

MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN:3066-2737

homepage: <https://www.medpeerpublishers.com>

ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES STENOSES INTESTINALES CROHNIENNES SYMPTOMATIQUES.

DOI: 10.70780/medpeer.000QGMS

AUTHOR AND AFFILIATION

Yannick Bangda Ekanga, Jihane Benass, Chaimae Jioua, Mandaik Moussa Ahmed, Sanaa Berrag, Fouad Nejarri, Tarik Adioui, Mouna Tamzaourte

Service Gastro-entérologie I, Hopital d'Instruction Militaire Mohammed V, Université Mohammed V - Rabat

Auteur correspondant : Joachim Yannick Bangda, Email: yannekanga@gmail.com

ABSTRACT

La maladie de Crohn, en raison de son évolution chronique et de sa tendance à provoquer des complications telles que les sténoses iléales, nécessite une approche thérapeutique bien définie. Dans cette étude, nous avons observé que le diagnostic repose sur des techniques d'imagerie avancées comme l'entéro-IRM et l'entéro-scanner, ainsi que des évaluations endoscopiques. Parfois, une analyse anatomo-pathologique suite à une intervention chirurgicale en urgence est essentielle pour confirmer le diagnostic. La prise en charge médicale doit distinguer clairement les sténoses inflammatoires des sténoses fibreuses, avec un objectif principal le soulagement des symptômes, l'induction de la rémission et le rétablissement de la continuité intestinale. Les traitements incluent des corticostéroïdes, des immunosuppresseurs comme l'azathioprine et des biothérapies anti-TNF. Si les traitements médicaux échouent, une intervention chirurgicale, comme la résection ou la stricturoplastie, peut être nécessaire. La surveillance post-opératoire est cruciale pour non seulement identifier les facteurs de risque de récurrence, tels que le tabagisme et les antécédents de lésions ano-périnéales mais aussi pour ajuster les traitements à base d'anticorps anti-TNF afin de prévenir des interventions chirurgicales répétées. L'iléocoloscopie est recommandée dans les 6 à 12 mois suivant la résection pour détecter toute récurrence précoce de la maladie. En conclusion, une prise en charge globale incluant un suivi adéquat et l'exclusion de toute suspicion de malignité chaque fois qu'une sténose est diagnostiquée est primordiale pour optimiser les résultats chez les patients.

MOTS CLES

Sténose Crohnienne ; Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ; Biothérapies

ARTICLE PRINCIPAL

INTRODUCTION

La maladie de Crohn (MC) est une affection inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) dont l'étiologie demeure obscure. Elle peut affecter tout le tractus gastro-intestinal, notamment l'iléon terminal, et se manifeste par des épisodes symptomatiques alternant avec des périodes de rémission. L'inflammation chronique entraîne souvent une cicatrisation et une fibrose de la paroi intestinale, pouvant provoquer des sténoses, particulièrement dans l'intestin grêle [1].

Cette maladie touche principalement les jeunes adultes, apparaissant généralement entre 20 et 70 ans, avec près de 80 % des patients examinés qui reçoivent un diagnostic avant l'âge de 40 ans [2]. Bien que les causes spécifiques soient méconnues, la MC résulterait d'une combinaison de facteurs génétiques, environnementaux et immunologiques. Des éléments comme le tabagisme, l'alimentation et le stress seraient potentiellement impliqués dans son apparition. Les patients présentant une forme sténosante de la maladie peuvent éprouver des douleurs abdominales persistantes, des diarrhées chroniques, un syndrome de Koenig, une perte de poids et des nausées.

La prise en charge de la sténose crohnienne dépend de sa nature inflammatoire ou fibreuse, rendant son traitement particulièrement complexe. Lorsqu'une sténose inflammatoire symptomatique est identifiée, le traitement repose d'abord sur une approche médicale, incluant la corticothérapie. En cas de résistance aux corticoïdes, des immunosuppresseurs, des antibiotiques ou encore des biothérapies, comme les anti-TNF alpha, peuvent être envisagés. Si échec du traitement médicamenteux ou en présence de complications, une intervention endoscopique ou chirurgicale peut s'avérer nécessaire. Les patients souffrant de sténoses crohniennes symptomatiques bénéficient d'un suivi médical régulier, d'une alimentation adaptée et d'une gestion du stress, tout en étant accompagnés par une équipe spécialisée pour optimiser la prise en charge et améliorer la qualité de vie [3]. Il est essentiel de souligner que la sténose crohnienne peut être progressive. Au fil du temps, le rétrécissement de la lumière intestinale peut s'aggraver, ce qui peut entraîner des complications telles que des occlusions intestinales récurrentes avec une dilatation intestinale en amont de la sténose.

L'objectif de cette étude est d'analyser les données épidémiologiques et les impacts cliniques chez les patients atteints de la maladie de Crohn, en évaluant leurs caractéristiques et l'évolution de la pathologie. De plus, les diverses stratégies de traitement des sténoses intestinales, qu'elles soient médicales ou chirurgicales, seront étudiées pour en évaluer l'efficacité.

METHODE

Cette étude rétrospective et descriptive a été menée sur 17 patients atteints de la maladie de Crohn à phénotype sténosant, suivis au service de Gastro-entérologie I de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat pendant une période de deux ans, de janvier 2023 à décembre 2024. Les données cliniques ont été extraites des dossiers médicaux à l'aide d'une fiche de collecte (voir annexe), permettant de rassembler des informations épidémiologiques, cliniques, paracliniques, histologiques et évolutives. L'analyse statistique des données a été effectuée avec le logiciel SPSS.

RESULTATS

➤ **CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES**

Au cours de notre étude, 17 patients ont été sélectionnés parmi un total de 33 cas de maladie de Crohn. L'âge moyen des participants s'élevait à 49,9 ans, les âges variant de 23 à 75 ans. De plus, un déséquilibre prononcé entre les sexes a été observé, avec un sexe-ratio homme/femme de 3,25. Le tabagisme était principal facteur de risque (35%).

➤ **CARACTERISTIQUES CLINIQUES**

Parmi les patients étudiés, 94% présentaient un amaigrissement, tandis que la diarrhée chronique et la douleur abdominale étaient présentes chez tous les cas (100%). La fièvre était observée chez 70% des patients, et 41% avaient un syndrome de Koenig. Un syndrome subocclusif a été noté chez 65% des patients. Des manifestations buccales (aphtes) ont été rapportées chez 6%, et des manifestations articulaires chez 12%. L'examen physique a révélé une fièvre dans 70% des cas, avec un état hémodynamique stable chez tous les patients. Un amaigrissement supérieur à 8 kg a été enregistré chez 94% des participants, et une sensibilité abdominale au niveau du cadre colique a été constatée dans tous les cas, sans fistule entéro-cutanée.

L'activité de la maladie de Crohn a été évaluée à l'aide du Crohn's Disease Activity Index (CDAI) chez 15 patients lors de leur première hospitalisation : 12% étaient en poussée sévère (CDAI > 300), 47% en poussée modérée (220 < CDAI < 300), 12% en poussée légère (150 < CDAI < 220), et 18% en rémission (CDAI < 150).

➤ **CARACTERISTIQUES PARACLIQUES**

Sur le plan biologique, la numération formule sanguine a révélé une anémie ferriprive chez 23% des patients (n=4), une hyperleucocytose chez 41% (n=7) et une thrombocytose chez 12% (n=2). Une élévation de la protéine C réactive (CRP) a été notée chez 35% des cas (n=6), tandis

que 29% des patients (n=5) présentaient une hypoalbuminémie. Une calprotectine fécale a été mesurée chez 15 patients, avec des valeurs antérieures disponibles pour 53% d'entre eux (n=9). D'un point de vue endoscopique, une iléo-coloscopie a été effectuée chez 65% des patients (n=11), confirmant le diagnostic de sténose dans tous les cas. Les observations comprenaient des lésions muqueuses compatibles avec une exacerbation de la maladie de Crohn, incluant des ulcérations profondes (n=2), des ulcérations superficielles avec intervalles de muqueuse saine (n=6), des lésions aphtoïdes (n=9), des érosions (n=10) et un effacement des trajets vasculaires (n=9).

En termes d'imagerie, un scanner abdominal a été réalisé chez tous les patients, permettant un diagnostic positif de la sténose dans 100% des cas. L'entéro-IRM a également été pratiquée chez 23% des patients (n=4) et a contribué à la confirmation et à la caractérisation de la sténose.

➤ CARACTERISTIQUES DE LA STENOSE

La sténose intestinale a été identifiée selon les modalités suivantes : en peropératoire pour occlusion intestinale aiguë dans 12% des cas (n=2), lors d'une procédure endoscopique dans 65% des cas (n=11), et au cours d'un bilan morphologique dans tous les cas (100%, n=17). Le diagnostic de la maladie de Crohn a été confirmé sur la base de l'étude histologique des biopsies muqueuses chez 82% des patients (n=9) et sur pièces de résection dans 25% des cas (n=4).

Le délai moyen d'apparition de la sténose était de 5,47 mois, indiquant que, en moyenne environ cinq mois et demi se sont écoulés entre le diagnostic de la maladie de Crohn et l'apparition de la sténose intestinale. La médiane du délai était de 3 mois, suggérant que la moitié des patients ont développé une sténose dans les trois années suivant le diagnostic de la MICI.

Concernant la localisation des sténoses, 82% étaient iléo-coliques (n=14), 12% étaient iléales (n=2) et 6% étaient coliques (n=1). La caractérisation des sténoses (inflammatoires ou fibreuses) a été déterminée par l'analyse des données cliniques, biologiques et morphologiques, révélant 65% de sténoses inflammatoires (n=11) et 35% de sténoses fibreuses (n=6).

➤ PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

La prise en charge des sténoses intestinales nécessite une distinction claire entre les sténoses « *inflammatoires* » et les sténoses « *cicatricielles* ou *fibreuses* », tout en tenant compte de l'activité de la maladie de Crohn. Les principaux objectifs thérapeutiques sont les suivants :

- Soulager la douleur et améliorer la qualité de vie des patients.

- Induire et maintenir la rémission de la maladie de Crohn lors des poussées.
- Rétablir la continuité luminale intestinale en réduisant l'infiltrat inflammatoire de la paroi intestinale, grâce à des traitements médicaux ciblés pour le phénotype inflammatoire.

Mesures générales :

Les mesures générales pour la prise en charge chez nos patients atteints de la maladie de Crohn incluait :

- Assistance pour l'arrêt du tabac, en collaboration avec un soutien psychologique.
- Éducation du patient et de son entourage sur la maladie.
- Mise en place d'un régime sans résidu, hypercalorique et hyperprotéique chez les patients présentant des diarrhées.
- Correction des carences vitaminiques, en calcium et gestion de la dénutrition.
- Anticoagulation prophylactique lorsque nécessaire.
- Consultation avec des spécialistes pour les manifestations extra-digestives (ophtalmologie, dermatologie, rhumatologie, etc.).

Traitement médical

Pour le traitement médical, nous disposions comme moyens :

- Corticothérapie (orale et parentérale) à une dose de 1 mg/kg/j.
- Anti-TNF alpha (infliximab).
- Antibiothérapie associant ciprofloxacine (500 mg, deux fois par jour) et métronidazole (750-1000 mg/j).

Les indications thérapeutiques ont été établies en fonction de l'activité de la maladie de Crohn et du type de sténose (fibreuse ou inflammatoire), administré chez 65% des patients (n=11) de la manière suivante :

- Pour les poussées sévères (n=2) : initiation d'une corticothérapie systémique, suivie d'une corticothérapie orale avec diminution progressive, ainsi que l'introduction de l'infliximab.
- Pour les poussées modérées (n=9) : corticothérapie systémique puis orale avec diminution progressive, éventuellement combinée avec l'infliximab et ajustement du traitement.

À la fin de ce traitement médical initial, 53% des patients (n=9) ont répondu favorablement, tandis que 12% (n=2) ont présenté un échec du traitement, nécessitant une chirurgie après optimisation thérapeutique sans réponse adéquate.

Traitement endoscopique et chirurgical :

Dans notre étude, 12% des patients (n=2) ont bénéficié d'un traitement endoscopique par dilatation endoscopique au ballonnet.

Concernant le traitement chirurgical, il a été indiqué dans 47% des cas (n=8) comme suit :

- 24% (n=4) des patients ont subi une chirurgie d'emblée en raison d'une urgence occlusive.
- 12% (n=2) ont été opérés à froid après échec des tentatives de dilatation pour sténoses fibreuses de moins de 5 cm.
- 12% (n=2) ont été soumis à une intervention chirurgicale après échec du traitement médical.

Les résections effectuées incluent : 12% (n=2) de résections iléales et 35% (n=6) de résections iléo-caecales.

Traitement d'entretien et évolution des patients :

Il a reposé sur l'administration :

- **Azathioprine (Imurel)** : à la dose de 2,5 mg/kg, avec surveillance de la numération formule sanguine et réalisation d'un bilan hépatique, associée à une corticothérapie par Budésonide (3 gélules de 3 mg en une prise le matin) dans 12% des cas (n=2), après une résection iléale étendue.
- **Infliximab** : prescrit à la dose de 5 mg/kg toutes les 4 semaines dans 88% des cas (n=15), administré seul dans 5 cas et en association avec l'azathioprine (traitement combiné) dans 10 cas.

Au cours d'une période de suivi de 6 mois à 2 ans, une évaluation clinique (score CDAI) et endoscopique a été réalisée, selon la classification de Rutgeerts, pour évaluer le risque de récurrence post-opératoire.

- **Après traitement médical :**

- Une amélioration clinique a été observée chez tous les patients, comme l'indique le score CDAI.

- Un syndrome inflammatoire biologique a été noté chez 41% des patients (n=7), avec une réduction jusqu'à la négativation chez ces derniers.
- Aucun cas (0%) de récurrence de sténose intestinale n'a été signalé dans notre étude.
- **Après traitement chirurgical :**
 - En plus des évaluations clinique et endoscopique, des approches supplémentaires, telles que l'entéro-IRM et le dosage de la calprotectine fécale, ont été utilisées pour étudier le risque de récurrence postopératoire précoce avant la réapparition des symptômes.
 - Aucune complication postopératoire (fistule, sténose de l'anastomose, lâchage anastomotique) n'a été observée dans notre série après le traitement chirurgical.

- **Perdus de vue :**

6% des patients (n=1), qui n'ont pas été opérés, ont été perdus de vue.

DISCUSSION

➤ **PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

La maladie de Crohn sténosante est une affection qui peut toucher des individus de tous âges, le diagnostic étant généralement établi chez les jeunes adultes [4]. Dans notre étude, l'âge moyen des patients était de 49,9 ans, avec une fourchette variant de 23 à 75 ans. Bien que cette maladie puisse affecter aussi bien les hommes que les femmes, des différences de prévalence ont été observées dans la littérature. Par exemple, certaines études indiquent que les hommes présentent un risque légèrement accru de développer cette pathologie, bien que ces résultats varient selon les populations examinées [5]. Dans notre cohorte, nous avons observé une prépondérance masculine, avec 76 % de patients et un sex-ratio H/F de 3,25.

De plus, l'incidence des sténoses dans notre population était significative, touchant environ un tiers (28,3 %) des patients atteints de maladie de Crohn hospitalisés au cours des deux dernières années et sous biothérapie. Ce résultat se rapproche des données rapportées dans les grandes études, qui mentionnent une incidence d'environ 35 % [6, 7].

➤ **FACTEURS DE RISQUE**

Dans notre étude, le tabagisme, qu'il soit actif ou passif, a été signalé chez 35 % des patients. Ce facteur est bien établi comme étant associé à l'apparition des sténoses et à leur récurrence, avec une incidence accrue de recours à la chirurgie et aux traitements immunosuppresseurs [8].

Il est toutefois important de noter que rares sont les études établissant une distinction entre les impacts du tabagisme actif et passif. Par ailleurs, la présence d'un parent au premier degré atteint de la maladie de Crohn multiplie par quatre le risque de développer la maladie. Cependant, nos patients n'avaient pas d'antécédents familiaux de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Les résultats montrent également que les facteurs environnementaux peuvent avoir un impact significatif, agissant en interaction avec la prédisposition génétique au développement de la MC [9].

➤ **ÉTUDE CLINIQUE**

• **Signes cliniques**

Les sténoses intestinales peuvent provoquer un syndrome subocclusif ou occlusif. Le syndrome de Koenig, qui est une manifestation typique d'une obstruction intestinale [10], a été observé chez 94 % de nos patients, faisant de ce symptôme le deuxième plus fréquent après les douleurs abdominales chroniques, présentes chez l'ensemble des patients. La diarrhée chronique était également symptomatique chez tous nos patients.

Il est crucial de considérer la possibilité de malignité dans les cas de sténose associée à la maladie de Crohn colique, bien que notre étude n'ait révélé aucun cas de malignité, contrastant avec les recherches de Yamazaki et al. ayant rapporté des taux de 6,8 % [11].

• **Examen clinique**

Le syndrome de malabsorption a été identifié chez 94 % (n= 16), entraînant une perte de poids significative, tandis que 70 % (n= 12), des cas ont présenté de la fièvre. À l'examen physique, une sensibilité abdominale dans la région de la fosse iliaque droite a été notée chez tous les patients, sans observation de masses palpables.

➤ **ÉTUDE PARACLINIQUE**

• **Biologie**

Notre étude a montré une diminution significative des marqueurs d'inflammation avant même l'apparition des scores cliniques. Les résultats concordent avec les recherches de Van Assche et al, qui ont démontré que la protéine C réactive (CRP) réagit plus rapidement que le Clinical Disease Activity Index (CDAI) [12].

La thrombocytose est considérée comme un marqueur fiable de l'inflammation et montre une corrélation significative avec l'indice d'activité de la maladie de Crohn (CDAI). Il est important de noter que cette thrombocytose peut être exacerbée par une carence en fer associée à cette maladie. Dans notre étude, nous avons observé une thrombocytose chez 2 patients (12 %), et dans ces deux cas, une carence en fer a également été identifiée. Lorsque le taux de

thrombocytose dépasse 400 000/mm³, il est recommandé de mettre en place une prophylaxie contre la thrombose [13].

Les marqueurs tels que la calprotectine fécale (CF) et la lactoferrine pourraient également être utiles pour distinguer les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) de ceux souffrant de troubles fonctionnels intestinaux. En outre, ces marqueurs pourraient être capables de prédire le risque de rechute [13]. Dans le cadre de notre suivi, nous avons mesuré la CF chez 9 patients (53 %), notant une diminution, voire une négativation, de celle-ci.

Les indices d'inflammation, tels que la protéine C-réactive (CRP) et la calprotectine fécale, sont précieux pour évaluer l'activité de la maladie de Crohn et suivre la réponse au traitement. Cependant, il est important de souligner qu'ils ne sont pas exclusivement spécifiques à cette maladie et peuvent également être élevés dans d'autres conditions inflammatoires ou infections. Par conséquent, l'interprétation de ces indicateurs doit être effectuée en tenant compte des signes cliniques et d'autres évaluations complémentaires.

- **Morphologie**

L'iléo-coloscopie est l'examen de référence pour diagnostiquer les maladies intestinales, permettant d'explorer la muqueuse du côlon et de l'intestin grêle. Elle vise à détecter des ulcérations et des zones de sténose, tout en évaluant leurs caractéristiques. Cette procédure offre également la possibilité de réaliser des biopsies pour une évaluation histologique précise, contribuant à exclure tout risque de malignité [14]. Dans notre série, cette procédure a été réalisée dans 65 % des cas, confirmant la présence de sténoses et la maladie. Les méthodes d'imagerie, telles que l'entéro-scanner et l'entéro-IRM, complètent l'évaluation de la maladie, permettant de visualiser les anomalies. Bien que l'entéro-IRM soit efficace et sans exposition aux rayonnements ionisants, notre étude a utilisé l'entéro-scanner chez tous les patients, avec une évaluation complémentaire par entéro-IRM dans 23 % des cas.

- **PRISE EN CHARGE**

- **Traitement médical**

Le traitement médicamenteux de la maladie de Crohn a pour objectif de contrôler l'inflammation et de soulager les symptômes. Cela inclut l'utilisation de médicaments anti-inflammatoires, d'immunosuppresseurs et de thérapies biologiques ciblant le système immunitaire. Les corticoïdes, tels que la prednisone, sont souvent prescrits pour réduire l'inflammation et gérer les symptômes aigus, mais leur utilisation prolongée est limitée en raison des effets secondaires potentiels [15]. Des antibiotiques peuvent également être utilisés

pour traiter les infections bactériennes intestinales et réduire l'inflammation [16]. L'azathioprine, immunosuppresseur est prescrit pour diminuer l'inflammation et prévenir les poussées, notamment chez les patients ne répondant pas à d'autres traitements ou nécessitant une réduction des corticoïdes [17].

L'Infliximab et l'adalimumab sont des agents biologiques visant une protéine spécifique, le facteur de nécrose tumorale alpha (TNF-alpha), qui joue un rôle dans les processus inflammatoires. Ils sont prescrits pour traiter les formes modérées à sévères de la maladie de Crohn. Ils ont la capacité de favoriser la cicatrisation de la muqueuse intestinale et d'induire une rémission clinique chez de nombreux patients [18] [19]. Dans notre série, 9 patients (53%) ont reçus un anti-TNF alpha (infliximab).

- **Traitements endoscopiques**

- **Dilatation endoscopique :**

Les dilatations endoscopiques utilisent des ballonnets de 3 à 8 cm de longueur et de 15 à 25 mm de diamètre, insérés par le canal de l'endoscope et guidés visuellement dans la sténose. Une fois positionné, le ballonnet est gonflé avec de l'eau à une pression moyenne de 35 psi pendant 1 à 2 minutes, ce qui peut entraîner des déchirures radiales de la sténose, signe de succès. Cette procédure peut être répétée plusieurs fois, bien qu'il faille éviter de franchir complètement la sténose entre les dilatations pour minimiser les complications. La dilatation hydrostatique pour les rétrécissements liés à la maladie de Crohn a un taux de réussite de 66 à 90 % avec moins de 10 % de complications [20]. Elle est particulièrement efficace pour les sténoses anastomotiques courtes présentant des symptômes. Cependant, la réapparition des symptômes survient dans 30 à 60 % des cas après la dilatation. Dans notre étude, 12 % des patients ont bénéficié de ce traitement endoscopique.

- **Prothèses coliques extractibles**

La procédure d'implémentation de ces endoprothèses débute par une endoscopie conventionnelle. Une fois le rétrécissement identifié, un fil guide souple est inséré via le canal opérateur de l'endoscope. Ce fil guide traverse la zone rétrécie et est avancé le plus profondément possible dans la lumière intestinale, tout cela sous le contrôle de la radioscopie. Le groupe GETAID a rapporté ses premières observations sur l'utilisation de ces endoprothèses couvertes chez sept patients présentant des sténoses anastomotiques persistantes, même après une dilatation endoscopique dont les effets étaient temporaires. Dans cette expérience, un taux de réussite de 50 % a été constaté [21]. Aucun patient (0 %) n'a reçu de prothèse colique dans notre étude,

- **Traitement chirurgical**

Bien que des avancées majeures aient été réalisées dans la compréhension des rétrécissements fibrotiques dans l'intestin et dans les techniques d'imagerie ainsi que les options thérapeutiques pour la maladie de Crohn, le risque de nécessiter une intervention chirurgicale demeure élevé [22]. Il est crucial d'éviter des résections intestinales excessives, qui pourraient entraîner un syndrome d'intestin grêle court lors de futures réinterventions en cas de récurrence. Les options chirurgicales incluent les stricturoplasties et diverses résections.

- **Les résections intestinales :**

Les résections peuvent être iléales, iléo-coliques ou coliques (incluant la colectomie partielle et subtotale). La chirurgie expose les patients à un risque de récurrence de la maladie sur le segment résiduel de l'intestin. La résection iléo-caecale est privilégiée pour les sténoses symptomatiques non réactives au traitement médical et est généralement effectuée en une seule étape avec une anastomose iléo-colique immédiate, sauf en cas d'abcès symptomatique. Le risque de subir une première résection intestinale est estimé à 24 % après 1 an et à 49 % après 10 ans d'évolution de la maladie [23]. Dans notre série, 47 % des patients ont nécessité cette intervention, dont 35 % des cas étaient des résections iléo-coliques. La résection iléale présente une probabilité de 50 % à long terme de ne pas nécessiter de nouvelle intervention [24]. L'anastomose iléocolique terminale est la méthode de choix, offrant une surveillance endoscopique de l'iléon terminal, où les rechutes sont fréquentes [25]. Dans notre étude, 12 % des patients ont subi une résection iléale.

Le tabagisme, identifié comme un facteur de risque de récurrence, a été observé dans plusieurs études, notamment chez les femmes, où le taux de récurrence post-chirurgicale est multiplié par deux [26]. De plus, la présence d'une plexite myentérique (présence de cellules inflammatoires à l'intérieur ou au contact des plexus nerveux) au niveau de la zone de résection proximale a été corrélée à un risque accru de récurrence endoscopique précoce dans la maladie de Crohn. Aucun cas de récurrence post-opératoire n'a été constaté dans notre cohorte.

- **Les stricturoplasties :**

Les plasties intestinales montrent une efficacité à court terme, mais nécessitent un suivi prolongé pour évaluer la fréquence des récurrences et des complications potentielles. Cette approche permet d'éviter une résection intestinale et peut diminuer le risque d'intestin grêle

court, notamment dans les cas de sténoses multiples ou chez les patients ayant déjà subi une résection.

LIMITATIONS

Les limites de notre étude incluent son caractère rétrospectif et la faible taille de l'échantillon, qui peuvent introduire un biais de sélection. De plus, le nombre de facteurs évalués était limité, ce qui pourrait restreindre l'interprétation des résultats.

CONCLUSION

La sténose iléale associée à la maladie de Crohn représente l'une des complications les plus redoutables et sa prise en charge nécessite une approche complexe et adaptée, tenant compte des caractéristiques spécifiques de chaque sténose. Le diagnostic repose sur des techniques d'imagerie avancées, telles que l'entéro-IRM et l'entéro-scanner, ainsi que sur des évaluations endoscopiques, et il est parfois confirmé par une analyse anatomo-pathologique suite à une intervention chirurgicale réalisée en urgence.

Une surveillance rigoureuse est essentielle pour identifier les facteurs de risque de récurrence post-opératoire, tels que le tabagisme, le phénotype perforant et les lésions ano-périnéales, ce qui permettra d'ajuster les stratégies thérapeutiques, notamment avec l'utilisation d'anticorps anti-TNF, dans le but de prévenir la nécessité d'une seconde intervention chirurgicale. L'iléo-coloscopie est recommandée dans les 6 à 12 mois suivant la résection iléo-colique afin de détecter de manière précoce toute récurrence endoscopique et d'adapter le traitement en conséquence. Enfin, il est impératif d'exclure toute suspicion de malignité chaque fois qu'une sténose intestinale, en particulier colique, est diagnostiquée, afin d'assurer une prise en charge globale et sécurisée des patients.

FIGURES:



Figure 1 : Mise en évidence d'une sténose colique au cours d'une iléo-coloscopie réalisée chez un patient en poussée modérée de sa maladie.

**Service de Gastro-entérologie I de l'HMIMV de Rabat*



Figure 2 : Pièce de résection iléo-colique.

**Service de chirurgie Viscérale I de l'HMIMV*

Nos remerciements sont tout d'abord adressés Pr Mouna TAMZAOURTE chef du Service de Gastro-entérologie I, pour son encadrement durant la rédaction du document ainsi qu'à tous les collègues du service pour leur disponibilité dans la collecte et l'analyse statistique des données.

REFERENCES

1. Maconi, G., Bollani, S., & Bianchi Porro, G. (1996). Ultrasonographic detection of intestinal complications in Crohn's disease. *Digestive diseases and sciences*, 41, 1643- 1648.
2. Xavier RJ, Podolsky DK. Unravelling the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Nature*. 2007 Jul 26;448(7152):427-34. doi: 10.1038/nature06005. PMID: 17653185.
3. Chan WP, Mourad F, Leong RW. Crohn's disease associated strictures. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2018 May ;33(5) :998-1008.
4. Girodengo I., Barthet m., Desjeux a., s. Berdah. Facteurs de récurrence de la maladie de Crohn après traitement des sténoses intestinales. *Ann Chir* 2001 ;126 :296-301.
5. Lee, F. I., & Costello, F. T. (1985). Crohn's disease in Blackpool--incidence and prevalence 1968-80. *Gut*, 26(3), 274-278.
6. Greenstein Aj, Lachmam P, Sachar D.; Perforating and non-perforating indications for repeated operations in Crohn's disease: evidence for two clinical forms. *Gut* 1988;29:588-592.
7. Cosnes J, Cattan S, Blain A, Beaugerie L, Carbonnel F, Parc R. Long-term evolution of disease behavior of Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2002 ;8 :244-50.
8. Cosnes J, Beaugerie L, Carbonnel F, Gendre JP. Smoking cessation and the course of Crohn's disease: an intervention study. *Gastroenterology*. 2001 Apr ;120(5):1093-9. doi: 10.1053/gast.2001.23231. PMID : 11266373.
9. Xavier RJ, Podolsky DK. Unravelling the pathogenesis of inflammatory bowel disease. 2007 ;448(7152):427-34.
10. Cosnes J, Cattan S, Blain A, Beaugerie L, Carbonnel F, Parc R. Long-term evolution of disease behavior of Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2002 ;8(4):244-50.
11. Yamazaki Y, Ribeiro MB, Sachar DB et Malignant colorectal strictures in Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 1991 ; 86 :882-885.
12. Van Assche G, Herrmann KA, Louis E, Everett SM, Colombel JF, Rahier JF, Vanbeckvoort D, Meunier P, Tolani D, Ernst O, Rutgeerts P, Vermeire S, Aerden I, Oortwijn A, Ochskenkühn T. Effects of infliximab therapy on transmural lesions as assessed by magnetic resonance enteroclysis in patients with ileal Crohn's disease. *J Crohns Colitis*. 2013 Dec ;7(12):950-7. doi: 10.1016/j.crohns.2013.01.011. Epub 2013 Feb 12. PMID : 23411006.
13. G. El Yadiri, « Sténoses intestinales au cours de la maladie de Crohn : aspects épidémiologiques, profil évolutif et prise en charge », thèse de doctorat en médecine générale, sous la direction de Pr K.Krati, Marrakech, université Caddi Ayyad , faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2011,126-147.
14. Sinha, R., Murphy, P., Hawker, P., Sanders, S., Rajesh, A., & Verma, R. (2009). Role of MRI in Crohn's disease. *Clinical radiology*, 64(4), 341-352.
15. Siddiki HA, Fidler JL, Fletcher JG, Burton SS, Huprich JE, Hough DM, Johnson CD, Bruining DH, Loftus EV Jr, Sandborn WJ, Pardi DS, Mandrekar JN. Prospective comparison of state-of-the-art MR enterography and CT enterography

