

Submitted by: Valerie Nadon

Email: valerie.nadon@umontreal.ca

Abstract Category: Présentation de cas clinique / Clinical case presentation

Preference: Présentation orale / Oral podium presentation

11. La maladie de Behçet intestinal

Primary Author: **Valérie Nadon**

Institution: Hôpital Notre-Dame

Status: Médecin

Eligible for André Lussier bursary: Oui / Yes

Supervisor's name: Dre Tamara Grodzicky

Supervisor's e-mail: grodzicky@yahoo.com

Additional Authors: Dre Tamara Grodzicky

Objectives: La maladie de Behçet est une maladie inflammatoire systémique d'étiologie incertaine qui se caractérise par la présence d'aphtes buccaux et génitaux récurrents, d'uvéïte et de lésions cutanées. Par ailleurs, la maladie de Behçet peut toucher beaucoup d'autres organes et les manifestations cliniques sont très variables à travers les différents patients et populations. Le but de cette présentation orale est de présenter une série de 3 cas de maladie de Behçet avec atteinte intestinale et de discuter des manifestations cliniques et de la prise en charge de l'atteinte intestinale ulcéralive dans la maladie de Behçet.

Method:

Results: Cette présentation orale se divise en deux parties. Dans la première partie, nous présenterons une série de trois cas de Behçet avec atteinte intestinale. Nous discuterons ensuite de la littérature entourant cette entité clinique en se concentrant principalement sur les manifestations cliniques, les investigations et la prise en charge. Les éléments d'enseignement à retenir pour cette présentation sont :

- L'atteinte intestinale ulcéralive se caractérise typiquement par un gros ulcère unique, profond et ovalaire au niveau iléocecale.
- Les manifestations cliniques sont variables : douleur abdominale, diarrhée, méléna, douleur à la palpation, fièvre, perte de poids, mais cela peut parfois être asymptomatique.
- Les principaux diagnostics différentiels de l'atteinte intestinale ulcéralive sont la maladie inflammatoire de l'intestin, la tuberculose et les ulcères induit par AINS.
- Coloscopie longue reste un examen de choix.
- La biopsie montre du tissu inflammatoire non-spécifique. Il est important de faire la recherche de tuberculose (culture et PCR) sur le spécimen, surtout pour les populations à risque.
- Les complications possibles sont le saignement, la perforation intestinale et la formation de fistules.
- Il n'y a pas de lignes directrices pour la prise en charge. De manière générale, les cas avec atteinte légère peuvent être traités avec 5-ASA/Sulfasalazine. Une corticothérapie po peut être initié pour atteindre la rémission dans les cas modérés à sévères. On suggère l'ajout de thiopurine (azathioprine) pour les cas réfractaires au sevrage de corticostéroïde. Les anti-TNF (infiximab, adalimumab et etanercept) sont de bons agents à utiliser seuls ou en combinaison pour les cas cortico-dépendants. D'autres molécules ont été rapportés efficaces dans des «rapports de cas» (Thalidomide, Méthotrexate, Canakinumab, Anakinra, Tocilizumab).

Conclusion: