



ROYAUME DU MAROC UNIVERSITE
MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE RABAT



Année: 2021

Thèse N°: 42

Facteurs prédictifs d'échec à la corticothérapie intraveineuse au cours des colites aiguës graves

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2021

PAR

Madame Fadwa EL BAKARI
Née le 12 Novembre 1995 à Tanger

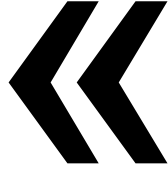
Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine

Mots Clés : Corticothérapie; Colite aigue grave; MICI

Membres du Jury :

Monsieur Aziz ZENTAR
Professeur de Chirurgie Générale
Monsieur Aziz AOURARH
Professeur d'Hépto-Gastro-Entérologie
Madame Mouna SALIHOUN
Professeur d'Hépto-Gastro-Entérologie
Monsieur Hassan SEDDIK
Professeur d'Hépto-Gastro-Entérologie

Président
Rapporteur
Juge
Juge



سبحانك ال علم لنا إال ما علمتنا إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31 

ω



UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 - 2013: Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et Estudiantines
Professeur Brahim LEKEHAL
Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Toufiq DAKKA
Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Younes RAHALI
Secrétaire Général
Mr. Mohamed KARRA

* ***Enseignants Militaires***

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz Médecine Interne – [Clinique Royale](#)
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed Médecine Interne – [Doyen de la FMPR](#)
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha Gynécologie -Obstétrique
Pr. TAZI Saoud Anas Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim Anesthésie Réanimation- [Doyen de FMPO](#)
Pr. BAYAHIA Rabéa Néphrologie
Pr. BELKOUCHI Abdelkader Chirurgie Générale
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif Chirurgie Générale
Pr. BENSOUDA Yahia Pharmacie galénique
Pr. BERRAHO Amina Ophtalmologie
Pr. BEZAD Rachid Gynécologie Obstétrique [Méd. Chef Maternité des Orangers](#)
Pr. CHERRAH Yahia Pharmacologie
Pr. CHOKAIRI Omar Histologie Embryologie
Pr. KHATTAB Mohamed Pédiatrie
Pr. SOULAYMANI Rachida Pharmacologie- [Dir. du Centre National PV Rabat](#)
Pr. TAOUFIK Jamal Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed Chirurgie Générale [Doyen de FMPT](#)
Pr. BENSOUDA Adil Anesthésie Réanimation
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza Gastro-Entérologie
Pr. CHRAIBI Chafiq Gynécologie Obstétrique
Pr. EL OUAHABI Abdessamad Neurochirurgie
Pr. FELLAT Rokaya Cardiologie
Pr. JIDDANE Mohamed Anatomie
Pr. TAGHY Ahmed Chirurgie Générale
Pr. ZOUHDI Mimoun Microbiologie

*** Enseignants Militaires**

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

la FMPA

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques **Doyen de**

Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale – **Directeur du CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie – Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie **Inspecteur du SSM**
Pédiatrie
Traumatologie – Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBENATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie **Directeur HMI Mohammed V**

* Enseignants Militaires

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Noureddine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFIMALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie [Directeur Hôp. Ar-razi Salé](#)
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB
Pr. ERRIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Neurologie [Doyen de la FMP Abulcassis](#)
Abdesslam Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr. Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie [Directeur Hôp. My Youssef](#)
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTIMohammed
Pr. ECH-CHERIF ELKETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. ELKHADER Khalid
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - [Directeur Hôp. Cheikh Zaid](#)
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

* Enseignants Militaires

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
Pr. BENABDELJLIL Maria	Neurologie
Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
Pr. BENAMOR Jouda	Pneumo-phtisiologie
Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
Pr. BOUMDIN EI Hassane*	Radiologie
Pr. CHAT Latifa	Radiologie
Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
Pr. ELHIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
Pr. ELMADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie - <u>Directeur Hôp. Univ. Cheikh Khalifa</u>
Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale <u>Directeur Hôpital Ibn Sina</u>
Pr. KABIRIEL Hassane*	Chirurgie Thoracique
Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique V-D chargé Aff
Acad. Est.	
Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
Pr. NOUINI Yassine	Urologie
Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. ALBOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie <u>Dir.-Adj. HMI Mohammed V</u>
Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
Pr. BENZZOUBEIR Nadia	Gastro-Entérologie
Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique

* Enseignants Militaires

Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. ELFENNI Jamal*
Pr. ELHANCI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre *
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie Directeur Hôp. Al Ayachi Salé
Pédiatrie

* Enseignants Militaires

Pr. BENYASS Aatif
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Cardiologie
Biophysique
Cardiologie (*mise en disponibilité*)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*

Sina Marr.

Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saïda*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire. Directeur Hôpital Ibn

Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale

* Enseignants Militaires

Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
Pr. AMHAJJI Larbi *
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed *
Pr. BALOUCHLhousaine *
Pr. BENZIANE Hamid *
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHERKAOUI Naoual *
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
Pr. EL BEKKALI Youssef *
Pr. ELABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid *
Pr. ICHOUMohamed *
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LOUZI Lhousain *
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHIMohamed *
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MRANI Saad *
Pr. OUZZIF Ez zohra *
Pr. RABHI Moncef *
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine *
Pr. SIFATH Hassan *
Pr. TABERKANET Mustafa *
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINEMohammed Tariq*
Pr. TANANEMansour *
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologie biologique
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie-orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
Pr. AGADR Aomar *
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
Pr. AKHADDAR Ali *

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neuro-chirurgie

* Enseignants Militaires

Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen *
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae *
Pr. BOUIMohammed *
Pr. BOUNAIMAhmed *
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
Pr. CHTATA Hassan Toufik *
Pr. DOGHMIKamal *
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid *
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOUHasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamyia
Pr. LAMSAOURI Jamal *
Pr. MARMADÉ Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezhia *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie *Directeur Hôp.des Spécialités*
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie-orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. ELHAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir

Anesthésie réanimation
Médecine Interne *Directeur ERSSM*
Physiologie
Microbiologie
Médecine Aéronautique
Biochimie- Chimie
Radiologie
Chirurgie Pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Plastique et Réparatrice

*** Enseignants Militaires**

Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Hématologie
Anatomie Pathologique

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil *
Pr. BENCHEBBA Driss *
Pr. DRISSI Mohamed *
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL OUAZZANI Hanane *
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. RAISSOUNI Maha *

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahti
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSGHIR Mustapha *
Pr. BENYAHIA Mohammed *
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABIDA Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali *
Pr. DENDANE Tarek

Pharmacologie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique et Bromatologie
Traumatologie orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale

* Enseignants Militaires

Pr. DINI Nouzha *	Pédiatrie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa	Radiologie
Pr. ELFATEMI Nizare	Neuro-chirurgie
Pr. EL GUERROUJ Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr. ELHARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JAOUDI Rachid *	Toxicologie
Pr. ELKABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologique
Pr. ELKHLOUFI Samir	Anatomie
Pr. ELKORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane *	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryem	Radiologie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed *	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed *	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique <i>Vice-Doyen à la Pharmacie</i>
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim *	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua *	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan *	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali *	Traumatologie Orthopédie

*** Enseignants Militaires**

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM *

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
Pr. BENCHAKROUN Mohammed *
Pr. BOUCHIKH Mohammed
Pr. EL KABBAJ Driss *
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *
Pr. HARDIZI Houyam
Pr. HASSANI Amale *
Pr. HERRAK Laila
Pr. JANANE Abdellah *
Pr. JEAIDI Anass *
Pr. KOUACH Jaouad *
Pr. LEMNOUER Abdelhay *
Pr. MAKRAM Sanaa *
Pr. OULAHYANE Rachid *
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SEKKACH Youssef *
Pr. TAZIMOUKHA Zakia

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Médecine Interne
Généologie-Obstétrique

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid *
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham *
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad *
Pr. DERRAJI Soufiane *
Pr. DOBLALI Taoufik
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim *
Pr. EL MARJANY Mohammed *
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed *
Pr. LAKHAL Zouhair *
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim *

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

*** Enseignants Militaires**

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie
Rhumatologie

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. ELASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Noureddine*
Pr. NITASSI Sophia

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

JUIN 2017

Pr. ABBI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAYTIEI Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. ZRARA Abdelhamid*

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Immunologie

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina
Pr. SOULY Karim
Pr. TAHRI Rajae

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq *
Pr. ACHBOUK Abdelhafid *
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid *
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah *
Pr. BASSIR RIDA ALLAH
Pr. BOUATTAR TARIK
Pr. BOUFETTAL MONSEF
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed *
Pr. BOUZELMAT Hicham *
Pr. BOUKHRIS Jalal *

Néphrologie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
Radiothérapie
Gynécologie-obstétrique
Anatomie
Néphrologie
Anatomie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Traumatologie-orthopédie

* Enseignants Militaires

Pr. CHAFRY Bouchaib *
Pr. CHAHDI Hafsa *
Pr. CHERIF EL ASRI Abad *
Pr. DAMIRI Amal *
Pr. DOGHMI Nawfal *
Pr. EL LALAOUI Sidi-Yassir
Pr. EL ANNAZ Hicham *
Pr. EL HASSANI Moulay EL Mehdi *
Pr. EL HJOUJI Abderrahman *
Pr. EL KAOUI Hakim *
Pr. EL WALI Abderrahman *
Pr. EN-NAFAA Issam *
Pr. HAMAMA Jalal *
Pr. HEMMAOUI Bouchaib *
Pr. HJIRA Naoufal *
Pr. JIRAM Mohamed *
Pr. JNIE NE Asmaa
Pr. LARAQUI Hicham *
Pr. MAHFOUD Tarik *
Pr. MEZIANE Mohammed *
Pr. MOUTAKI ALLAH Younes *
Pr. MOUZARI Yassine *
Pr. NAOUI Hafida *
Pr. OBTEL Majdouline
Pr. OURRAI Abdelhakim *
Pr. SAOUAB Rachida *
Pr. SBITTI Yassir *
Pr. ZADDOUG Omar *
Pr. ZIDOUH Saad *

Traumatologie-orthopédie
Anatomie Pathologique
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Anesthésie-réanimation
Pharmacie Galénique
Virologie
Gynécologie-obstétrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie-réanimation
Radiologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
O.R.L
Dermatologie
Médecine Interne
Physiologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Anesthésie-réanimation
Chirurgie Cardio-vasculaire
Ophtalmologie
Parasitologie-Mycologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pédiatrie
Radiologie
Oncologie Médicale
Traumatologie Orthopédie
Anesthésie-réanimation

*** Enseignants Militaires**

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS/Prs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. YAGOUBI Maamar	Environnement, Eau et Hygiène
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

Mise à jour le 11/06/2020

KHALED Abdellah

Chef du Service des Ressources Humaines

FMPR



DEDICACES



A la mémoire de mon très cher grand père paternel :

Monsieur EL BAKARI abdesslam

Pour cet homme qui s'est battu pour que sa famille ne manque de rien, je pense tout le temps à toi grand-père, je t'adresse aujourd'hui mon succès.

J'aurais tant aimé que tu sois présent en ce jour.

Que ton âme repose en paix grand-père. Que Dieu le tout puissant t'accorde sa clémence, sa miséricorde et t'accueille dans son saint paradis.

A mes très chers grand-parents

Maternels : Monsieur ETTOUATI Thami et Madame BENABDILLAH Hayat

&

Paternels : Madame ELMOUSSATIA Aïcha

*Vos prières m'avaient accompagné et soutenu durant ce long trajet.
Je vous souhaite santé, bonheur et longévité.*

A mon très cher papa EL BAKARI Mohammed

*L'être le plus cher et le meilleur de tous les pères, mon précieux offre du dieu,
Tu as toujours représenté pour moi l'exemple du père respectueux, généreux et parfait.*

Je tiens à honorer l'homme que tu es.

Tes conseils, ta patience et tes sacrifices m'ont permis d'atterrir sur le terrain de la réussite.

Toi papa, qui m'a donné tant de choses et tu continues à le faire...sans jamais te plaindre, je suis médecin aujourd'hui grâce à toi.

Que dieu te garde, te donne santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal. Je t'aime papa.

A ma très chère maman ETTOUATI Khadija

Je dédie ce travail accompagné d'un grand amour à celle qui m'a arrosé de tendresse et d'espoirs, à la mère des sentiments fragiles qui m'a béni par ses prières... ma maman chérie, tu es mon support dans la vie, tu m'a toujours appris et guider vers la réussite.

Sans toi, je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin.

En ce jour bien mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçois ce travail en signe de ma vive reconnaissance et mon profond amour.

Je t'aime maman.

A mon très cher frère Yassine

Au plus doux, généreux et adorable frère, mon deuxième père et mon très cher ami,

Merci d'avoir toujours cru en mes compétences, Merci de m'avoir aidé à réaliser mon rêve et merci encore une fois d'avoir fait de ta petite sœur une doctoresse en médecine.

Je te dédie ce travail, pour tous les moments de joie et de taquinerie inoubliable qu'on a pu partager ensemble. J'implore Allah de te réserver un avenir meilleur.

A mes très chères sœurs Asmae et Hasnae

Mes jumelles adorables, la vie nous a tracé des chemins pareils en suivant ce noble cursus, je vous souhaite un très bon courage, je crois en vous prochaines docteurs de la famille.

La vie m'a fait un très beau cadeau en faisant de vous mes sœurette adorées, vous aurez toujours une grande place dans mon cœur. Je vous aime très fort.

A mon très cher abdelhakim ajerd

je profite aujourd'hui pour te remercier pour tous les efforts fournis avec moi, pour ton amour, ton soutien, tes sacrifices et toutes les valeurs que tu as su m'inculquer.

Sans ton aide, ta confiance et tes encouragements ce travail n'aurait vu le jour.

Que dieu fait de tous nos rêves des réalités, je souhaite grandir et vieillir à tes cotés jusqu' au dernier jour de ma vie.

Je t'aime de tout mon cœur.

A mon très cher oncle Noureddine

Mon deuxième père , et ami fidèle qui m'a toujours assisté dans les moments difficiles.

je me sens chanceuse d'avoir un oncle pareil, tu es un trésor. Je te dédie ce travail en te souhaitant une vie pleine de santé et de bonheur.

A mon très cher oncle abduflatif

Tu as commencé à m'appeler « D » durant la première année de mes études en médecine et au bout de chaque année tu m'ajoutais une lettre..

Aujourd'hui on est arrivée à DOCTEUR Fadwa grâce à dieu.

Je te dédie ce travail en te souhaitant une vie pleine de santé et de joie.

A mon très cher tonton et professeur Essam

Je dédie ce travail à mon tonton et maitre de sciences que j'ai eu la chance d'être parmi ses élèves durant ma première année de Bac. J'avoue que j'étais paresseuse, je perturbais le cours pas mal de fois car je détestais cette matière.

Aujourd'hui je suis médecin et il ne cesse de me rappeler de ma mauvaise note que j'ai eu.

Merci d'être toujours présent. En ce jour mémorable, reçois ce travail en signe de ma vive reconnaissance et mon profond amour.

A mes très chères tantes et leurs époux. Mes oncles et leurs épouses

*je vous dédie ce travail pour tous Les beaux moments que nous avons passés ensemble.
Je prie Dieu le Tout puissant de vous accorder succès, bonheur et prospérité.*

A mes adorables cousins et cousines

*Je vous dédie mon travail et je vous souhaite plein de bonheur,
santé et prospérité.*

A mes très chers amis

A ma chère ELOUFIR Meryem

*Je te remercie pour ta présence à chaque fois que j'ai eu besoin de ton aide et de
ton soutien. Je me sens vraiment chanceuse de t'avoir à mes cotes.*

*Je t'envoie ce modeste travail, qui est aussi le tien pour te remercier d'être
toujours là pour moi, et je te souhaite une vie pleine de belles surprises
et d'amour.*

A ma chère KANDOUSSI Hiba

*Je n'aurai jamais cru qu'après toute cette période on se retrouvera ainsi une fois. En
venant à Rabat, Tu es devenue une sœur à moi pas une amie. Tu es la plus belle chose
qui me soit arrivée. Je te dédie ce travail en te souhaitant tout le bonheur du monde.*

A mes chers EL AZZAOUI Imad et STITOU Rania

*Je vous dédie mon travail en vous souhaitant plein de bonheur dans la vie. Je vous
aime inconditionnellement.*



REMERCIEMENTS



À mon Maître Rapporteur de thèse

Monsieur Le Professeur Aziz AOURARH

Professeur de GASTRO-ENTÉROLOGIE et chef de service d'hépatogastroentérologie 1 de l'HMIMV de Rabat

Je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance , ma gratitude et mes sincères remerciements pour la confiance que vous m'avez accordé en acceptant d'encadrer cette thèse et de diriger ce travail malgré toutes vos occupations.

Veillez, cher professeur, trouver dans ce travail l'expression de ma haute considération, de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À mon Maître et président de thèse

Monsieur Le Professeur ZENTAR Aziz

*Professeur et chef de pole de Chirurgie général à l'Hôpital Militaire d'Instruction
Mohamed V de Rabat*

*Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude et mes sincères remerciements pour
l'honneur que vous m'avez accordée en acceptant de présider mon travail doctoral.*

Votre jugement sera d'une grande valeur dans l'appréciation de cette thèse.

À mon Maître et Juge de thèse

Madame Le Professeur Salihoun Mouna

Professeur de GASTRO-ENTÉROLOGIE au CHU Avicenne .

Merci infiniment d'avoir accepté de faire part de mon jury malgré vos multiples occupations. Veuillez croire, professeur, à l'assurance de mon respect et ma grande reconnaissance et gratitude.

À mon Maître et Juge de thèse

Monsieur Le Professeur SEDDIK Hassan

*Professeur de GASTRO-ENTÉROLOGIE à l'Hôpital Militaire d'Instruction
Mohamed V*

*Je vous remercie cher Professeur du grand honneur que vous me faites en vous
intéressant à ce travail et en acceptant de le juger. Veuillez accepter, cher maître,
l'expression de ma reconnaissance et profond respect.*

A Madame le Professeur Mouna TAMZAOURTE

Je tiens à vous remercier et vous présenter ma profonde reconnaissance pour vos conseils pédagogiques, pertinents et bienveillants, pour votre disponibilité, votre aide, votre compréhension et vos encouragements tout au long de la préparation de ma thèse. Vous constituez pour moi une réelle source d'inspiration, je souhaite que vous trouviez ici l'expression de ma gratitude et de ma grande admiration.



***LISTE
DES ABREtFIATIONS***



Abréviations

AINS	: Anti-inflammatoire non stéroïdien
AIR	: Anastomose iléo-rectale
ASP	: Abdomen sans préparation
ATCD	: Antécédents
AZA	: Azathioprine
C3G	: Céphalosporine de 3ème génération
CAG	: Colite aigue grave
CMV	: Cytomégalovirus
CRP	: Protéine C réactive
CsA	: Ciclosporine A
CTW	: Critères de truelove et witts
E.Coli	: Escherichia coli
FC	: Fréquence cardiaque
IFX	: Infliximab
IV	: Intra-veineuse
LES	: Lésions endoscopiques sévères
MC	: Maladie de Crohn
MED	: Manifestation extra digestive
MICI	: Maladie inflammatoire chronique intestinale
MT	: Mégacôlon toxique
NFS	: Numération formule sanguine
NS	: Non significatif

PEG	: Polyéthylène glycol
RCH	: Rectocolie hémorragique
TDM	: Tomodensitométrie
TICIV	: Traitement intensif par corticothérapie intraveineuse
TNF	: Tumor Necrosis Factor
UC-DAI	: Ulcerative Colitis Activity Index
VS	: Vitesse de sédimentation



***LISTE
DES ILLUSTRATIONS***



Liste des figures

Figure 1: répartition des cas selon le sexe.....	7
Figure 2: repartition des cas selon le statut naif au CO.....	8
Figure 3 : Répartition des patients selon la gravité endoscopiques.....	11
Figure 4: indications de la chirurgie dans notre étude.....	13

Liste des tableaux

Tableau 1: Signes cliniques des patients.....	9
Tableau 2: Paramètres biologiques de gravité dans notre étude	10
Tableau 3: Age et Sexe des patients dans les différentes études.....	18
Tableau 4: Comparaison des malades selon le mode de survenue de la maladie	20
Tableau 5: L'efficacité de la corticothérapie IV dans les différentes études	34
Tableau 6: Facteurs prédictifs d'échec à la corticothérapie IV dans les différentes études....	38
Tableau 7: Résultats des différentes études portant sur le taux de réponse à l'IFX	44
Tableau 8: Comparaison du taux de colectomie avec la littérature.....	53



SOMMAIRE



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	3
I. Patients	4
1. Les données épidémiologiques.....	4
2. Les données cliniques.....	4
3. Les données biologiques	4
4. Les données radiologiques	5
5. Les données endoscopiques	5
6. Les scores de gravité	5
7. Les bilans pré-thérapeutique	5
8. La prise en charge spécifique et non spécifique.....	5
9. L'évolution sous traitement.....	5
II. L'analyse statistique	5
RESULTATS	6
I. Statistiques descriptives	7
1. Données épidémiologiques	7
• Age des patients.....	7
• Sexe des patients.....	7
• Antécédents familiaux de MICI	8
• CAG inaugurale ou compliquant une MICI connue.....	8
• Antécédents de tabagisme	8
• Naïveté aux corticoïdes	8
2. Données cliniques	9
• Nombre de selles	9
• Autres signes cliniques	9
3. Paramètres cliniques de gravité.....	10
• Tachycardie	10
• Fièvre.....	10

4. Scores de gravité	10
• Score de truelove	10
• Score de lichtiger	10
5. Paramètres biologiques de sévérité	10
6. Données Endoscopiques.....	11
7. Imagerie.....	11
8. Traitement	12
• Traitement de première ligne (corticothérapie).....	12
• Traitement de 2ème ligne (influximab).....	12
• Chirurgie.....	12
II. Statistiques analytiques.....	14
DISCUSSION	16
I- Epidémiologie.....	17
1. Age et Sexe.....	17
II- Diagnostic positif	18
1. Clinique	18
2. CAG inaugurale d'une MICI.....	19
3. CAG compliquant une MICI connue	19
III- Diagnostic de gravité	21
1. Scores de gravité	21
• Score de truelove et witts modifié	21
2. Critères morphologiques de sévérité	23
• Imagerie.....	23
• Endoscopie	24
• Histologie	25
IV-Diagnostic différentiel	26
1. Colite infectieuse aigue grave	26
2. Colite médicamenteuse	26
3. Colite ischémique.....	27

4. Maladie de behcet.....	27
V- Traitement de la colite aigue grave	28
1. Traitement non spécifique	28
• Correction des déséquilibres hydro-électrolytiques et hématologiques	29
• Antibiothérapie	29
• Prophylaxie anti-thrombotique.....	30
• Diète alimentaire	30
2. Traitement spécifique	31
• But du traitement	31
• Traitement des complications.....	31
a) Colectasie ou mégacôlon toxique.....	31
b) Perforation colique.....	32
c) Abscess abdominal.....	32
d) Hémorragie massive.....	32
• Traitement de 1ère ligne/ la corticothérapie	32
a. Protocole.....	32
b. Efficacité.....	33
c. Surveillance	34
d. Corticorésistance et corticodépendance	35
e. Facteurs prédictifs d'échec à la corticothérapie	36
• Traitement de deuxième ligne, Infliximab et Ciclosporine.....	39
a. Ciclosporine.....	39
b. Infliximab	40
• Traitement de troisième ligne	46
• La chirurgie	47
CONCLUSION.....	54
RESUMES.....	56
ANNEXES.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	65



INTRODUCTION



La colite aiguë grave est l'une des complications majeures de la maladie inflammatoire de l'intestin, elle complique 10 à 15 % des MICI et survient plus volontiers dans le cadre de la RCH (1), et à moindre degré au cours de la maladie de Crohn, de colites infectieuses, ischémiques ou médicamenteuses.

La colite aiguë grave (CAG) est caractérisée par des signes cliniques et biologiques regroupés sous la dénomination de critères de Truelove et Witts (CTW) associés parfois à des lésions endoscopiques sévères (LES)(2).

Le traitement intensif de 1^{ère} ligne par la corticothérapie intraveineuse (TICIV) et en cas d'échec, le traitement de 2^{ème} ligne par la ciclosporine ou l'infliximab peuvent prévenir la colectomie (2). Cependant, la chirurgie est indiquée avant tout traitement médical en cas de complications qui sont la perforation colique, l'hémorragie massive, le syndrome toxique et la colectasie et doit être discutée à chaque étape de la prise en charge thérapeutique(3).

Elle est considérée comme urgence médico-chirurgicale qui peut engager le pronostic vital même s'il est largement amélioré ces dernières années, avec un taux de mortalité passant de 34% à 2% grâce aux avancées diagnostiques et thérapeutiques et notamment le recours aux anti TNF α (4;5).

Notre travail a pour objectif de :

- Rapporter l'expérience du service de gastro entérologie de l'HMIMV de Rabat,
- Évaluer les facteurs prédictifs de réponse à la corticothérapie intraveineuse au cours des colites aiguës graves.

Mener une réflexion critique en comparant notre série aux principales données de la littérature actuelle.



Matériels et méthodes



I. Patients:

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique conduite au service de gastroentérologie 1 de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V de Rabat .

Nous avons inclus dans l'étude 27 patients hospitalisés pour colite aigue grave sur une durée de 2ans et demi, l'âge varie entre 20 et 65ans et le diagnostic est basé sur les critères de Truelove et Witts modifiés, le suivi des malades a été assuré par le score de Lichtiger. Le traitement de 1^{ère} ligne repose sur la corticothérapie IV avec possibilité de recours à un traitement de 2^{ème} ligne à base d'anti TNF α ou la chirurgie.

Les données suivantes ont été collectés à partir des dossiers médicaux des patients ainsi des comptes rendus d'hospitalisations archivés informatiquement :

1. Les données épidémiologiques :

- Age
- Sexe
- Antécédents personnels et familiaux d'une MICI ou d'une CAG
- Antécédents de tabagisme
- Naïveté aux corticoïdes

2. Les données cliniques :

- Symptômes à l'admission
- Examen général
- Examen abdominal

3. Les données biologiques :

- Hémoglobininémie
- Protéine C réactive
- Albuminémie

4. Les données radiologiques :

- Abdomen sans préparation
- Scanner abdominal

5. Les données endoscopiques

- Lésions endoscopiques sévères.

6. Les scores de gravité

- Score de Truelove et Witts modifiés
- Score de Lichtiger

7. Les bilans pré-thérapeutique

8. La conduite à tenir thérapeutique.

9. L'amélioration sous traitement.

II. L'analyse statistique :

L'analyse statistique a été étudiée en utilisant le logiciel SPSS20.

Les valeurs qualitatives ont été exprimés en pourcentages et les valeurs quantitatives ont été exprimés en moyennes et écart type.

Les variables quantitatives ont été étudiés en utilisant le test de Student et les variables qualitatives en utilisant le test Khi 2.

Le risque d'erreur a été fixé à 5%. La régression logistique a été utilisée en univariée et multivariée pour étudier les facteurs liés à l'échec de la corticothérapie IV.



RESULTATS



I. Statistiques descriptives :

1. Données épidémiologiques :

- *Age des patients :*

27 patients ont été inclus dans l'étude, l'âge moyen était de 37,8 ans avec un écart type de 1,7.

- *Sexe des patients :*

On note que les cas de CAG dans notre étude sont répartis comme suit :

- 21 femmes soit 77,8%
- 6 hommes soit 22,2%
- Sexe ratio F/H : 3,5

Le diagramme suivant montre la répartition des cas en fonction du sexe des patients.

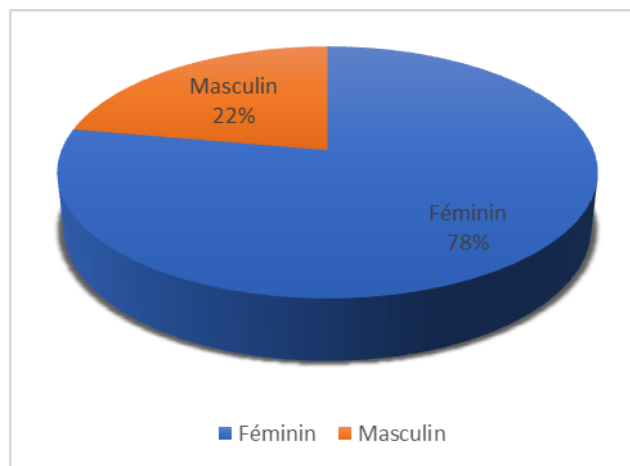


Figure 1: Distribution des malades en fonction du sexe.

- *Antécédents familiaux de MICI :*

18,5% des malades (5 cas) avaient des antécédents de MICI dans la famille tandis que 81,5% des cas n'avaient aucun antécédent familial de MICI.

- *CAG inaugurale ou compliquant une MICI connue :*

78% des malades avaient une CAG inaugurale, et 22% des cas avaient déjà une MICI connue.

- *Antécédents de tabagisme :*

11% des malades (3 cas) étaient tabagiques.

- *Naïveté aux corticoïdes :*

33% des malades (9 cas) étaient naïfs aux corticoïdes tandis que 66,7% des patients (18 cas) ne l'étaient pas.

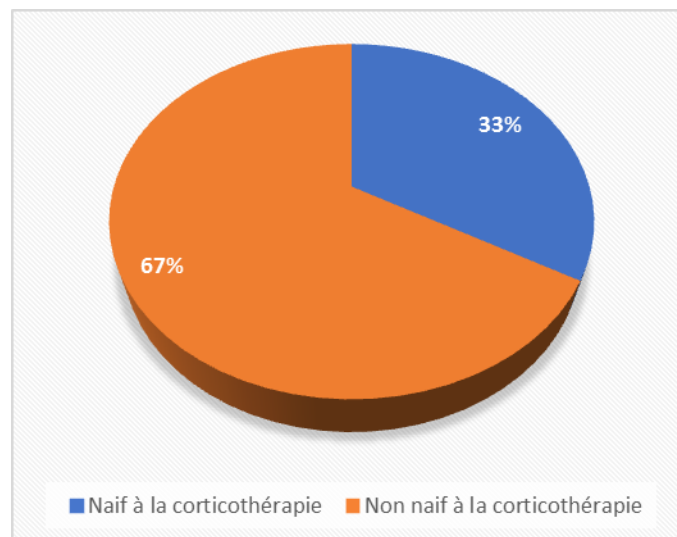


Figure 2: distribution des malades en fonction de la naïveté au CO.

2. Données cliniques :

- *Nombre de selles :*

Le nombre de selles moyen dans notre série était de 9,4 avec un écart-type de 3,5.

- *Autres signes cliniques :*

Les émissions glairo-sanglantes et la douleur abdominale étaient les deux principaux symptômes chez nos malades, puisqu'elles sont présents chez la totalité des cas.

L'altération de l'état général était présente chez la moitié des malades (52%) et le syndrome rectal chez 33,3%.

Aucun malade n'a présenté de complications.

Le tableau suivant montre les différents signes cliniques chez les patients de notre série.

Tableau 1: signes cliniques des patients.

Symptômes	Cas (N=27)	Pourcentage (%)
Douleur abdominale	27	100%
Glaire-sang	27	100%
Syndrome rectal	9	33,3%
AEG	14	52%
Signes extra-digestifs	7	26%
complications	0	0%

3. Paramètres cliniques de gravité :

- *Tachycardie* :

Le pouls moyen dans notre série était de 98 bat/min avec un écart-type de 8,5.

- *Fièvre* :

La température moyenne était de 37,8 °C avec un écart-type de 0,8.

4. Scores de gravité :

- *Score de Truelove* :

100% des malades de notre série avaient une poussée sévère.

- *Score de Lichtiger* :

Les malades avaient un score moyen de Lichtiger à 13 avec un écart-type de 1,5.

5. Paramètres biologiques de sévérité :

Concernant les paramètres biologiques, le taux d'hémoglobine moyen chez nos malades était de 10,7 g/dl avec un écart-type de 0,9 et la CRP moyenne était de 146,8 +/- 69,4.

Le taux moyen d'albuminémie était de 27 g/l avec un écart-type de 4,8.

Le tableau ci- dessous montre les différents paramètres biologiques de gravité chez nos malades.

Tableau 2: paramètres biologiques de gravité dans notre étude

Paramètres	Moyenne	Écart-type
Hémoglobine (g/dl)	10,7	+/- 0,9
CRP	146,8	+/- 69,4
Albuminémie (g/l)	27	+/- 4,8

6. Données Endoscopiques :

L'endoscopie a été réalisée avec prudence et sans préparation chez la totalité de nos malades. Son but principal est de dépister les lésions endoscopiques sévères (LES).

33% des malades (9 cas) ont présenté en moins une lésion endoscopique sévère.

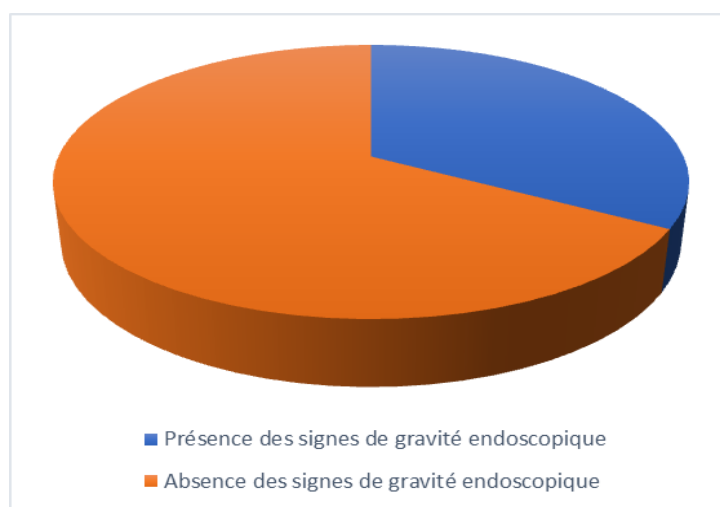


Figure 3 : Répartition des patients selon la gravité endoscopiques

7. Imagerie :

❖ Scanner abdominal :

il a été réalisé chez tous les malades mettant en évidence :

- Un épaissement colique chez 89% des malades (24 cas).
- Une colectasie chez 11% des malades.

il nous a permis aussi de préciser la topographie des lésions :

- 66,7% des malades (18 cas) avaient une pancolite.
- 33,3% des cas avaient seulement une colite gauche.

8. Traitement :

- *Traitement de première ligne (corticothérapie) :*

100% des malades de notre série ont reçu la corticothérapie IV à dose de 0,8 à 1mg /kg/j, avec un contrôle au 3^{ème} jour comportant :

- ❖ **Nombre de selles à J3 :**

- Le nombre de selles moyen à J3 était de 7 +/- 0,6.
- 77,8% des malades (21 cas) ont présenté un nombre de selles supérieur à 6.

- ❖ **Présence de sang à J3 :**

52% des malades (14 cas) ont présenté encore du sang au bout du troisième jour de traitement.

- ❖ **CRP à J3 :**

La CRP moyenne à J3 était de 77,1 mg/l avec un écart-type de 65,2.

→ Au vu des paramètres précédents, on a conclu un échec à la corticothérapie parentérale chez 21 malades (77,8%).

- *Traitement de 2ème ligne (Infliximab) :*

77,8% de nos patients (21 cas) ont eu recours au traitement de deuxième ligne.

- *Chirurgie :*

33,3% des malades (9 cas) ont nécessité une intervention chirurgicale après échec du traitement médical de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne, 66,7% des cas n'ont pas eu recours à la chirurgie.

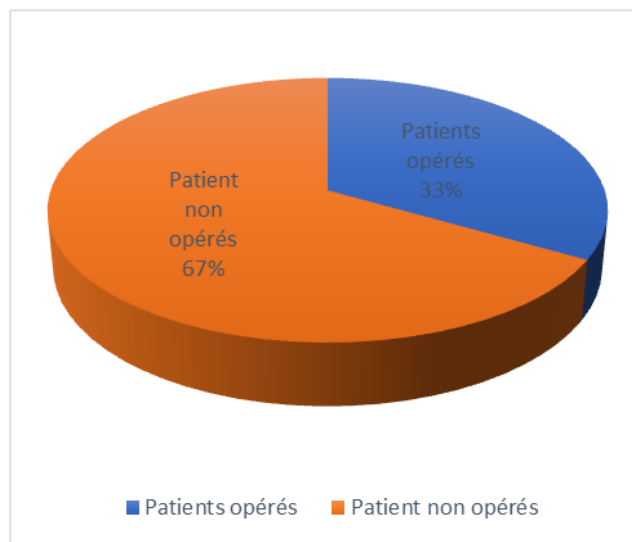


Figure 4: indications de la chirurgie dans notre étude

II. Statistiques analytiques :

Facteurs prédictifs d'échec à la corticothérapie IV en analyse univariée et multivariée :

Facteurs associés	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	OR bruts	IC	p-Value	OR ajustés	IC	p-Value
Age (année) :	1 ;092	(1.021 ;1.168)	0,01	0,428	(0,001 ;0,021)	0,03
Sexe :						
Homme	1					
Femme	0.235	(0.034 ;1.638)	0,143			
ATCD :						
Absents	1					
présents	3.167	(0.171 ;58.703)	0,439			
ATCD Fam						
MICI :						
Non	1					
Oui	0,000	(0,000 ;0,000)	0,999			
Nb de selles	1.150	(0,899 ; 1.471)	0,265			
Pouls :	1.034	(0,933 ; 1.145)	0.525			
Température :	0.128	(0,119 ; 1.307)	0.525			
Hb :	3.346	(1,197 ; 9.347)	0,021		NS	
Lichtiger :	0,835	(0,48 ; 1,527)	0,558			
Naif CO :						
Non	1					
Oui	0,999	(0,000 ; 0,000)	0,999			
CRP :	0,982	(0,962 ; 1,002)	0,076		NS	
Albumine :	0,970	(0,814 ; 1,155)	0,729			
Gravité endoscopique :						
Non	1					
Oui	4	(0,657 ;24,369)	0,133			
Topographie :						
Colite gauche	1					
Pancolite	0,000	(0,000 ; 0,000)	0,999			
Sang à J3						
Non	1					
Oui	0,138	(0,333 ;0,744)	<0,01	0,451	(0,731 ;0,059)	0,02

En analyse univariée, les facteurs prédictifs d'échec à la corticothérapie intraveineuse sont : l'Age ($p= 0,01$), le taux d'hémoglobine ($p= 0,021$), et la présence du sang à J3 ($p< 0,01$).

En analyse multivariée, seul l'Age ($p= 0,03$) et la présence du sang à J3 ($P=0,02$) sont prédictifs d'échec à la corticothérapie intraveineuse.



DISCUSSION



I- Epidémiologie :

1. Age et Sexe :

La CAG, complication redoutable, des MICI et en particulier de la RCH, constitue une urgence médico-chirurgicale majeure et doit être connue et évoquée sans retard.

Plusieurs études ont été menées sur ce sujet avec des séries multiples et caractéristiques différentes :

En 1994, Lichtiger S. a étudié 20 cas de colite aiguë grave dont l'âge varie entre 18 et 65ans, ce qui donne un âge moyen de 41,5ans (6).

Alves A. a mené une étude en France en 2003 et porte sur 164 patients, note un âge moyen de 37 +/- 15ans (7).

Une étude publiée par Arts J. en 2004 comportant 86 cas hospitalisés pour CAG, indique un âge moyen de 40,9 +/- 11,8 avec une prédominance masculine (8).

Une grande étude publiée par Bounab N. en 2006 à Alger portant sur 161 cas de CAG, rapporte que l'âge moyen des malades était de 28,2ans avec une légère prédominance féminine (2).

L'étude faite au Maroc en 2011 au CHU de Fès par Abid H. inclut 72 cas, l'âge moyen était de 32 +/- 11ans avec une prédominance féminine (9).

En 2014, Kabbage S. a mené une étude à Rabat étalée sur 23 cas de colite aiguë grave, note un âge moyen des malades de 34ans, sans aucune prédominance de sexe (10).

Une autre Étude marocaine publiée par Bichri I. en 2018 à Marrakech et portée sur 20 cas de CAG dont l'âge moyen des malades était de 34ans avec une légère prédominance féminine (11).

Dans notre étude qui porte sur 27 cas de CAG, on a noté un âge moyen de 37,8ans avec une nette prédominance féminine.

Le tableau ci-dessous compare l'âge et le sexe de nos malades avec la littérature :

Tableau 3: Age et Sexe des patients dans les différentes études

Auteur	Année	Ville ou pays	Effectifs	Age moyen (ans)	Sexe prédominant
Lichtiger S.	1994	New York	20	41,5	—
Alves A.	2003	France	164	37+/-15	—
Arts J.	2004	Amérique	86	40,9 +/- 11,8	Prédominance masculine
Bounab N.	2006	Alger	161	28,2	Légère prédominance féminine
Abid H.	2011	Fès	72	32 +/-11	Prédominance féminine
Kabbage S.	2014	Rabat	23	34	Pas de prédominance de sexe
Bichri I.	2018	Marrakech	20	34	Légère prédominance féminine
Notre étude	2020	Rabat	27	37,8	Prédominance féminine

II- Diagnostic positif :

1. Clinique :

- La recherche des symptômes cliniques est impératif en particulier devant une CAG inaugurale, le patient peut présenter :

- ❖ Des Antécédents familiaux de Maladies Inflammatoires Chroniques de L'intestin ;
- ❖ Des symptômes digestifs : douleur abdominale, vomissement, troubles de transit, syndrome rectal, rectorragies...
- ❖ Des gastroentérites à répétition ;

❖ Des signes extra-digestifs ;

❖ Une AEG ;

❖ Des lésions anales.

- Contrairement pour un patient présentant une MICI connue, qui se présente dans un tableau de poussée sévère fait de : Fièvre, tachycardie, douleurs abdominales et des évacuations glairo-sanglantes.

2. CAG inaugurale d'une MICI :

La CAG peut être le mode révélateur de la maladie inflammatoire de l'intestin.

L'étude française d'Alves A. a indiqué un taux de 19,5% de CAG inaugurant la maladie(7).

Dans la série Abid, les cas de CAG inaugurale étaient prédominants avec un taux de 58,3% (9).

La série de kabbage S. rapporte 26% de CAG inaugurale (10).

L'étude de Bichri I. a noté que 35% des patients avec un CAG inaugurale (11).

Dans notre série, on note 78% des cas avec une CAG inaugurale, ce taux reste le plus élevé en comparant avec la littérature.

3. CAG compliquant une MICI connue :

La colite aigue grave complique 10 à 15 % des MICI et survient, plus volontiers dans le cadre de la RCH (1).

La série d'Alves A. note 80,5% des cas de CAG compliquant une MICI connue (7).

Abid H. indique un taux de 41,7% des malades qui avaient déjà une MICI connue (9).

L'étude de Kabbage S. rapporte 74% des cas de colite aigue grave compliquant une MICI connue (10).

L'étude de Bichri I. a noté 65% des cas de CAG ayant compliqué une MICI connue (11).

Dans notre série, on note 22% des malades qui avaient une Colite aigue grave compliquant une MICI connue.

Le tableau suivant compare les malades selon le mode de survenue de la maladie.

Tableau 4: Comparaison des malades selon le mode de survenue de la maladie

Auteur	année	Ville ou pays	CAG inaugurale%	MICI connue%
Alves A.	2003	france	19,5%	80,5%
Abid H.	2011	Fés	58,3%	41,7%
Kabbage S.	2014	Rabat	26%	74%
Bichri I.	2018	Marrakech	35%	65%
Notre étude	2020	Rabat	78%	22%

Une cause infectieuse est toujours suspectée, elle peut être la cause du déclenchement ou d'aggravation d'une colite aigue grave. Il faut donc la dépister systématiquement à l'admission du patient vu le risque d'aggravation sous corticoïdes.

Le diagnostic étiologique repose sur la coproculture et l'endoscopie digestive. Les agents infectieux les plus souvent retrouvés sont : Clostridium difficile, Salmonella, Escherichia coli, Cytomegalovirus et Entamoeba histolytica (12); la cause la plus retrouvée dans nos climat reste l'amibiase.

Le dépistage de toxines de Clostridium difficile doit se faire dans les selles. Il n'a pas d'intérêt dans les prélèvements muqueux. La toxine disparaît dans les 24h suivant une antibiothérapie adaptée.

En présence d'une antibiothérapie, la présence de pseudo membranes lors de la coloscopie est fortement évocateur de colite à *Clostridium difficile*. Néanmoins, la majorité des colites à *Clostridium difficile* sont des formes non pseudomembraneuses.

Un traitement sous antibiotiques bien adapté permet une guérison dans l'immense majorité des cas, tout en évitant le recours à la chirurgie (12).

III- Diagnostic de gravité :

Évaluer la sévérité d'une CAG est l'un des objectifs majeurs pour le médecin car cette évaluation conditionne la prise en charge thérapeutique médicale et/ou chirurgicale en urgence afin d'améliorer l'avenir de ces patients, leurs pronostic, la morbidité et la mortalité (13).

1. Scores de gravité :

- *Score de Truelove et Witts modifié (14) :*

Ce score a pour objectif de définir la sévérité de la colite aigue grave, et ce, en se basant sur des critères cliniques et biologiques qui doivent être recueillis à l'admission du patient avant tout traitement.

La CAG est dite sévère quand elle se présente comme suit :

un minimum de 6 selles glairo-sanglantes/ jour associée à la présence de l'un des signes suivants : Généraux ($T^{\circ} > 37,8$; pouls > 90) et/ou biologiques ($Hb < 10,5$ g/dl ; $VS > 30$; $Alb < 35$ g/l).

Concernant notre étude, nous nous sommes basés sur les critères de Truelove et Witts pour définir le sévérité des colites aigues graves. La totalité des malades de notre série avaient une poussée sévère.

- *Score de Lichtiger (15) :*

Ce score est utilisé actuellement pour poser le diagnostic positif de CAG et suivre l'état des patients pendant le traitement.

Il a été utilisé dans plusieurs essais cliniques chez l'adulte (15;6). Huit variables cliniques déterminent l'indice de Lichtiger.

Le calcul de cet indice ne nécessite aucune donnée de laboratoire. Il varie de 0 à 21 points, et un score < 3 points a été défini comme une rémission clinique (17).

D'après le consensus d'experts internationaux, la poussée sévère de RCH est définie par un score de Lichtiger supérieur à 10, tandis qu'un score < 10 pendant 02 jours successifs avec diminution d'un minimum de 03 points en comparant avec le score de début signifie une bonne réponse au traitement médical (18).

Dans cette étude, nous avons choisi de nous concentrer sur l'indice de Lichtiger puisqu'il est basé sur des items cliniques claires et comme il est facile à utiliser.

- *Score de Mayo :*

Le score UC-DAI est employé pour la Rectocolite hémorragique aussi , il apprécie la sévérité des signes cliniques et la gravité des lésions endoscopiques (19). C'est un outil fiable qui permet de mesurer l'activité de la maladie endoscopique de la RCH d'une façon standardisée et qui a l'avantage de donner des résultats objectifs susceptibles d'être comparés avec ceux obtenus au cours des endoscopies ultérieures.

Il est composé de 4 catégories (saignements, fréquence des selles, évaluation du médecin et aspect endoscopique) notés de 0 à 3 et sont additionnés pour donner un score total compris entre 0 et 12 (20).

- Un total < 2 signifie une inactivité de la maladie ;
- Un total entre 3 et 5 signifie une activité réduite ;

- Un total entre 6 et 10 signifie une activité moyenne ;
- Un total > à 11 signifie une sévérité de la maladie.

2. Critères morphologiques de sévérité :

- *Imagerie :*

- ❖ Abdomen sans préparation :

L'ASP doit être pratiqué systématiquement en 3 incidences (21). Les signes de gravité sont recherchés en position debout et couché, notamment l'existence d'une colectasie ou d'ulcérations profondes (22).

Concernant notre étude, tous nos patients ont bénéficié d'un ASP à l'admission.

- ❖ Échographie abdominale

L'échographie est utilisée surtout en cas d'abdomen aigue, elle cherche la présence d'une collection liquidienne ou d'un épanchement péritonéal.

Elle cherche également la présence de complications (fistules / abcès)

Dans notre série, l'échographie n'a pas été demandée vu que nos patients n'ont présenté aucune complication à l'admission.

- ❖ TDMabdominal

Un scanner abdomino-pelvien doit être demandé en cas de soupçon clinique de complication (aggravation des douleurs abdominales, anomalies à la palpation de l'abdomen ,vomissement, sepsis...), à l'admission du patient ou pendant le suivi.

Le scanner abdominal est utile pour poser le diagnostic positif de la CAG et pour la différencier des autres pathologies, il sert également à définir l'étendue et le type de l'atteinte colique (Rectocolite / maladie de Crohn)(23).

Dans notre série, tous nos malades ont bénéficié d'un scanner abdominal, il a permis de mettre en évidence un épaississement colique chez 89% des malades (24cas) et une colectasie chez les 11% restants (3cas).

- *Endoscopie (24) :*

La coloscopie a été proposée dans la CAG, en 1980, par une équipe de l'hôpital saint Lazare, afin de définir la sévérité de la maladie et orienter la prise en charge thérapeutique médicale et/ou chirurgicale (25).

Sa réalisation nécessite une préparation préalable au polyéthylène glycol (éventuellement 4L), une sédation et une insufflation minimale.

Elle est contre indiquée devant une colectasie, une perforation et une hémorragie massive (26).

La recherche de lésions endoscopiques sévères (LES) est obligatoire, leur présence guide la prise en charge thérapeutique des CAG et sont considérés comme des facteurs prédictifs de colectomie.

Ils sont au nombre de 4 :

- ✚ ulcérations profondes ,
- ✚ ulcérations en puits,
- ✚ décollement muqueux
- ✚ Mise à nue de la musculature

Leurs présence définit une colite sévère. Ils se placent dans l'immense majorité des cas dans le rectosigmoïde, une coloscopie courte s'avère suffisante pour les déceler (27).

La rectosigmoidoscopie permet aussi la réalisation de biopsies pour dépister une coïnfections ou une surinfection, notamment le CMV (28).

Tous les malades de notre série ont bénéficié d'une endoscopie, 33% d'entre eux avaient en moins une lésion endoscopique sévère .

- *Histologie (29) :*

L'analyse histologique des biopsies coliques est indispensable pour établir un diagnostic de colite et guider la prise en charge.

Le diagnostic histologique est basé sur l'association de lésions inflammatoires ainsi que des modifications architecturales (30).

La recherche d'une colite virale à cytomégalovirus est importante et ne peut en aucun cas exclure le diagnostic de MICI.

Pour détecter ces infections à CMV, aucune méthode spécifique n'a été établie, cependant, plusieurs auteurs ont opté pour l'histologie ou l'histo-immunochimie plutôt que la PCR (31).

Parfois, malgré la mise en évidence des corps d'inclusion intranucléaire assimilables avec le cytomégalovirus sur l'histopathologie , on assiste à une absence d'une infection cliniquement significative.

Il existe à l'heure actuelle aucun consensus sur les critères qui justifient un traitement antiviral. Cette décision, assez délicate, est étudié selon chaque patient (32).

Concernant notre étude, tous nos patient ont bénéficié d'un examen histologique à la recherche des inclusions à cytomégalovirus.

IV- Diagnostic différentiel:

1. Colite infectieuse aigue grave:

Au contraire d'une RCH, la colite infectieuse commence brusquement avec un nombre très élevé de selles (> 10/jour), des douleurs abdominales et des vomissements dès le début. La diarrhée peut devenir aussi hémorragique avec l'association d'une fièvre. Les symptômes se résolvent généralement en moins de 15 jours (33).

Dans les colites aiguës infectieuses, la sensibilité diagnostique des coprocultures est parfois diminuée, permettant l'isolement d'un germe dans seulement 30 à 50 % des cas d'après quelques études(34). L'association avec les cultures de biopsie du côlon semble beaucoup plus importante rendue positive dans 65% des cas (35).

Au cours de la coloscopie, des ulcérations limitées en étendue sont retrouvées le plus dans les colites infectieuses, aspect pouvant être similaire lors de la RCH (36).

Des biopsies peuvent être réalisées dans un but histologique dont les caractéristiques anatomopathologiques recouvrent aussi celles retrouvées dans la RCH,

la présence de plasmocytes sous l'épithélium oriente vers une rectocolite hémorragique tandis qu'un infiltrat inflammatoire important dont le contingent de cellules mononuclées est corrélativement faible, indique plutôt une CI surtout si cet infiltrat est focal (37;38;39).

2. Colite médicamenteuse (40) :

Les antibiotiques et les AINS constituent respectivement la première et la deuxième cause de colite médicamenteuse . Les molécules les plus souvent responsables sont l'ibuprofène, le naproxène et l'indométacine.

Plusieurs atteintes coliques peuvent être causées par les AINS dont : les colites à éosinophiles, les colites ischémiques, les colites aiguës de novo, les colites microscopiques et diverticulose colique compliquée.

Des effets secondaires à court ou à long terme dominés par la diarrhée sanglante et les douleurs abdominales peuvent apparaître .

Des lésions non spécifique peuvent être visualisés dans des biopsies coliques.

Les colites aiguës induites par les Anti-inflammatoires non stéroïdiens sont difficiles à distinguer d'une poussée inaugurale de MICI, d'autant plus que l'utilisation des AINS peut provoquer une véritable maladie inflammatoire de l'intestin.

L'arrêt des AINS considère un excellent argument au profit d'une colite aiguë induite par les anti-inflammatoires non stéroïdiens vu l'amélioration de l'état du patient.

3. Colite ischémique :

Il s'agit généralement d'une colite gauche segmentaire et suspendue épargnant le rectum qui survient chez un patient au delà de 50 ans ayant des antécédents cardiaques ou vasculaires.

La clinique varie d'un sujet à autre en fonction de la sévérité de la colite (41).

L'endoscopie permet de voir la muqueuse enflée et cyanosée à partir de la jonction rectosigmoïde, tout en épargnant le rectum.

Il existe néanmoins des éléments histologiques pouvant orienter plutôt vers une colite ischémique qu'une poussée de rectocolite hémorragique :

- ✚ infiltrat inflammatoire faible.
- ✚ présence dans le chorion de macrophages riches en pigments d'hémosidérine
- ✚ Infiltrat hémorragique sous-muqueux

4. Maladie de behcet :

Vascularite systémique avec atteinte des gros et petits vaisseaux artériels et veineux, se manifeste essentiellement par une atteinte cutanéomuqueuse associant des aphtes buccaux et génitaux récidivantes et une atteinte oculaire (uvéite).

Les lésions gastro-intestinales peuvent être ischémiques ou inflammatoires, ces derniers engendrent une colite continue, ressemblant à celle d'une RCH ou d'une atteinte iléo-caecale avec granulome ce qui se voit dans la Maladie de Crohn .

La différenciation entre la maladie de Behcet et la poussée inaugurale de la MC peut être un peu délicate quand l'atteinte colique est prédominante.

Les autres manifestations cliniques de la maladie de Behcet tels que l'arthrite ou l'atteinte cutanée ou oculaire, sont similaires aux symptômes extra-digestives de la Maladie de Crohn.

Une grande affinité histologique est présente entre la maladie de Crohn et la maladie de Behcet, et c'est pour cette raison qu'on ne sait toujours pas si cette vascularite représente une entité indépendante ou c'est seulement une partie de la RCH et de la MC (42).

V- Traitement de la colite aiguë grave :

1. Traitement non spécifique :

Le but du traitement est d'assurer une vie saine au malade et d'abaisser le taux de morbi-mortalité au cours de ces maladies .

Une conduite à tenir systématique pour tous les patients admis pour CAG consiste en :

- ✚ Une hospitalisation rapide ;
- ✚ Consultation pour avis chirurgical ;
- ✚ Examen clinique complet 2/jour;
- ✚ Bilan sanguin complet ;
- ✚ Contrôle du rythme d'évacuation et d'aspect des selles ;
- ✚ Une culture fécale avec un examen parasitologique des selles est nécessaire ;

- ✚ ASP systématique à l'admission et chaque jour si besoin ;
 - ✚ Écarter les anti-diarrhéiques et les anticholinergiques du fait de leur prédisposition à une grave complication qui est la colectasie ;
 - ✚ Prophylaxie anti thrombotique ;
 - ✚ Prévention de l'ulcère gastro duodénale par les inhibiteurs des pompes à protons si facteurs de risque.
- *Correction des déséquilibres hydro-électrolytiques et hématologiques :*

La correction de ces trouble est capitale, ils doivent être pris en charge par supplémentation parentérale afin d'éviter une déshydratation, une hypokaliémie ou une hypomagnésémie.

Une perfusion d'albumine est aussi nécessaire si le taux d'albumine < 20g/l.

Quant à la transfusion sanguine, elle n'est envisagée que dans des situations précaires à savoir une anémie mal tolérée ou une anémie aigue sévère ou aussi devant l'échec de tous les autres traitements (43).

Tous les malades de notre série ont présenté des troubles hydro électrolytiques et hémodynamiques et qui ont été pris en charge convenablement.

On a eu recours à une perfusion d'albumine chez 3 malades ainsi des transfusions de fer injectable chez tous les malades pour restaurer les réserves en fer.

- *Antibiothérapie :*

Le traitement spécifique ne doit pas être retardée par crainte d'une infection bactérienne colique qui devra être absolument éliminé dans un premier temps voire même traité de manière probabiliste par une antibiothérapie efficace qui couvre les principaux agents pathogènes (44).

Plusieurs études ont évalué l'efficacité de multiples antibiotiques, les données récentes stipulent que la ciprofloxacine est plus efficace que le métronidazole (45).

Tous les malades de notre série ont bénéficié d'une bi- antibiothérapie à base de métronidazole et ciprofloxacine (puisque'on est dans un pays de forte endémie amibienne).

- *Prophylaxie anti-thrombotique :*

L'association entre la maladie inflammatoire intestinale active et les complications thromboemboliques est connue depuis longtemps, cette thrombose peut jouer un rôle dans l'initiation et le maintien de l'inflammation (46).

L'HBPM à doses prophylactique est fortement recommandée en raison du risque de complications thromboemboliques lourdes et de la mortalité associée (47).

Tous les malades de notre série ont bénéficié d'une héparinothérapie préventive .

- *Diète alimentaire :*

Le jeûne associé à une alimentation parentérale est une étape majeure dans la prise en charge des patients atteints de colite aigue grave . Cependant, aucune efficacité n'a été consentie.

Par contre, d'après plusieurs sources, La nutrition parentérale centrale a prouvé son inefficacité depuis longtemps(48).

En cas de malnutrition ou devant un état clinique critique, on peut associer des compléments nutritionnels hyper énergétiques et hyperprotéiques par voie entérale (49).

Dans notre étude , un repos digestif avec nutrition parentérale chez la totalité des malades a été indiqué , même s'il ne semble pas apporter de bénéfice supplémentaire au traitement intraveineux intensif.

2. Traitement spécifique :

- *But du traitement :*

L'objectif du traitement porte sur deux principes :

- sauver la vie du patient
- diminuer le taux de mortalité

Le traitement de la colite aigue grave nécessite un staff multidisciplinaire et une collaboration medico-chirurgicale.

Un bilan systématique devrait être effectué avant l'administration du traitement (27) :

- + Bilan sanguin complet évaluant l'état général ;
- + Bilanter une infection (clostridium difficile et sa toxine, CMV)
- + Rechercher une complication
- + Un bilan spécifique doit être réalisé avant le traitement immunomodulateur:
- + Les Sérologies : VIH, LHVB, HVC, CMV, EBV ;
- + Dépistage de tuberculose

- *Traitement des complications :*

Devant les formes compliquées la chirurgie est envisageable :

a) Colectasie ou mégacôlon toxique (50) :

Une distension colique $> 5,5$ cm associée à un tableau toxique fait de tachycardie, fièvre et leucocytose objective le mégacôlon toxique.

Elle est exceptionnelle mais dévastatrice de la colite. De nombreuses formes d'inflammation du colon peuvent donner lieu au mégacôlon toxique, mais la majorité survient chez des personnes atteintes d'une maladie inflammatoire de l'intestin(50).

En raison de la morbidité et de la mortalité élevées associées, la détection et la gestion précoce de la MT sont d'une importance capitale. L'indication de la colectomie subtotale en urgence doit être posée.

Le traitement médical est toujours indiqué en première intention, néanmoins il ne faut en aucun cas retarder la chirurgie en cas d'absence de réponse .

Dans notre étude , 3 cas de colectasie ont été noté. On a pas eu recours à la chirurgie en urgence. Les malades ont bien répondu à un traitement par infliximab.

b) Perforation colique :

C'est la complication majeure de la colectasie. Elle pose une indication chirurgicale impérative et rapide. le principe de cette intervention consiste en une colectomie subtotale avec double stomie .

Dans notre série, on a pas noté de cas de perforation colique.

c) Abcès abdominal :

Aucun de nos malades n'a présenté d'abcès abdominal dans notre étude .

d) Hémorragie massive :

Elle pose d'emblée l'indication à la colectomie , le traitement par endoscopie n'a pas prouvé son efficacité (51).

Aucun cas d'hémorragie n'a été noté chez nos patients .

• *Traitement de 1ère ligne/ la corticothérapie :*

a. Protocole :

Le traitement intensif par corticothérapie IV représente le traitement de choix et de 1^{ère} ligne des colites aiguës graves (52).

L'instauration de la corticothérapie doit être à forte dose avec au moins 0,8 mg/kg/j , ce qui équivaut la dose de méthylprédnisolone ou de l'hydrocortisone de 100mg 4/j pendant

cinq à sept jours. L'héparinothérapie à dose préventive est systématique. Des lavements de corticoïdes peuvent aussi être associés. Le repos digestif avec nutrition parentérale et l'antibiothérapie n'ont pas apporté de bénéfice supplémentaire (53;54;55). En revanche l'alimentation parentérale par une voie centrale est contre-indiquée vu le risque infectieux élevé.

Dans notre étude, Tous nos patients ont été mis d'emblée sous corticothérapie parentérale à la dose de 0,8 à 1mg/kg/j pour une durée moyenne de 5 jours.

b. Efficacité:

L'efficacité dans la Rectocolite hémorragique du traitement corticoïdes parentérale a été mise en évidence et prouvé par plusieurs études.

- L'étude de Truelove en 1974 , a démontré un taux de réponse à la corticothérapie de 60% chez 87 malades ayant une Réctocolite hémorragique sévère (52).

- Une étude mené aux états unis en 1995 , a démontré que la corticothérapie a permis l'obtention d'un taux de réponse de 62% pour la Rectocolite hémorragique et 65% pour la maladie de crohn (56).

- Un autre auteur, Faubion en 2001 a noté que la réponse après 30 jours de corticothérapie chez 74 malades souffrant de maladie de crhonactive était de 58% et de 54% chez 63 patients atteints de RCH (57).

- Une étude mené à Barcelone en 2004 a décrit un taux de réponse de 64,4 % chez les patients atteints de MC et 60,9 % des patients avec une Rectocolite hémorragique (58).

- La série indienne a révélé un taux de réponse de 79% au corticoïdes (59) ; la série chinoise quand a elle a décrit un chiffre beaucoup plus diminué de bonne réponse estimé à 44,5% (60).

- En Algérie, grâce a la corticothérapie, le taux de rémission était de 84% au 5ème jour (4)
- Dans notre pays , l'étude de Abid a noté que la corticothérapie a permis une obtention de la rémission a J5 du traitement chez 66% des malades (9)
- Dans notre étude, le taux de réponse au traitement de première ligne au 5ème jour était de 22,2%, considéré plus bas par rapport à la littérature .

Le tableau ci-dessous compare l'efficacité de la corticothérapie IV dans les différentes études ;

Tableau 5: l'efficacité de la corticothérapie IV dans les différentes études

Séries ,références et année	Taux de rémission sous corticothérapie
Truelove (52) 1974	60%
Kornbluthet (56) 1995	RCH : 62% MC : 65%
Faubion (57) 2001	RCH : 54% MC : 58%
Abu-suboh (58) 2004	RCH : 60,9% MC : 64,4%
Abid H (9) 2011	66,6%
Ait amraoui K (4) 2017	84%
Jain S. (59) 2017	79%
Tingbin X. (60) 2018	44,5%
Bichri I (11) 2018	55%
Notre série 2020	22,2%

c. Surveillance :

Une surveillance plusieurs fois par jour en calculant le score de Lichtiger est impérative. Le but du traitement est d'obtenir un taux de rémission clinique élevé caractérisé par un score de Lichtiger < 10, deux jours de suite et une baisse > à 3 points en comparant au score initial (27).

✚ Surveillance à J3 :

A J3 du traitement intensif par corticothérapie IV, la présence d'un des deux signes suivants signifie l'échec des corticoïdes et la nécessité d'une colectomie dans 85% des cas :

- > 8 selles glairo-sanglantes/jour
- Une protéine réactive C > 45 g/L (18).

✚ Surveillance à J5 :

- En cas de rémission, la corticothérapie parentérale est poursuivie jusqu'au 7^{ème} jour puis switch à la VO.

- Devant l'absence d'une réponse favorable, on discute soit le traitement médical de 2^{ème} ligne soit la colectomie après staff médico-chirurgical (61).

✚ Surveillance de J7 à J10:

- C'est la durée maximale pour déterminer la corticorésistance. Cette période de 7 jours a été établie en fonction des résultats de plusieurs études qui présument la durée moyenne de rémission en maximum 7 jours (62).

- Il faut donc préparer le malade aux Anti TNF α en réalisant les bilans pré-thérapeutiques nécessaires tout en écartant les contre-indications au traitement.

d. Corticorésistance et corticodépendance :

- **Corticorésistance** : Selon le consensus ECCO de 2013, la corticorésistance est définie comme la persistance d'une maladie active malgré un traitement par prednisolone à une dose supérieure à 0.75mg/kg/j sur une période de 4 semaines que ce soit pour la MC ou la RCH . C'est donc une absence de réponse dans les 4 semaines de traitement à pleine dose (63).

- **Corticodépendance** : impossibilité de réduire la dose en-deçà de 10 mg/j pour les corticoïdes classiques ou de 3 mg/j pour le budésonide dans les 3 mois suivant le début de la corticothérapie, ou récurrence dans les 3 mois suivant le sevrage (63).

e. Facteurs prédictifs d'échec à la corticothérapie

Plusieurs études se sont axées sur l'étude des facteurs prédictifs d'échec de la corticothérapie.

- Une étude faite par Travis en 1996 portant sur 49 cas a montré que 85% des malades n'ont pas obtenue une rémission sous corticothérapie et ont eu recours à la chirurgie (64).

- Une autre étude Lennard-Jones et qui a porté sur 189 cas de CAG a fait ressortir en analyse univarié 4 facteurs prédictifs de l'échec du traitement de première ligne à noter la $FC > 100$ batt/min , $T > 38^{\circ}C$, Nombre selles $> 9/j$ et l'albuminémie $< 30g/l$ cependant en analyse multivarié et en ajustant sur les autres paramètres aucun des facteurs étudiés n'a été significatif (65).

- Une autre étude prospective faite par Benzato, a objectivé en analyse univarié et multivarié quatre facteurs similaires: une $VS > 75mm/1h$, fièvre, CRP, nombre de selles $< 40\%$ à J5 (66).

- Une autre analyse rétrospective menée par Lindgren a révélé en analyse univarié que la persistance d'un nombre élevé des émissions glairo-sanglantes ainsi qu'une CRP augmentée à J3 du traitement étaient des facteurs prédictifs d'échec de la corticothérapie, Cependant aucun de ces facteurs n'a été retenue en analyse multivariée (67).

- Dans l'étude de Abid seule l'hypoalbuminémie définie par une albuminémie $< 30 g/l$ a été statistiquement significatif et associé à un échec de la corticothérapie intraveineuse (9).

- Une autre étude réalisée à Marrakech en 2018 à retrouvée que une fréquence cardiaque supérieur à 90 pulsation /min ($P=0,005$) , une vitesse de sédimentation $> 35mm/s$ ($P=0,014$) , les signes endoscopiques de gravité ($P=0,038$) et l'âge jeune ($P=0,01$) sont étroitement corrélés à un échec de la corticothérapie IV (68).

- Dans notre série, l'analyse multivariée a fait ressortir deux facteurs prédictifs d'échec à la corticothérapie IV et donc du recours au traitement de 2ème ligne :

- L'âge jeune des patients ;
- Et la présence de sang à J3.

Le tableau ci-dessous compare les résultats des différents études concernant facteurs prédictifs d'échec à la corticothérapie IV.

Tableau 6: facteurs prédictifs d'échec à la corticothérapie IV dans les différentes études.

Etudes, référence et année	Facteurs	<i>P value</i>
Lennard-jones (65) 1975	<ul style="list-style-type: none"> ○ FC>100 puls/min ○ Fièvre>38°C ○ Selles>9/jour ○ Hypoalbuminémie<30g/l 	<i>NS</i>
Travis (64)1996	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fréquence des Selles>8/jour ○ 3<Selles<8 + CRP>45mg/l 	<ul style="list-style-type: none"> ● <0,001 ● 0,018
Lindgren (67)1998	<ul style="list-style-type: none"> ○ Selles >8/jour ○ CRP élevée 	<i>NS</i>
Carbonnel (43) 2000	<ul style="list-style-type: none"> ○ Critères de Truelove ○ Evolution>6 Sem ○ Signes endoscopiques de gravité . 	<ul style="list-style-type: none"> ● 0,018 ● 0,001 ● 0,007
Benzato (66) 2004	<ul style="list-style-type: none"> ○ VS>75 ○ Température >38°C ○ Protéine C réactive élevée ○ Selles<40% a J5 	<ul style="list-style-type: none"> ● <0,05 ● <0,05 ● <0,05 ● 0,01
Abid H. (9) 2011	<ul style="list-style-type: none"> ○ Albuminémie < 30 g/l 	<i>0,038</i>
Ait amraoui K.(4) 2017	<ul style="list-style-type: none"> ○ hypoalbuminemie ○ CRP élevée 	<i>NS</i>
Ouhammou W. (68) 2018	<ul style="list-style-type: none"> ○ FC>90 puls/min ○ VS>35 ○ Les signes endoscopiques de gravité ○ L'âge jeune . 	<ul style="list-style-type: none"> ● 0,005 ● 0,014 ● 0,038 ● 0,001
Notre série 2020	<p>L'âge jeune des malades</p> <p>Présence de sang à J3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 0,03 ● 0,02

- *Traitement de deuxième ligne, Infliximab et Ciclosporine :*

L'échec à la corticothérapie doit donc être envisagé pour permettre la réalisation d'une colectomie à temps , ou d'un traitement Anti TNF α dans les meilleurs délais (J5 d'hospitalisation)

La corticothérapie peut certes induire parfois une rémission, cependant des patients échappent et y sont réfractaires (69). La Colectomie était le seul recours avant l'avènement des biothérapies notamment les Anti-TNF alpha. En revanche, le recours à la colectomie a significativement abaissé (19).

En cas d'échec à la corticothérapie IV, le recours à l'IFX ou la ciclosporine s'avère nécessaire d'après le consensus ECCO(61).

Dans notre série, c'est l'Infliximab qui a constitué le principal traitement de deuxième ligne.

a. Ciclosporine :

Ce médicament qui joue un rôle majeur et très important dans la prise en charge des colites aiguës graves n'est malheureusement pas disponible au Maroc et donc aucun des patients de notre série n'a bénéficié de ce traitement

Une étude de Lichtiger a prouvé que la ciclosporine entraîne une guérison meilleure que le placebo chez les patients réfractaire en traitement de première ligne dans la RCH (19).

Ce médicament existe sous deux formes :

- Intraveineuse (Sandimmun®)
- Orale (Némoral®)

Sandimmun® est perfusé en continue d'une dose de 2 mg/kg/j, l'objectif est d'obtenir une ciclosporinémie efficace qui varie entre 150 et 250 ng/ml. Si la réponse est favorable à la ciclosporine parentérale on peut alors switcher à la ciclosporine orale .

Certains auteurs suggèrent un traitement oral (Néoral®) initial de 2 mg/kg/12h . La corticothérapie per os est maintenue à la même dose jusqu'à l'obtention d'une réponse favorable ; l'appréciation de cette réponse est basé sur le score de Lichtiger(70).

La durée du traitement par la ciclosporine n'est pas encore fixé. Certaines études ont préconisent une durée de trente jours (71).

Les effets indésirables (72) fréquents et sévères, et qui sont les principaux facteurs limitants de ce traitement nécessitant parfois l'arrêt sont : la néphrotoxicité, les risques infectieux et la survenue de convulsions

Les effets indésirables mineurs, spontanément résolutifs ou après un ajustement de dose, incluent une hypertension artérielle, une hépatotoxicité, des céphalées, des paresthésies, une hyperkaliémie, une hypomagnésémie, ainsi qu'une hyperplasie gingivale et une hypertrichose.

Contrairement à la majorité des autres agents immunosuppresseurs, la CsA n'induit pas de myélosuppression.

b. Infliximab :

L'IFX fut le 1^{er} anti-TNF utilisé dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

→Bilan pré-thérapeutique (73) :

Un bilan pré-thérapeutique est nécessaire avant toute administration d'un anti TNF alpha notamment l'infliximab à la recherche de :

- Foyer infectieux : ORL , dentaire , urinaire, digestif, d'infections récurrentes
- Tuberculose : Interrogatoire détaillé du patient permettant d'évaluer le risque de tuberculose latente ou active avec réalisation d'une IDR ou d'un test Quantiferon®, associé à une radiographie pulmonaire,
- Insuffisance respiratoire,
- Insuffisance cardiaque,

- Antécédent personnel ou familial d'un cancer ou de lymphome,
- Antécédent de sclérose en plaques, de névrite optique ou de neuropathie démyélinisante,
- Antécédent d'affection pré-néoplasique (verruques, nævi, infection à HPV chez la femme, polypose, BPCO, œsophagite),
- Antécédent d'affection auto-immune systémique : Lupus, hépatite, vascularite,
- Vaccination récente avec un vaccin vivant,
- Grossesse, désir de grossesse(74).

→Indications :

Il est indiqué chez (75) :

- Les adultes présentant une poussée modérée à sévère de la **Maladie de Crohn**, non maîtrisé malgré l'utilisation de la corticothérapie ou d'un traitement immunosuppresseur, ou chez les adultes présentant des contre-indications a ces traitements,

- Les malades souffrant de fistule, compliquant la **Maladie de Crohn**, lorsque les traitements habituels comme les antibiotiques, le drainage chirurgical et les immunosuppresseurs ne sont pas efficaces et suffisants, ou chez lesquels ces traitements sont contre-indiqués ou mal tolérés,

- Les malades ayant une poussée modérée ou sévère de la **Rectocolite hémorragique**, malgré un traitement par corticoïdes et par immunosuppresseurs, ou chez lesquels ces traitements sont contre indiqués ou mal tolérés.

Il est utilisé comme traitement de 2^{ème} ligne, en alternative à la Ciclosporine.

→ **Contre-indications :**

Avant l'administration d'Infliximab, des contres-indications doivent être écartées (76) :

- Une tuberculose active,
- Une infection sévère ou des infections opportunistes,
- Une insuffisance cardiaque modérée ou sévère (classe III ou IV NYHA),
- Une hypersensibilité au produit ou aux protéines murines,
- Une maladie neurologique démyélinisante,
- Tumeur maligne datant de moins de cinq ans ou un lymphome ,
- Grossesse et allaitement : On préconise une contraception pendant six mois après la dernière injection,

→ **Protocole d'administration et posologies:**

L'infliximab n'est disponible qu'en milieu hospitalier sous forme d'une poudre à diluer pour perfusion en IV .

L'Infliximab n'est disponible qu'en milieu hospitalier. Il se présente sous la forme d'une poudre à diluer pour perfusion en intraveineuse (IV).

Le traitement est initié à une perfusion intraveineuse de 5 mg/kg pendant deux heures, suivi d'une perfusion de 5 mg/kg deux semaines après. La non-réponse après deux doses, évaluée six semaines suivant la première perfusion, conditionne et exige l'arrêt du traitement.

En cas de réponse, la poursuite du traitement comporte une perfusion d'entretien de 5 mg/kg à la semaine 6 après la première dose, suivie de perfusions toutes les 8 semaines.

Le traitement n'est réévalué qu'après l'administration de 3 doses dans la forme fistulisée de la MC ou dans la RCH (77).

La majorité des patients de notre étude ont été traités par l'Infliximab (21 cas) soit 77,8%.

→Efficacité :

- Un essai randomisé évaluant l'efficacité de l'Infliximab en la comparant au placebo, dans l'atteinte corticorésistante de la Rectocolite hémorragique a objectivé une diminution du taux de colectomie à 1 mois par rapport au résultats rapportés par le placebo (78).

- Dans une analyse qui englobe 8 séries étudiés, les anti- TNF α dont l'Infliximab ont montré un avantage et une supériorité en terme d'efficacité par rapport au placebo dans la réponse clinique et endoscopique et a permet ainsi la régression de la colectomie (19).

- Une étude de Kohn en 2004 , a révélé un taux de réponse à l'IFX de 77% (79).

- Dans une cohorte comportant 19 malades, Maser a noté en 2008 que 42% des patients ont subi une colectomie à 1 an (80).

- L'étude de Manosa a noté que 62% des cas ont bien répondu à L'infliximab ce qui a permis d'éviter la colectomie (81).

- L'étude de Sjoberg réalisé en 2013 , a rapporté un taux de guérison clinique à 3 mois de 50% et 54% à 12 mois (82).

- Chaparro a rapporté dans son étude que 29% ont eu une colectomie à 1 an (83).

- Une autre étude suédoise a noté un taux de colectomie de 50% à 3ans par rapport au résultats du placebo (76%) (69).

- Dans une autre méta-analyse de 39 études réalisé en Angleterre en 2018 , le taux des malades ayant échapper à la colectomie était de 84% au premier mois, 79,8% au troisième mois, 70,5% à douze mois (84).

- Dans une étude chinoise réalisé en 2018 , le taux de rémission sous IFX était de 64% (60).

- Dans notre pays , l'étude mené à Fès sur les CAG et celle menée à Rabat (9;10)

seule la chirurgie était indiquée comme traitement de 2ème ligne vu la non disponibilité de l'Infliximab et de la Ciclosporine .

- **Dans notre étude, 21 cas ont été mis sous Infliximab , dont 9 ont nécessité une colectomie. Le taux de réponse à l'IFX était donc de 57%.**

Le tableau ci-dessous présente les différentes études concernant la réponse à l'Infliximab .

Tableau 7: Résultats des différentes études portant sur le taux de réponse à l'IFX

Auteur, référence	Taux de rémission sous IFX
Kohn (79)	77%
Maser (80)	40%
Mañosa (81)	62%
Chaparro (83)	71%
Sjöberg (82)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 50% à 3mois ○ 54% à 4mois
Tingbin X. (60)	64%
Choy M.C. (84)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 84% à 1mois ○ 79,8% à 3 mois ○ 70,5% à 12mois
Notre série	57% (12 cas)

→ Effets secondaires:

- Infections : l'effet indésirable le plus fréquent :
 - La tuberculose qui peut se réactiver chez des patients ayant une infection latente, non traitée.
 - Infections virales (grippe, herpès, réactivation de VHB), bactériennes (sepsis, abcès, méningite, infections opportunistes, infections urinaires) ou fongiques (candidoses)(85;86). une prévention contre la pneumocystose est indiquée pour les infections opportunistes quand les anti tnf alpha notamment l'Infliximab ou la ciclosporine sont associés à d'autres immunomodulateurs (87).
- L'immunisation à l'Infliximab est à l'origine, soit des réactions allergiques au produit, soit d'une baisse de son efficacité. La COMBOTHERAPIE diminue ce risque d'immunisation et augmente l'efficacité du traitement(88)(89).
- Les manifestations allergiques surviennent le plus souvent pendant la perfusion du produit ou dans les heures qui suivent. Ils peuvent aller d'une gêne respiratoire, d'une sensation de malaise, d'une fièvre, une éruption sur la peau jusqu'au choc anaphylactique(90)(91).

Plus rarement, des réactions d'allergie retardée peuvent survenir quelques jours après la perfusion : fièvre, douleurs articulaires ou musculaires.

- Des éruptions cutanées qui ressemblent à de l'eczéma ou à du psoriasis.
- Des céphalées passagères qui peuvent nécessiter la prise ponctuelle des traitements antalgiques.
- Des études ont révélé que l'utilisation de l'Infliximab à dose élevée (10 mg/kg), s'est accompagnée d'aggravation d'insuffisances cardiaques. En revanche, aux doses à présent recommandées, il n'y a pas d'augmentation significative de l'incidence des défaillances cardiaques(92).

- Des insuffisances hépatiques aiguës, des hépatites sévères, des syndromes cholestatiques.

- Manifestations auto-immunes :

- Une augmentation de l'incidence de pathologies démyélinisantes(93;94).
- Le lupus induit mais rare(96).
- Quelques cas de vascularite du système nerveux central.

- Atteintes hématologiques : Thrombocytopénie, pancytopénie , aplasie médullaire .

- Néoplasies : En se basant sur les données actuelles, l'utilisation de l'Infliximab chez les patients atteints de MICI ne semble pas augmenter l'incidence de cancer et en particulier, de syndrome lymphoprolifératif (97).

→Facteurs prédictifs d'échec à l'IFX:

Plusieurs facteurs révélés par plusieurs auteurs sont incriminés dans l'échec du traitement et sont: Une CRP élevé , Une corticothérapie associée , maladie récente inférieure à 3ans , un score de Mayo supérieur ou égale à 10 (98).

• *Traitement de troisième ligne:*

Il n'est pas recommandé d'après le consensus ECCO sur la Rectocolite hémorragique(61). Son principe repose sur la prescription de l'Infliximab après échec à la ciclosporine ou inversement. Ce traitement doit être envisagé chez tous les patients en dehors d'abdomen chirurgical ou de mégacôlon toxique(99).

Une étude américaine ayant inclus une série de 7108 cas colectomisés a prouvé qu'une longue période d'hospitalisation préopératoire augmente la mortalité par colectomie en urgence pour colite aigue grave (100).

L'utilisation de la ciclosporine suivi de l'Infliximab ou de l'infliximab suivi de ciclosporine chez des malades présentant une corticorésistance et proposé à un traitement d'entretien par azathioprine expose à un risque infectieux non négligeable(101).

Dans notre série, on a pas eu recours au traitement de troisième ligne.

- *La chirurgie :*

- ❖ Principe :

Le traitement de la CAG est une urgence médico-chirurgicale qui nécessite une collaboration medico-chirurgicale.

Devant une complication (perforation, mégacôlon toxique ou hémorragie) ou un échec au traitement médical intensif, la chirurgie doit être indiquée en urgence(3).

La colectomie ne doit pas représenté le dernier recours, elle doit être discutée à chaque étape de la prise en charge thérapeutique. Elle a permis de diminuer la mortalité de la colite aigue grave.

le taux de mortalité augmente avec la durée d'hospitalisation préopératoire (27).

La colectomie subtotala avec double stomie présente l'intervention chirurgicale de référence et peut être réalisée par laparoscopie.

Les résultats opératoires sont satisfaisants en cas d'absence de colite aigue grave compliquée.

Après colectomie subtotala, la continuité digestive est rétablie généralement grace à une anastomose iléo-anale en cas de RCH et iléorectale en cas de MC (3).

- ❖ Indications :

- En urgence avant tout traitement :

- perforation colique :

Concernant notre étude, aucun malade n'a présenté une perforation colique.

- Hémorragie massive :

Aucun malade n'a présenté une hémorragie dans notre étude.

- Colectasie :

La coloscopie est contre indiquée chez les malades présentant une colectasie car on craint une perforation.

La prise en charge thérapeutique est basée tout d'abord sur un traitement médical de courte durée. Parfois, il peut s'avérer suffisant pour contrôler la crise mais devant l'absence d'une réponse favorable, une sanction chirurgicale est obligatoire(102).

Trois malades de notre effectifs ont présenté cette complication mais n'ont pas eu recours à la chirurgie.

- Autres complications :

La chirurgie doit être indiquée en urgence en cas de patient présentant un sepsis sévère (AEG- fièvre- déshydratation majeure avec troubles hydro-électrolytiques).

o Après échec du traitement médical :

Devant l'absence d'amélioration ou l'aggravation des signes à l'endoscopie, la chirurgie doit être proposé.

Le traitement médical assez prolongé expose au risque de morbidité voire mortalité post opératoire surtout la péritonite par perforation colique. En outre, la chirurgie ne doit pas être réalisée plus tôt chez un patient qui aurait pu guérir sous traitement médical.

Devant une bonne amélioration clinique et endoscopique sous traitement médical et en l'absence de colectasie, la chirurgie ne doit pas être indiquée.

Cependant, une absence d'amélioration franche après 5 jours de traitement pose l'indication à la colectomie(62).

❖ Voies d'abord :

○ La laparotomie :

La laparotomie représente l'opération de sauvetage quand le pronostic vital est engagé à court terme. elle permet l'exploration générale à la recherche de complications.

Des taux de mortalité et de morbidité assez élevés ont été noté par cette voie d'abord assez lourde, de 0,6 et de 33% sur une série de 164 patients (7).

La principale complication postopératoire était l'occlusion aiguë de l'intestin grêle qui peut imposer une deuxième laparotomie dans 8 % des cas.

○ La laparoscopie :

La coelioscopie peut être envisagée en l'absence d'urgence qui engage le pronostic vital.

Le recours à la voie laparoscopique pour le traitement des colites aiguës graves semble ainsi réalisable et sûre, entraînant un probable bénéfice pour les résultats opératoires(diminution du risque d'occlusion sur bride, retour rapide du transit) ainsi un bénéfice esthétique évident en comparant avec la laparotomie(103).

La coelioscopie est encore mieux acceptée par les malades vu qu'ils ont été traités préalablement par corticothérapie intensive et donc le plus souvent sont fragiles, Son bénéfice est alors évident par rapport à une laparotomie.

❖ Les techniques d'interventions:

○ **La colectomie subtotale avec double stomie:**

C'est la technique de référence réalisée en urgence, parfois même par coelioscopie si la colite est non compliquée et le chirurgien est expert (104).

C'est une intervention assez simple et certaine, qui consiste à réséquer la quasi-totalité' du colon malade sans réaliser d'anastomose : l'ensemble du colon droit, transverse et gauche est ainsi réséqué, suivi d'une iléostomie terminale en fosse iliaque droite et d'une sigmoïdostomie placée soit en fosse iliaque gauche, soit au bas de la cicatrice médiane ou, en fosse iliaque droite avec l'iléostomie(3).

Cette intervention conserve en place le rectum et une partie du sigmoïde à condition que ce dernier soit propre épargné de toute perforation ou nécrose.

L'avantage de la sigmoïdostomie est d'exclure les complications, de réaliser des irrigations antérogrades ou rétrogrades du segment exclu en cas de persistance de la maladie sur ce court tronçon et ainsi de contrôler l'évolution de la muqueuse; par la suite elle permet la restauration secondaire de la continuité (105).

En ce qui concerne notre étude, l'intervention chirurgicale a consisté en une colectomie subtotale avec double stomie chez 33,3% des cas.

○ **La colectomie type Hartmann :**

Cette méthode consiste à retirer la partie du colon atteinte en réséquant la charnière recto-sigmoïdienne, fermer le moignon rectal et enfin terminer par une iléostomie(106).

C'est une technique qui expose, en particulier dans la RCH ,à une proctectomie qui est le plus souvent secondaire a une hémorragie postopératoire à point de départ rectal, et qui est difficile à traiter par une méthode conservatrice (107).

Elle est cependant indiquée et bien réalisée dans les colites présentant des lésions importantes au niveau du sigmoïde tout en respectant le rectum.

Concernant notre étude, aucune colectomie de ce type n'a été faite.

○ **La colectomie totale avec anastomose iléo-rectale simple ou protégée par une iléostomie latérale d'amont :**

Ce type de colectomie nécessite deux conditions : Un bon état du rectum et l'absence de souillure péritonéale.

Elle constitue l'intervention la plus convenable si les conditions sont favorables.

Elle est encore la tendance actuelle des opérations réalisées en poussée aiguë de CAG déterminée selon le score de Truelove et Witts(108).

L'état des tissus à coudre et l'aspect de la muqueuse rectale orientent vers la possibilité de réaliser l'anastomose avec ou sans iléostomie protectrice. Ce qui garantit la sécurité de l'anastomose(109).

Aucune colectomie totale avec anastomose ileo-rectale n'a été faite dans notre étude.

○ **La colo-proctectomie totale**

Cette technique est rarement réalisée d'emblée. Ses avantages sont (110) :

- Eradiquer la maladie complètement devant une RCH,
- Exclure une hémorragie post chirurgicale qui démarre au niveau du rectum,
- Eliminer le risque d'une évolution rectale de la maladie inflammatoire.

Néanmoins, son inconvénient principal c'est l'irréversibilité . elle peut également exposer l'homme au risque de désordres sexuels.

Ce type d'intervention n'a pas été réalisé dans notre étude.

❖ Résultats :

Plusieurs auteurs ont considéré le recours à la colectomie est une option majeure pour sauver le malade, spécialement après échec du traitement médical.

- 32 études ouvertes regroupant 1948 malades ont noté un taux de colectomie de 27% avec 1% de mortalité (53).

- Une autre étude de Garcia comportant 491 cas, 140 parmi eux ont eu recours à une colectomie donnant un taux de 28,5% (111)

- Dans la série de Cheifetz, le taux de colectomie à 1an, 2 ans, et 5 ans était respectivement de 39%, 42% et 46%(112).

- Une autre étude française de weber a montré un taux de colectomie de 74% (70)

- Une autre étude de Sjoberg comportant 211 malades, 19% ont été colectomisés dans les deux semaines qui suivent le début du traitement(82).

- La série de Manosa a prouvé que 6 parmi 16 patients recevant un traitement de 3^{ème} ligne (38 %) ont été colectomisé plus tardivement(81).

- Dans une étude similaire de Chaparro, 29% ont été colectomisé à 1 an(83).

- L'étude suédoise a noté que parmi 147 malades, 46% ont eu recours à la colectomie(69).

- la série chinoise a indiqué un taux de colectomie de 40,2% (60) tandis que La série indienne, a estimé un taux de colectomie de 11%(59).

- En Algérie , une étude a noté qu'un seul malade a bénéficié d'une intervention chirurgicale après échec du traitement de 2^{ème} ligne, donnant un taux de 4%(4).

- Au maroc, l'étude menée à Fès comportant 72 malades, la colectomie a été indiquée chez 23 patients parmi 69 cas. Donnant un taux de 33,3%(9).

- Une autre étude au Maroc, mené à Marrakesh en 2018 à indiqué un taux de colectomie de 17%(68).

- Dans notre série, la chirurgie a été indiquée chez 9 patients soit 33% des malades après échec du traitement de 2^{ème} ligne à base d’Infliximab.

Le tableau suivant compare le taux de colectomie avec la littérature

Tableau 8: Comparaison du taux de colectomie avec la littérature

Auteur/ Année	Taux de colectomie
Truelove 1974	○ 30%
Chapman 1986	○ 27%
Garcia-Lopez 2005	○ 28,5%
Weber 2006	○ 74%
Gustavsson 2007	○ 46%
Maser 2008	○ 42%
Manosa 2009	○ 38%
Cheifetz 2011	○ 39% à 1an ○ 42% à 2ans ○ 46% à 5ans
Abid H 2011	○ 33,3%
Chapparo 2012	○ 29%
Sjöberg 2013	○ 19%
Jain S 2017	○ 11%
Ait amraoui K. 2017	○ 4%
Tingbin X. 2018	○ 40,2%
Ouhammou W. 2018	○ 17%
Notre série 2020	○ 33,3%



CONCLUSION



La CAG est une complication grave survenant au cours des MICI ainsi que la colite infectieuse.

Sa prise en charge doit être multidisciplinaire, faisant appel à la corticothérapie IV comme traitement de première ligne, la ciclosporine et l'infliximab représentent le traitement de 2^{ème} ligne. Cependant, il faut toujours garder à l'esprit le recours précoce à la chirurgie pour diminuer le taux de morbi-mortalité en rapport avec cette affection.

A la lumière de notre étude, on a conclu des résultats modestes avec un taux de réponse globale au traitement médical de 66,6% ; dont 22,2 % ont répondu à la corticothérapie IV et 44,4% ont répondu au traitement de 2^{ème} ligne (IFX).

L'analyse multi variée de notre série a retrouvé comme facteur prédictif d'échec à la corticothérapie parentérale :

- L'âge jeune des malades.
- La présence du sang à J3.

La grande menace sera donc de maintenir un taux de mortalité nul ainsi qu'un taux de morbidité faible, Notre étude nous a donc permis de nous concentrer sur les mesures nécessaires:

- la prise en charge immédiate ;
- La disponibilité de l'IFX dans notre série ;
- L'assistance de toutes les disciplines concernées ;
- La prise en charge globale des CAG doit également inclure une prise en charge psychologique des malades.



RESUMES



Résumé

Titre : Facteurs prédictifs d'échec à la corticothérapie intraveineuse au cours des colites aiguës graves

Auteur : Fadwa EL BAKARI

Mots clé : corticothérapie - colite aiguë grave- MICI

Introduction :

La CAG est une urgence médico-chirurgicale qui complique 15% des RCH et rarement une MC.

Notre objectif est d'étudier les facteurs prédictifs d'échec à la corticothérapie intraveineuse au cours des CAG.

Matériels et méthodes :

C'est une étude prospective portant sur 27 cas hospitalisés au service de gastro-entérologie de l'HMIMV de Rabat.

Le diagnostic de CAG a été retenu sur le score de Truelove et Witts. Tous les patients ont eu recours à un traitement par corticothérapie IV ainsi qu'un traitement par infliximab +/- chirurgie au besoin.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients est de 37,8 ans. Une nette prédominance féminine a été retrouvée. 78 % de nos patients avaient une CAG inaugurale et 22% des malades avaient une CAG compliquant une MICI connue.

La clinique est dominée par les émissions glairo-sanglantes et les douleurs abdominales. L'endoscopie a rapporté des signes de gravité chez 33% des cas.

Le taux de réponse à la corticothérapie IV est de 22,2%. 21 malades ont été mis sous infliximab (77,8%) tandis que 33,3% des cas ont eu recours à la chirurgie.

En analyse univariée, les facteurs prédictifs d'échec sont l'âge ($p= 0,01$), le taux d'hémoglobine ($p= 0,021$), et la présence du sang à J3 ($p< 0,01$). En analyse multivariée, seul l'âge ($p= 0,03$) et la présence du sang à J3 ($P=0,02$) sont prédictifs d'échec à la corticothérapie intraveineuse.

Conclusion :

A la lumière de notre étude et en se référant à la littérature, les sujets jeunes gardant du sang dans les selles à J3 du traitement répondent moins à cette dernière et nécessitent le recours à un traitement de deuxième ligne.

Abstract

Title: Predictors factors of intravenous corticosteroid therapy failure in severe acute colitis

Author: Fadwa EL BAKARI

Key words: corticothérapie- severe acute colitis- IBD

Introduction:

Severe acute colitis is a medical and surgical emergency that complicates 15% of ulcerative colitis. The objective of our work is to study the predictive factors of failure of intravenous corticosteroid therapy in severe acute colitis.

Materials and methods :

This is a prospective study spread over 2 years and 7 months, covering 27 cases of CAG hospitalized in the gastroenterology department 1 of the HMIMV in Rabat.

The diagnosis of CAG was retained on the score of truelove and witts and the score of lichtiger. All the patients had recourse to non-specific treatment, 1st line treatment with IV corticosteroid therapy as well as 2nd line treatment with infliximab +/- surgery as needed.

Results:

The average age of our patients is 37.8 years. 78% had an inaugural CAG while 22% of patients had CAG complicating a known IBD.

Endoscopy was performed in all of our patients, showing endoscopic signs of severity in 33% .

The response rate to IV corticothérapie is 22.2%. 21 patients were put on infliximab as a second-line treatment (77.8%).

The subtotal colectomy with double stoma is operation performed in the failure of first-line medical treatment. It was indicated in 33.3%.

In univariate analysis, the predictive factors are age ($p = 0.01$), hemoglobin ($p = 0.021$), and the presence of blood on D3 ($p < 0.01$). In multivariate analysis, only age ($p = 0.03$) and the presence of blood on D3 ($P = 0.02$) are predictive of failure of intravenous corticosteroid therapy.

Conclusion:

In our study, young subjects who keep blood in the stool on D3 after initiation of IV corticothérapie respond less to the latter and require recourse to second-line treatment.

ملخص

العنوان: العوامل المنبئة بفشل علاج الكورتيكوستيرويد الوريدي في التهاب القولون الحاد الوخيم

المؤلف: فدوى البكاري

الكلمات الأساسية: العلاج بالكورتيكوستيرويد-التهاب القولون الحاد الشديد-مرض التهاب الأمعاء المزمن

المقدمة:

التهاب القولون الحاد هو حالة طبية طارئة تؤدي إلى مضاعفات 15% من التهاب القولون التقرحي ونادرًا ما يحدث داء كرون أو التهاب القولون المعدي. الهدف من عملنا هو دراسة العوامل التنبؤية لفشل العلاج بالكورتيكوستيرويد الوريدي في إدارة التهاب القولون الحاد.

المواد والأساليب:

هذه دراسة تمتد على مدى سنتين و 7 أشهر ، وتغطي 27 حالة من حالات التهاب القولون الحاد في قسم أمراض الجهاز الهضمي 1 في المستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط .

تم تشخيص التهاب القولون الحاد على truelove و witts و lichtiger . لجأ جميع المرضى إلى علاج غير محدد ، وخط العلاج الأول مع العلاج بالكورتيكوستيرويد الوريدي بالإضافة إلى علاج الخط الثاني باستخدام إنفليكسيماب +/- جراحة حسب الحاجة.

النتائج:

يبلغ متوسط عمر مرضانا 37.8 سنة. بينما كان 22% من المرضى لديهم التهاب القولون الحاد مما يعقد أحد أمراض الأمعاء الالتهابية. تم إجراء التنظير الداخلي لجميع مرضانا ، حيث أظهر علامات الخطورة في 33% .

معدل الاستجابة للعلاج بالكورتيكوستيرويد الوريدي 22.2% . تم وضع 21 مريضاً على إنفليكسيماب 77.8%.

استئصال القولون الجزئي مع الفغرة المزدوجة هو العملية المختارة التي يتم إجراؤها بشكل عاجل في حالة فشل العلاج الطبي . تمت الإشارة إليه في 33.3% من المرضى . كان معدل الوفيات 0%.

في التحليل أحادي المتغير، العوامل التنبؤية لفشل العلاج بالكورتيكوستيرويد هي العمر ($p = 0.01$) ، ومستوى الهيموغلوبين ($p = 0.021$) ، ووجود الدم على D3 بعد بدء العلاج ($P < 0.01$)

في التحليل متعدد المتغيرات ، فقط العمر ($p=0,03$) ووجود الدم على D3 ($P = 0.02$) ينبئ بفشل العلاج بالكورتيكوستيرويد الوريدي.

استنتاج:

في ضوء دراستنا ، فإن الأشخاص الشباب الذين يحتفظون بالدم في البراز على D3 بعد بدء العلاج بالكورتيكوستيرويد الرابع يستجيبون بشكل أقل لهذا الأخير ويتطلبون اللجوء إلى علاج الخط الثاني.



ANNEXES



Annexe : fiche d'exploitation

I. Identité :

- Age..... ans
- Sexe : Masculin Féminin

II. Antécédents :

1. Personnels :

- MICI connue : oui non
- Tabagisme : oui non
- Autres : oui non
- Si oui : lequel :

2. Familiaux :

- MICI connue : oui non

III. Symptômes à l'admission :

- Douleurs abdominales :
- Emissions glairo-sanglantes :
- Altération de l'état général :
- Syndrome rectal :
- Symptômes extra digestifs :
- Complications :
 - Hémorragie massive :
 - Abdomen aigue :
 - Septicémie :
 - Thrombophlébite :
 - Dénutrition :

IV. Cliniques :

1. Examen general :

- Température > 38°C :
- Tachycardie :

2. Examen abdominal :

- Sensibilité abdominale :
- Défense abdominale :
- Masse abdominale :
- Epanchement péritonéal :

VIII. Score de gravité :

Score de truelove :

Score de lichtiger :

IX. Prise en charge thérapeutique :

1. Prise en charge non spécifique :

- Rééquilibrage hydro électrolytique et hématologique :
- Antibiothérapie :
Molécules :
- Anticoagulants :
- Repos digestif :

2. Prise en charge spécifique : Traitement de la poussée :

➤ Médical :

- Traitement spécifique de 1^{ère} ligne :
Corticoides :
Per os parentérale
Dose :
Evolution :
- Traitement spécifique de 2^{ème} ligne :
Infliximab
Per os
Dose :
Evolution :

➤ Chirurgical :

- Indications :
 - Complications
 - Echec du traitement médical
 - Manques de moyens

X. Evolution :

➤ Evaluation a J3 :

- Sur le plan clinique :
 - Sang à j3:
 - Nombres de selles a J3 :
- Sur le plan biologique :
 - CRP à j3 :

➤ Rémission : après ?

- Corticothérapie
- Infliximab
- Chirurgie

XI. Traitement d'entretien :

1. Azathioprine :

- Voie :
- Dose :
- Durée :

2. Infliximab :

- Voie :
- Dose :
- Durée :



BIBLIOGRAPHIE



- [1] **Bouhnik Y, Alvès A, Beau P, Carbonnel F, Lévy P.** [Treatment of severe ulcerative colitis]. *Gastroenterol Clin Biol*. oct 2004;28(10 Pt 2):984-91.
- [2] **Bounab N, Kaddache N, Kecili L, Balamane A, Layaida K, Oussalah A, et al.** P.167 Aspects anatomocliniques et évolutifs des colites aiguës sévères de la rectocolite hémorragique à Alger. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*. 1 mars 2009;33(3, Supplement 1):A102.
- [3] **Bretagnol F, Panis Y.** Colite aiguë grave: traitement chirurgical. *Colon Rectum*. 1 févr 2008;2(1):22-5.
- [4] **Ait Amraoui K; Deflaoui Z.** CAG, conduite à tenir (à propos de 25 cas). Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine, CHU de Bejaia.
- [5] **Lynch RW, Lowe D, Protheroe A, Driscoll R, Rhodes JM, Arnott I DR.** Outcomes of rescue therapy in acute severe ulcerative colitis: data from the United Kingdom inflammatory bowel disease audit. *Aliment Pharmacol Ther*. oct 2013;38(8):935-45.
- [6] **Lichtiger S, Present DH, Kornbluth A, Gelernt I, Bauer J, Galler G, et al.** Cyclosporine in Severe Ulcerative Colitis Refractory to Steroid Therapy. *New England Journal of Medicine*. 30 juin 1994;330(26):1841-5.

- [7] **Alves A, Panis Y, Bouhnik Y, Maylin V, Lavergne-Slove A, Valleur P.** Subtotal colectomy for severe acute colitis: a 20-year experience of a tertiary care center with an aggressive and early surgical policy. *Journal of the American College of Surgeons*. 1 sept 2003;197(3):379-85.
- [8] **Zeegers M, D'haens G, Van Assche G, Arts J, Hiele M, D'Hoore A, et al.** Long-term outcome of treatment with intravenous cyclosporin in patients with severe ulcerative colitis. *Inflammatory Bowel Diseases*. 1 mars 2004;10(2):73-8.
- [9] **Abid H.** Prise en charge diagnostique et thérapeutique des CAG au cours des MICI.
- [10] **Kabbage S.** La morbi-mortalité des CAG opérées. Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, Rabat 2014.
- [11] **Bichri I.** Traitement chirurgical des colites aiguës graves. Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, Marrakech 2018.
- [12] **Gouin P, Veber B.** Colites aiguës infectieuses graves. *Réanimation*. mai 2008;17(3):197-205.
- [13] **Bigard M-A.** Colite aiguë grave au cours des MICI: l'étape diagnostique. *Colon Rectum*. févr 2008;2(1):5-9.
- [14] **Brun M.** Colite aiguë grave. *Hegel*. 2016;N° 1(1):39.
- [15] **Schoepfer AM, Beglinger C, Straumann A, Safroneeva E, Romero Y, Armstrong D, et al.** Fecal Calprotectin More Accurately Reflects Endoscopic Activity of Ulcerative Colitis than the Lichtiger Index, C-

- reactive Protein, Platelets, Hemoglobin, and Blood Leukocytes. *Inflammatory Bowel Diseases*. 1 févr 2013;19(2):332-41.
- [16] **Lichtiger S, Present Daniel H.** Preliminary report: cyclosporin treatment of severe active ulcerative colitis. *The Lancet*. 7 juill 1990;336(8706):16-9.
- [17] **Turner D, Seow CH, Greenberg GR, Griffiths AM, Silverberg MS, Steinhart AH.** A Systematic Prospective Comparison of Noninvasive Disease Activity Indices in Ulcerative Colitis.
- [18] **Geboes K, Sandborn WJ, Irvine EJ, D'Haens G, Hanauer SB, Feagan BG, et al.** A Review of Activity Indices and Efficacy End Points for Clinical Trials of Medical Therapy in Adults With Ulcerative Colitis. *Gastroenterology*. févr 2007;132(2):763-86.
- [19] **Sandborn WJ, Rutgeerts P, Johanns J, Reinisch W, Olson A, Feagan BG, et al.** Infliximab for Induction and Maintenance Therapy for Ulcerative Colitis. *N Engl J Med*. 8 déc 2005;353(23):2462-76.
- [20] **Lewis JD, Chuai S, Nessel L, Lichtenstein GR, Aberra FN, Ellenberg JH.** Use of the noninvasive components of the Mayo score to assess clinical response in Ulcerative Colitis. *Inflammatory Bowel Diseases*. 1 déc 2008;14(12):1660-6.
- [21] **Carbonnel F.** [Management of severe or corticosteroid resistant ulcerative colitis]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2007;398-403.
- [22] **Pariente B.** Prise en charge d'une colite aiguë grave. :8.
- [23] **Bret P, Valette PJ.** La radiologie dans les CAG. *Acta Endosc*. mai 1987;17(S3):26-7.

- [24] **Haber GB.** Role of endoscopy in inflammatory bowel disease. *Digest Dis Sci.* 1 déc 1987;32(12):S16-25.
- [25] **Valleur P, Bitoun A, Lémann M, Lavergne A, Carbonnel F, Hautefeuille P, et al.** Colonoscopy of acute colitis. *Digest Dis Sci.* 1 juill 1994;39(7):1550-7.
- [26] **Marteau P, Ould-Hocine M.** Endoscopie dans les colites aiguës graves. :17.
- [27] **Laharie D.** Comment optimiser la prise en charge de la colite aiguë grave Hépatogastro- & Oncologie Digestive. 2010;17(4):21-7.
- [28] **Shergill AK, Lightdale JR, Bruining DH, Acosta RD, Chandrasekhara V, et al** American Society for Gastrointestinal Endoscopy Standards of Practice Committee, The role of endoscopy in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc.* mai 2015;81(5):1101-1121.e1-13.
- [29] **Cazals-Hatem D.** Diagnostic de colite sur biopsie : démarche pratique pour les pathologistes. *Revue Francophone des Laboratoires.* 1 janv 2019;2019(508):38-47.
- [30] **HAOUET S, KHLIFI S, KRICHEN A.** Difficultés du diagnostic histologique au cours des colites aiguës graves : Table Ronde: colites aiguës graves. *Tunis chir.* 2002;(1-4):19-21.
- [31] **Duclos B.** Diagnostic étiologique des colites aiguës graves. 1998;3.
- [32] **Simpson N, Klipfel N, Kim JJ, DeBose R, Barr N, Laine L.** Cytomegalovirus Infection in Patients with Active Inflammatory Bowel Disease. *Dig Dis Sci.* avr 2010;55(4):1059-65.
- [33] **Blaser MJ.** Infectious Diarrheas: Acute, Chronic, and Iatrogenic. *Ann Intern Med.* 1 nov 1986;105(5):785-7.

- [34] **Brown WJ, Hudson MJ, Patrick S, Matthews SCW, Hill MJ, Gent AE, et al.** Search for Enteric Microbial Pathogens in Patients with Ulcerative Colitis. *DIG.* 1992;53(3-4):121-8.
- [35] **Matsumoto T, Iida M, Kimura Y, Fujishima M.** Culture of colonoscopically obtained biopsy specimens in acute infectious colitis. *Gastrointestinal Endoscopy.* 1 mars 1994;40(2):184-7.
- [36] **Tedesco FJ, Hardin RD, Harper RN, Edwards BH.** Infectious colitis endoscopically simulating inflammatory bowel disease: a prospective evaluation. *Gastrointestinal Endoscopy.* 1 août 1983;29(3):195-7.
- [37] Histological discrimination of idiopathic inflammatory bowel disease from other types of colitis. | *Journal of Clinical Pathology* [Internet]. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://jcp.bmj.com/content/48/8/749.short>
- [38] **Surawicz CM, Haggitt RC, Husseman M, McFarland LV.** Mucosal biopsy diagnosis of colitis: Acute self-limited colitis and idiopathic inflammatory bowel disease. *Gastroenterology.* 1 sept 1994;107(3):755-63.
- [39] **Schumacher G, Kollberg B, Sandstedt B.** A Prospective Study of First Attacks of Inflammatory Bowel Disease and Infectious Colitis: Histologic Course during the 1st Year after Presentation. *Scandinavian Journal of Gastroenterology.* 1 janv 1994;29(4):318-32.
- Min K, Dubois RW, Laine L, Chen C, Smith R.** Systematic review: the lower gastrointestinal adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther.* sept 2006;24(5):751-67.
- [40] Ischaemic colitis: two distinct patterns of severity. [Internet]. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1374090/>

- [41] **London IJ, Rhodes JM, Leiper K.** Management of the first presentation of severe acute colitis. *Baillière's Clinical Gastroenterology*. mars 1997;11(1):129-51.
- [42] **Gargouri D, Cattan S, Lémann M, Beaugerie L, Carbonnel F, Cosnes J, et al.** Predictive factors of outcome of intensive intravenous treatment for attacks of ulcerative colitis. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. mars 2000;14(3):273-9.
- [43] **Dia D, Cisse M, Diouf G, Kasse-Gaye M, Guèye M, Ba O, et al.** Severe acute colitis: Two fatal cases in Dakar. *Medecine et sante tropicales*. 8 oct 2014;24.
- [44] **Wong C, Mahadevan U, Bitton A, Feagan BG, Thia KT, Cockeram A, et al.** Ciprofloxacin or metronidazole for the treatment of perianal fistulas in patients with Crohn's disease: A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Inflammatory Bowel Diseases*. janv 2009;15(1):17-24.
- [45] **Irving PM, Pasi KJ, Rampton DS.** Thrombosis and Inflammatory Bowel Disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 1 juill 2005;3(7):617-28.
- [46] **Zitomersky NL, Verhave M, Trenor CC III.** Thrombosis and inflammatory bowel disease: A call for improved awareness and prevention. *Inflammatory Bowel Diseases*. 1 janv 2011;17(1):458-70.

- [47] **Hecketsweiler P, Powell-Tuck J, Wood SR, Lennard-Jones JE, McIntyre PB, Lerebours E, et al.** Controlled trial of bowel rest in the treatment of severe acute colitis. *Gut*. 1 mai 1986;27(5):481-5.
- [48] **Bonaz B, Mathieu N, Chambron E.** Nutrition et maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin. *J Afr Hepato Gastroenterol*. 1 déc 2007;1(3):136-40.
- [49] **Beck PL, Gan SI.** A new look at toxic megacolon: an update and review of incidence, etiology, pathogenesis, and management.
- [50] **Sachar DB.** Management of acute, severe ulcerative colitis. *J Dig Dis*. févr 2012;13(2):65-8.
- [51] **Truelove SC, Witts LJ.** Cortisone in Ulcerative Colitis. *Br Med J*. 14 août 1954;2(4884):375-8.
- [52] **Chapman RW, Selby WS, Jewell DP.** Controlled trial of intravenous metronidazole as an adjunct to corticosteroids in severe ulcerative colitis. *Gut*. 1 oct 1986;27(10):1210-2.
- [53] **G. J. Mantzaris, K. Petraki, E. Arc.** A Prospective Randomized Controlled Trial of Intravenous Ciprofloxacin as an Adjunct to Corticosteroids in Acute, Severe Ulcerative Colitis. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. janv 2001;36(9):971-4.
- [54] **Dunckley P, Jewell D.** Management of acute severe colitis. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 1 févr 2003;17(1):89-103.

- [55] **Kornbluth A, Marion JF, Salomon P, Janowitz HD.** How effective is current medical therapy for severe ulcerative and Crohn's colitis: an analytic review of selected trials.
- [56] **Faubion WA, Loftus EV, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Sandborn WJ.** The natural history of corticosteroid therapy for inflammatory bowel disease: A population-based study. *Gastroenterology*. août 2001;121(2):255-60.
- [57] **Abu Suboh Abadía M, Casellas F, Vilaseca J, Malagelada J-R.** Response of first attack of inflammatory bowel disease requiring hospital admission to steroid therapy. *Rev esp enferm dig* [Internet]. août 2004 [cité 8 déc 2020];96(8).
- [58] **Jain S, Kedia S, Sethi T, Bopanna S, Yadav DP, Goyal S, et al.** Predictors of long-term outcomes in patients with acute severe colitis: A northern Indian cohort study: Acute severe colitis: Long-term outcome. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. mars 2018;33(3):615-22.
- [59] **Xie T, Zhang T, Ding C, Dai X, Li Y, Guo Z, et al.** Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS) versus Mayo Endoscopic Score (MES) in guiding the need for colectomy in patients with acute severe colitis. *Gastroenterology Report*. 1 févr 2018;6(1):38-44.

- [60] **Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, Ardizzone S, Armuzzi A, Barreiro-de Acosta M, et al.** Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis.
- [61] **Kedia S, Ahuja V, Tandon R.** Management of acute severe ulcerative colitis. *World J Gastrointest Pathophysiol.* 15 nov 2014;5(4):579-88.
- [62] N-ECCO survey results of nursing practice in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis in Europe | *Journal of Crohn's and Colitis* | Oxford Academic [Internet]. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/8/10/1300/2392527?login=true>
- [63] **Travis SP, Farrant JM, Ricketts C, Nolan DJ, Mortensen NM, Kettlewell MG, et al.** Predicting outcome in severe ulcerative colitis. *Gut.* 1 juin 1996;38(6):905-10.
- [64] **Lennard-Jones JE, Ritchie JK, Hilder W, Spicer CC.** Assessment of severity in colitis: a preliminary study. *Gut.* 1 août 1975;16(8):579-84.
- [65] **Benazzato L, D'Inca R, Grigoletto F, Perissinotto E, Medici V, Angriman I, et al.** Prognosis of severe attacks in ulcerative colitis: effect of intensive medical treatment. *Digestive and Liver Disease.* juill 2004;36(7):461-6.
- [66] **Lindgren SC, Flood LM, Kilander AF, Löfberg R, Persson TB, Sjö Dahl RI.** Early predictors of glucocorticosteroid treatment failure in severe and moderately severe attacks of ulcerative colitis.
- [67] **Ouhammou W.** Les colites aiguës graves : prise en charge et évaluation pronostique thèse pour l'obtention du doctorat en médecine 2018 Université Cadi Ayyad.

- [68] **Gustavsson A, Halfvarson J, Magnuson A, Sandberg-Gertzén H, Tysk C, Järnerot G.** Long-Term Colectomy Rate After Intensive Intravenous Corticosteroid Therapy for Ulcerative Colitis Prior to the Immunosuppressive Treatment Era. *Am J Gastroenterol* nov 2007;102(11):2513-9.
- [69] **Weber A, Fein F, Koch S, Dupont-Gossart A-C, Manton G, Heyd B, et al.** Treatment of ulcerative colitis refractory to steroid therapy by oral microemulsion cyclosporine (neoral). *Inflammatory Bowel Diseases*. 1 déc 2006;12(12):1131-5.
- [70] **DOMENECH E.** Azathioprine without oral cyclosporine in the long-term maintenance of remission induced by intravenous cyclosporine in severe, steroid-refractory ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002;206:1-5.
- [71] **Paul C.** Université Paul Sabatier et Dermatologie, Hôpital Larrey, 24 chemin de Pourville, 31059 Toulouse, France. :11.
- [72] **Djilali I, Khenoussa A.** Place des biothérapies dans la prise en charge des MICI : Etude rétrospective et prospective évaluant le profil et le type de prise en charge des patients traités par infliximab et adalimumab (efficacité et tolérance) au CHU de Tlemcen de nov. 2013 à mai. 2014. [Internet] [Thesis]. 2014 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <http://dspace.univ-tlemcen.dz/handle/112/9774>
- [73] Influence of Immunogenicity on the Long-Term Efficacy of Infliximab in Crohn's Disease | *NEJM* [Internet]. [cité 2 févr 2021].
- [74] Infliximab: REMICADE®, INFLECTRA®, REMSIMA®, FLIXABI® [Internet]. GETAID. [cité 2 févr 2021].
- [75] **Wendling D, Combe B.** Prescrire et surveiller une biothérapie de la polyarthrite rhumatoïde en pratique courante - Biotherapies in RA:

- prescription and management in clinical practice. M ISE AU POINT. 2004;8.
- [76] **Dalibon P.** Maladie de Crohn et rectocolite ulcéro-hémorragique, de grandes similitudes. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 avr 2015;54(545):20-4.
- [77] **Friis-Liby I, Karlen P, Gärnerot G, Blomquist L, Hertervig E, Grännö C, et al.** Infliximab as Rescue Therapy in Severe to Moderately Severe Ulcerative Colitis.
- [78] **Kohn A, Daperno M, Armuzzi A, Cappello M, Biancone L, Orlando A, et al.** Infliximab in severe ulcerative colitis: short-term results of different infusion regimens and long-term follow-up.
- [79] **Maser EA, Deconda D, Lichtiger S, Ullman T, Present DH, Kornbluth A.** Cyclosporine and infliximab as rescue therapy for each other in patients with steroid-refractory ulcerative colitis.
- [80] **Mañosa M, Román ALS, Garcia-Planella E, Bastida G, Hinojosa J, Gonzalez-Lama Y, et al.** Infliximab Rescue Therapy after Cyclosporin Failure in Steroid-Refractory Ulcerative Colitis. *DIG*. 2009;80(1):30-5.

- [81] **Sjöberg M, Magnuson A, Björk J, Benoni C, Almer S, Friis-Liby I, et al.** Infliximab as rescue therapy in hospitalised patients with steroid-refractory acute ulcerative colitis: a long-term follow-up of 211 Swedish patients.
- [82] **Chaparro.** Infliximab salvage therapy after failure of ciclosporin in corticosteroid-refractory ulcerative colitis: a multicentre study 2012.
- [83] **Choy M, Seah D, Faleck D, Shah S, Al Khoury A, An Y-K, et al.** P542 Infliximab salvage therapy in acute severe ulcerative colitis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Crohn's and Colitis*. 16 janv 2018;12:S379-80.
- [84] Tuberculosis Associated with Infliximab, a Tumor Necrosis Factor α -Neutralizing Agent | *NEJM* [Internet]. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa011110>
- [85] **Parita S, Vivek K, Stephan K, William P, Yizhak K.** Infliximab Therapy Leading to Pulmonary Tuberculosis in a Patient With Negative Interferon γ Release Assay (IGRA)-Based QuantiFERON Gold Test. *Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports*. juill 2017;5(3):232470961771754.
- [86] **Lewis A, Murch SH, Thomson MA, Casson DH, Walker-Smith JA, Davies SE** Low-dose intravenous azathioprine may be effective in the management of acute fulminant colitis complicating inflammatory bowel disease.
- [87] **Danese S, Dignass AU, Gasche C, Gisbert JP, Birgegård G, Bettenworth D, et al.** European Consensus on the Diagnosis and Management of Iron Deficiency and Anaemia in Inflammatory Bowel Diseases.

- [88] Infliximab, Azathioprine, or Combination Therapy for Crohn's Disease | NEJM [Internet]. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa0904492>
- [89] **Schnitzler F, Fidler H, Ferrante M, Noman M, Arijs I, Assche G V, et al.** Long-term outcome of treatment with infliximab in 614 patients with Crohn's disease: results from a single-centre cohort. *Gut*. 1 avr 2009;58(4):492-500.
- [90] Infliximab for Inflammatory Bowel Disease in Denmark 1999–2005: Clinical Outcome and Follow-Up Evaluation of Malignancy and Mortality.
- [91] Heart failure among younger rheumatoid arthritis and Crohn's patients exposed to TNF- α antagonists | Rheumatology | Oxford Academic [Internet]. [cité 2 févr 2021].
- [92] Cytomegalovirus infection and Guillain-Barre syndrome | Neurology [Internet]. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://n.neurology.org/content/47/3/668.short>
- [93] **Mohan N, Edwards ET, Cupps TR, Oliverio PJ, Sandberg G, Crayton H, et al.** Demyelination Occurring During Anti-Tumor Necrosis Factor \square Therapy for Inflammatory Arthritides. :8.
- [94] **Visser LH, Jacobs BC, Schmitz PIM, van Doorn PA.** Cytomegalovirus infection and Guillain-Barré syndrome: :7.
- [95] **Hochberg MC, Lebowitz MG, Plevy SE, Hobbs KF, Yocum DE.** The Benefit/Risk Profile of TNF-Blocking Agents: Findings of a Consensus Panel. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 1 juin 2005;34(6):819-36.

- [96] **Martin T.** « Anticorps anti-TNF, quelles applications, quels effets secondaires ? » Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique. 1 avr 2006;46(3):261-6.
- [97] **SandbornWJ,RutgeertsP,FeaganBG,ReinischW,OlsonA,JohannsJ,et al.** Colectomyratecomparisonaftertreatmentofulcerativecolitiswithplaceboor infliximab. Gastroenterology. oct 2009;137(4):1250-60; quiz 1520.
- [98] **DayanB,TurnerD.** Role of surgery in severe ulcerative colitis in the era of medical rescue therapy. World J Gastroenterol. 7 août 2012;18(29):3833-8.
- [99] **KaplanGG, McCarthyEP, AyanianJZ, Korzenik J, Hodin R, Sands BE.** Impact of Hospital Volume on Postoperative Morbidity and Mortality Following a Colectomy for Ulcerative Colitis. Gastroenterology. mars 2008;134(3):680-687.e1.
- [100] **Yanai H, Hanauer SB.** Assessing Response and Loss of Response to Biological Therapies in IBD: American Journal of Gastroenterology. avr 2011;106(4):685-98.
- [101] **Affi R, Aourarh A, Sefraoui M, Mansouri F, Essaid A, Sebti MF.** LE MEGACOLON TOXIQUE DANS LA MALADIE DE CROHN. 1998;3.

- [102] **Hatwell C, Maggiori L, Bretagnol F, Panis Y.** La chirurgie laparoscopique des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : faisabilité et avantages – Laparoscopic surgery for inflammatory bowel disease. :5.
- [103] **Marceau C, Alves A, Ouaissi M, Bouhnik Y, Valleur P, Panis Y.** Laparoscopic subtotal colectomy for acute or severe colitis complicating inflammatory bowel disease: A case-matched study in 88 patients. *Surgery.* 1 mai 2007;141(5):640-4.
- [104] **Bennis M, Tiret E.** Surgical management of ulcerative colitis. *Langenbecks Arch Surg.* janv 2012;397(1):11-7.
- [105] Quelle est la place de l'intervention de Hartmann dans la prise en charge d'une colite aiguë grave compliquant une rectocolite hémorragique ? - Université de Lorraine [Internet]. [cité 2 févr 2021].
- [106] **Masson E.** Traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique dans sa forme distale [Internet]. EM-Consulte. [cité 13 déc 2020].
- [107] **Andersson P, Söderholm JD.** Surgery in ulcerative colitis: indication and timing. *Dig Dis.* 2009;27(3):335-40.
- [108] Traitement chirurgical de la rectocolite hémorragique | SpringerLink [Internet]. [cité 2 févr 2021].
- [109] **Maggiori L, Bretagnol F, Panis Y.** Maladie de Crohn colique : quelle chirurgie ? – Colonic Crohn's disease: surgical management?:5.
- [110] **García-López S, Gomollón-García F, Pérez-Gisbert J.** Cyclosporine in the treatment of severe attack of ulcerative colitis: a systematic review.
- [111] **Cheifetz AS, Stern J, Garud S, Goldstein E, Malter L, Moss AC, et al.** Cyclosporine is safe and effective in patients with severe ulcerative colitis.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

قسم أبقراط

بسم هلا الرحمان الرحيم أقسم باهلل العظيم

- في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضواً في المهنة الطبية أتعهد عالزفة:
- أ أن أكرس حياتي لخدمة الإنسانفة.
 - أ أن أكرم أسانذني وأعترف لهم بالجمهل الذي يسندونوه.
 - أ أن أمارس مهنتي بوازع منضف ونموري و زرفي حزاعال في نحة مررضني منضف الؤل.
 - أ أن أأشي الأسرار المعهودة إلي.
 - أ أن أأفظ بكل ما لدي مض وسائل على الشرف والتؤالؤد الزبؤلة لمهنة الطب.
 - أ أن أعبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - أ أن أقوم بزواحيي نرزو مريزاي بزدون أي اعبزار دؤنني أو وطنني أو عرقني أو سياسي أو أئماعي.
 - أ أن أأفظ بكل حزم على أأرام الحياة الإنسانفة منذ نشأنا.
 - أ أن أأعمل م علومائي الطؤفة بطرؤق يضزر بأؤون الإنسان م مهنا القؤن منضف نهؤد.
 - أ بكل هذا أتعهد عض كأامل أخؤار ومقسما باهلل.

وهلا على ما أقول شهيد.



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة رقم: 42

سنة : 2021

العوامل المنبئة بفشل علاج الكورتيكوستيرويد الوريدي في التهاب القولون الحاد الوخيم

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2021

من طرف

السيدة فدوى البكاري

المزودة في 12 نونبر 1995 بطنجة

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : العلاج بالكورتيكوستيرويد، إتهاب القولون الحاد الشديد،
مرض إتهاب الأمعاء المزمن

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس

السيد عزيز زنطار

مشرف

أستاذ في الجراحة العامة

عضو

السيد عزيز أوراغ

عضو

أستاذ في أمراض الجهاز الهضمي

السيدة منى صالحون

أستاذة في أمراض الجهاز الهضمي

السيد حسن الصديق

أستاذ في أمراض الجهاز الهضمي