans pour sclérodermie, souffre de pyrosis et de constipation chronique.
- Fille 12 ans, opérée en urgence d'une pancréatite aiguë nécrotique. En postopératoire, le chirurgien note un érythème facial en « ailes de papillon ».
- Fille de 8 ans adressée en médecine interne pour prise *en charge de maladie de Crohn*.et chez laquelle une fibroscopie OGD pour Douleurs abdominales révèle un « aspect pétéchiial du duodénum ». les biopsies duodénales : « granulome sans nécrose caséuse » évocateur de maladie de Crohn. Cependant un examen clinique: Purpura pétéchiial et papuleux (infiltré) des MI. Plaquettes : 350 000/ml. le diagnostic est celui de **purpura rhumatoïde**.
- Homme 38 ans suivi pour maladie de Behcet (aphtose buccale et génitale récurrente, uvéite antérieure, pseudo-folliculite cutanée) se plaint de douleurs abdominales, nausées et vomissements, depuis 6 semaines.



Erythème en vespertilion -purpura rhumatoïde

En conclusion, le Pr. Taharbouchet précisera que l'atteinte digestive des maladies systémiques est consécutive à l'atteinte des petits vaisseaux. Celle-ci est inflammatoire (vascularite), fibreuse, ischémique, ou liée à une maladie de surcharge. Elle doit être connue des praticiens, notamment pour les plus fréquentes : la sclérodermie et le purpura rhumatoïde. Les traitements étiopathogéniques sont *mal codifiés* et reposent sur les corticoïdes et / ou les immunosuppresseurs.



Drs. Abid, Bendaoud, Chikhi et Arbaoui.

Le **Pr. Mourad Abid** de la clinique Debussy discutera des **Occlusions Intestinale Aigues**. Il s'agit d'un syndrome caractérisé par l'arrêt brutal, complet et permanent de la progression des matières et des gaz dans un segment intestinal, d'origine fonctionnelle ou organique. Les mécanismes et d'étiologies sont diverses. C'est une urgence médico-chirurgicale grave mettant en jeu le pronostic vital immédiat. Le diagnostic positif est avant tout clinique et radiologique (NHA). Le diagnostic étiologique a bénéficié de l'apport de la TDM. Le traitement est mécochirurgical. Des avancées en matière de traitement instrumental. Le pronostic : terrain, de l'étiologie, et surtout délai de prise en charge. Deux grands mécanismes : Les occlusions mécaniques avec substratum anatomique = Rétrécissement de la lumière intestinale et Les occlusions fonctionnelles sans substratum anatomique. Après avoir passé en revue la physiopathologie et ses conséquences générales, l'orateur présentera la clinique avec le fameux **Carré de Mondor (classique mais pas toujours complet : 1 - Douleurs abdominales ; 2 – Vomissements ; 3 - Arrêt des matières et des gaz ; 4 – Météorisme)** mais ou 2 symptômes sont toujours retrouvés : Syndrome minimum : les Douleurs abdominales et l'Arrêt des Gaz. Les butes du traitement sont de Corriger les troubles physiopathologiques et de Lever l'obstacle et rétablir un transit digestif correct aussi physiologique que possible et Supprimer la cause de l'occlusion si possible.

Les mesures de Réanimation sont :

- **Sonde naso-gastrique ou nasoduodénale de Millet Abbott**
 - ✓ Lutter contre la distension intestinale
 - ✓ Supprimer une partie du 3^{ème} secteur
 - ✓ Préviend l'inhalation dans le tractus respiratoire
- **Sonde urinaire** : Appréciation quantitative et qualitative de la diurèse minute garant d'une bonne perfusion tissulaire périphérique
- **Sonde à oxygène / Oxygénothérapie 3 – 6 l / mn**
- **Voies d'abord veineux, périphérique et centrale**
 - ✓ Bilan du malade ; Eventuellement, prise de la PVC.

Au cours de la séance de l'après midi, 3 communications traitant de la maladie de Crohn sont présentées. La 1^{ère}, celle du **Dr. CHIKHI** est intitulée **Prise en charge d'un patient atteint d'une maladie de Crohn**. Les affections inflammatoires chroniques de l'intestin pathogénie inconnue, comprenant (Crohn et Colite ulcéreuse et colite indéterminée). La MC a été décrite la 1^{ère} fois en 1932 par Crohn, elle peut affecter l'ensemble du tube digestif: de la bouche jusqu'à l'anus. La région iléocæcale est la zone de prédilection. la MC a un pouvoir invalidant considérable, car elle débute tôt dans la vie et reste chronique, évoluant par poussées entrecoupées de périodes de tranquillité de durée variable. Sa physiopathologie est multifactorielle. Elle touche l'adulte jeune entre 30 et 40 ans sans distinction de sexe. Il n'existe pas de signe pathognomonique de MICI mais le diagnostic est établi sur un faisceau d'arguments: Clin/ Biol/ Endos/ Hist/ Rx. Les scores diagnostiques (OMGE/GREC/EPIMAD...) sont complexes et inutilisables en pratique. Le diagnostic différentiel se

pose surtout lors de la **première poussée de MICI**. Il existe des tableaux chirurgicaux : Tableau d'appendicite avec douleur de la fosse iliaque droite ; Syndrome occlusif ; Abscesses ; ainsi que des formes compliquées : Occlusion ; Abscesses ; Fistule du grêle.

Manifestations extra-digestives : cutanéomuqueuses, ostéo-articulaires, oculaires, hépatobiliaires et pancréatiques, broncho-pulmonaire: bronchectasie....., cardiaques : péricardites..., atteintes rénales: calculs rénaux++, amylose secondaire (rénale et hépatique).

Aucun critère biologique spécifique de MC. L'**Endoscopie** permet diagnostic positif et différentiel, différencie MC de RCH (90% précision) : Atteintes segmentaires avec des sténoses ; Lésions ulcérées aphthoïdes ; Histologie informative : granulome épithélioïde ; Toujours faire des biopsies de la dernière anse iléale.

L'évolution est chronique, capricieuse, par poussées. Les complications générales peuvent être à type de malabsorption : par réduction de surface, par prolifération microbienne (syndrome de l'anse borgne) en amont d'une sténose. Une anémie, une ostéomalacie, une hypoprotidémie, un déficit en vitamine B12, E, D, etc... ; Infection.

Le traitement fait appel à des règles hygiéno-diététique (arrêt du tabac, pendant une poussée : régime sans résidu 3 à 4 semaines maximum ; en dehors d'une poussée: PAS de REGIME ! en pratique, revenir à un régime normal dès que les selles redeviennent consistantes)

En cas de poussée légère (150 < CDAI < 250) : sulfasalazine (Salazopyrine[®]) (4 à 6 g/j) dans les formes coliques, surtout s'il s'agit d'une première poussée ou la mésalazine (Pentasa) (4 g/j) dans les formes iléales ou iléocoliques. Rowaza. Un traitement local par lavement ou suppositoire de 5-ASA et/ou mousse de corticoïde peut être associé en cas d'atteinte basse.

Les poussées modérées à sévères (250 < CDAI < 350) : l'indication de choix de la corticothérapie. Dès la rémission clinique obtenue (CDAI < 150), la décroissance de la corticothérapie est débutée progressivement (10 mg tous les 10 j jusqu'à mi-dose puis 5 mg tous les 10 j jusqu'au sevrage). Immunosuppresseurs. L'azathioprine (Imurel[®]) a une efficacité bien établie dans les formes sévères chroniques actives de MC aux posologies respectives de 2 à 2,5 mg/kg/j. Leur délai d'action peut être long (de 6 semaines à 12 mois).

Poussée sévère : Corticoïdes : 1 mg/kg/j en I.V. + antibiothérapie. **Nutrition parentérale** exclusive si atteinte sévère avec retentissement nutritionnel ou en cas de fistule. La surveillance médicochirurgicale est étroite et l'intervention indiquée en cas de non-réponse ou de complication.

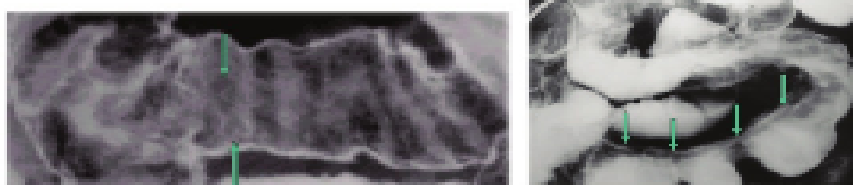
Les anti-TNF : un réel progrès : Réponse clinique rapide et souvent spectaculaire ; Prise en charge ambulatoire des formes sévères ; Réduction de l'exposition aux corticoïdes ; Cicatrisation muqueuse possible.

Le **Traitement endoscopique des sténoses** s'adresse surtout aux sténoses cicatricielles, uniques, et de longueur < 6 cm ; La présence de complication, type fistule ou abcès doit contre-indiquer ce geste ; Les complications observées sont principalement perforation et hémorragie.

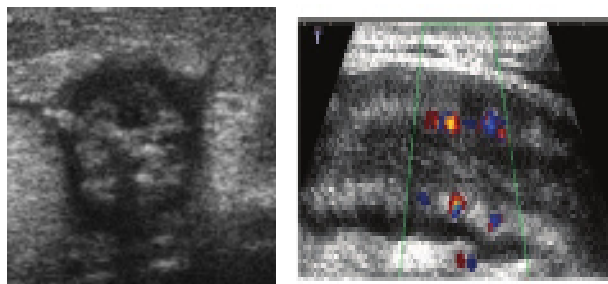
Le traitement chirurgical des lésions intestinales dues à la MC doit donc obéir à deux critères essentiels. N'opérer que les **formes compliquées et résistantes** au traitement médical, pratiquer une résection intestinale la **plus limitée possible**, enlevant les seules lésions responsables des symptômes observés.

Le diagnostic MC offre des difficultés variables selon le contexte et la présentation clinique, facile lorsque la conjonction des données cliniques /radio/endoscopiques orientent vers cette pathologie. Sous nos climats, le diagnostic différentiel avec l'entérocolite aigue infectieuse ou tuberculose intestinale peut être délicat et demander la mise en route d'explorations complémentaires spécifiques. **Le traitement dépend de la topographie et de la sévérité. La Prise en charge multidisciplinaire (généralistes, gastroentérologue, chirurgien et réanimateurs)**

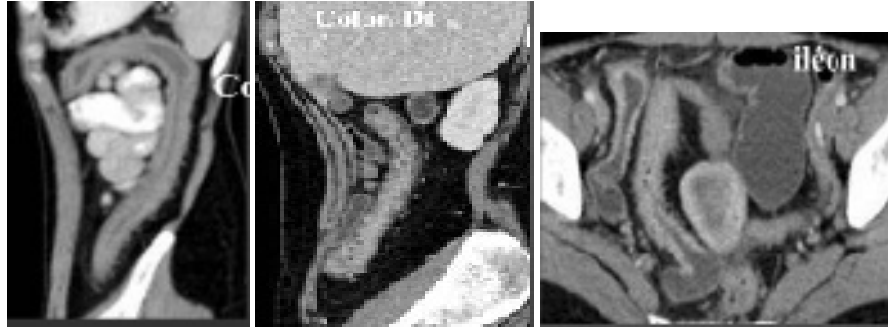
Le Dr. Bendaoud, radiologue à l'hôpital Bologhine situera **la place du radiologue dans l'exploration et le suivi de la maladie de Crohn**. Elle tentera de répondre aux questions : Quelle imagerie proposer lors des poussées, au stade chronique, lors des complications, dans les localisations ano-périnéales ? Pour l'oratrice, si l'endoscopie permet : de voir les lésions muqueuses et de faire des biopsies, Elle n'apprécie pas : l'atteinte murale, l'atteinte extra-murale, l'amont d'une sténose et les complications. Si le TOGD et le LB ont été supplantés par l'endoscopie, le transit du grêle avec ou sans entéroclyse (En voie d'être supplanté par l'imagerie en coupes) garde quelques indications: Recherche de trajets fistuleux ; Si imagerie en coupes négative, recherche d'ulcérations aphtoïdes, ulcérations en rhagade) , pour un diagnostic différentiel.



L'échographie, non invasive, reproductible, apprécie : La topographie, l'atteinte transmurale (ulcérations profondes, hyper vascularisation de la s/muqueuse), les signes péri-digestifs (fistules, abcès, sclérolipomatose).



La TDM, l'enteroscanner, le coloscanner permettent une excellente analyse de la paroi digestive, de son environnement, des viscères abdomino-pelviens ; permet des reconstructions dans les plans sagittal et coronal. Mais c'est un examen invasif, nécessitant un produit de contraste IV, irradiant.



Les différentes modalités d'imagerie en coupe sont toutes performantes dans la MC. Il faut privilégier l'IRM, aussi performante que la TDM, non irradiante pour le suivi des patients. L'IRM a une place de choix pour caractériser une sténose (inflammation / fibrose) et dans la cartographie des fistules ano-périnéales.

Le Scanner abdomino-pelvien est utile en urgence pour rechercher une occlusion, une perforation ou un abcès.

Les perspectives d'avenir sont représentées par : l'échographie de contraste, TEP - CT et IRM de diffusion, pour l'évaluation de l'activité de la MC non encore validés.

Une 3^{ème} communication sur la maladie de Crohn et plus particulièrement sur **les localisations périnéales** assez fréquentes et posant de difficiles problèmes thérapeutiques le plus souvent chirurgicaux, est abordé par le **Dr. Arbaoui**, chirurgien à l'hôpital de Kouba.

Enfin 2 autres communications, l'une par le **Dr. Ould Gougam** sur **la Prise en charge d'un sujet AgHbs positif** et l'autre par le **Pr. Abid** sur **La prise en charge d'une lithiase biliaire à l'ère de la cœliochirurgie**, clôtureront cette journée sur le plan scientifique.



Remise de présents aux orateurs par les membres de l'ACMPC

Sur le plan confraternel, social et convivial, l'assistance a eu un bref exposé du bilan de l'activité sociale en faveur des enfants des membres de l'ACMPC ainsi que des résultats du soutien

psychologique en faveur des lycéens. Enfin pour clôturer cette journée tous les orateurs venus d'Alger pour animer cette journée ont eu droit à des présents de la part de l'ACMPC.