

Premier épisode de rectite

SRBGE Journée de la Présidente Mai 2021

Catherine Van Kemseke, MD, PhD,

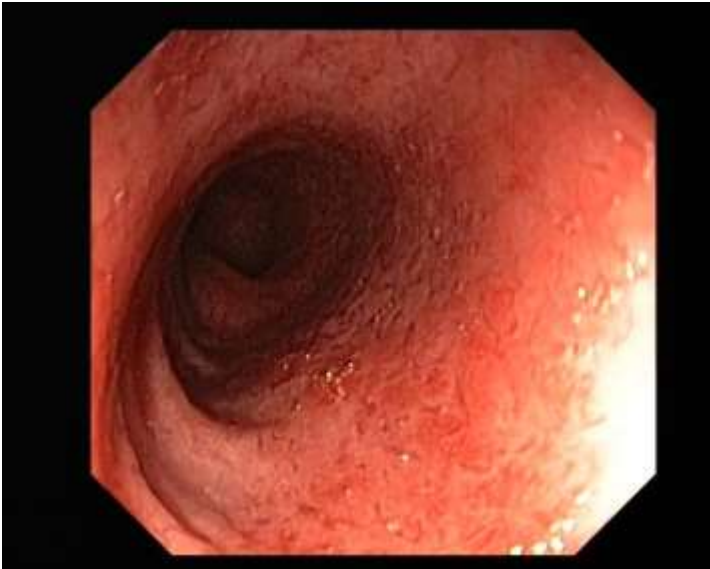
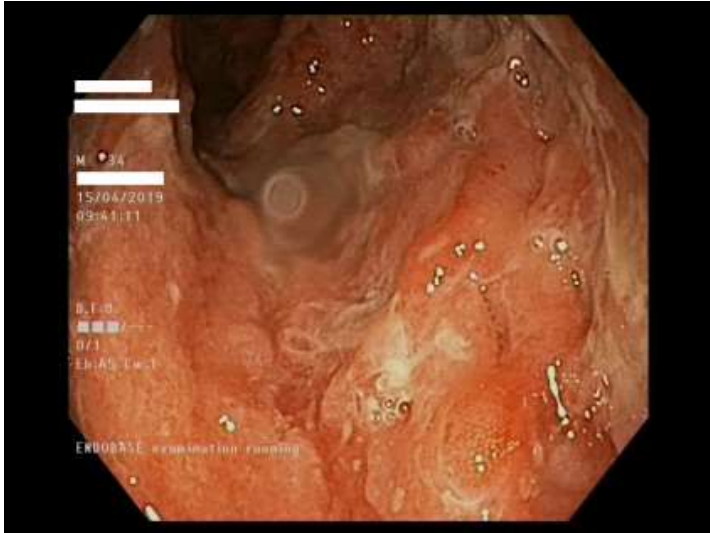
CHU de Liège

Définition



- Rectite = « Proctitis »
- Inflammation visible de la muqueuse du rectum restreinte aux 15 derniers cm du colon.
- Symptômes non spécifiques: simples rectorragies en fin de selles ou, à l'inverse, authentique syndrome rectal avec faux besoins, glaires muco-sanglantes, douleurs sous-ombilicales et ténesme.
- Premier épisode de rectite = problème fréquent en pratique quotidienne même si l'incidence est très difficile à préciser.
- Le plus souvent la rectite est liée à une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) soit une maladie de Crohn soit une rectocolite ulcéro-hémorragique (forme distale de RCUH = première étiologie en terme de fréquence).
- Mais nombreuses autres affections possibles...

Etiologies des Rectites



Rectites de MICI

Rectocolite ulcéro-hémorragique

Maladie de Crohn

Colite indéterminée

Rectites liées aux IST

Chlamydia Trachomatis

Gonocoque

Herpès virus

Syphilis

Autres rectites infectieuses

Clostridium Difficile

Cytomégalovirus

Amibiase

Tuberculose

Rectite de prolapsus

Syndrome de prolapsus muqueux

Rectites iatrogènes

Radiothérapie

Lavements (rituels, H2O2,...)

Suppositoires (AINS, camphre)

Démarche Diagnostique Initiale

- Primordiale
- Ne pas se précipiter sur le diagnostic de MICI
- Rechercher antécédents: radiothérapie, hospitalisation récente, prise d'antibiotiques, contexte d'immunosuppression, traitements locaux
- Evaluer contexte clinique: dyschésie/constipation, épisodes antérieurs, sexualité anale (même occasionnelle)
- Effectuer un bilan de base:
 - Coprocultures (y compris parasites) et/ou recherches microbiologiques ciblées
 - Rectoscopie avec biopsies, éventuelle colonoscopie
- Diagnostic étiologique parfois suspecté dès l'anamnèse...

Rectites infectieuses

Box 1. Sexually transmissible causes of proctitis, proctocolitis and enteritis.

Causes of distal proctitis	Causes of proctocolitis	Causes of enteritis
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Shigella</i> spp.	<i>Giardia duodenalis</i>
<i>Chlamydia trachomatis</i> :	<i>Campylobacter</i> spp.	<i>Cryptosporidium</i> spp.
Genotypes D-K	<i>Salmonella</i> spp.	<i>Microsporidium</i> spp. ^a
Genotypes L ₁₋₃ (LGV)	<i>Escherichia coli</i>	Hepatitis A
<i>Treponema pallidum</i>	<i>Entamoeba histolytica</i>	
Herpes simplex virus	<i>Cryptosporidium</i> spp.	
	Cytomegalovirus ^a	

LGV: lymphogranuloma venereum.

^aIn severely immunocompromised patients (in the context of HIV infection with low CD4⁺ T-cell counts).³

Sometimes in immunocompetent patients (especially in relation to inflammatory bowel syndromes).

Note: It is important to note that several STIs may co-exist.⁴

« The Big Five »

VIH

Herpès



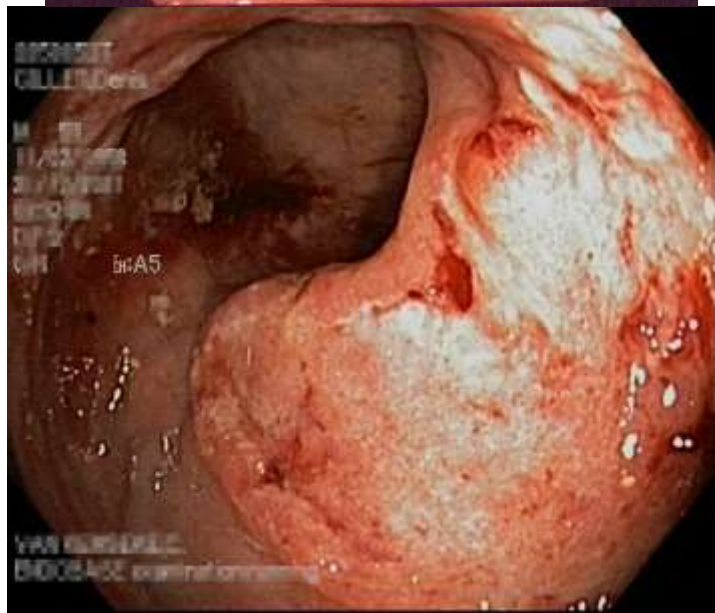
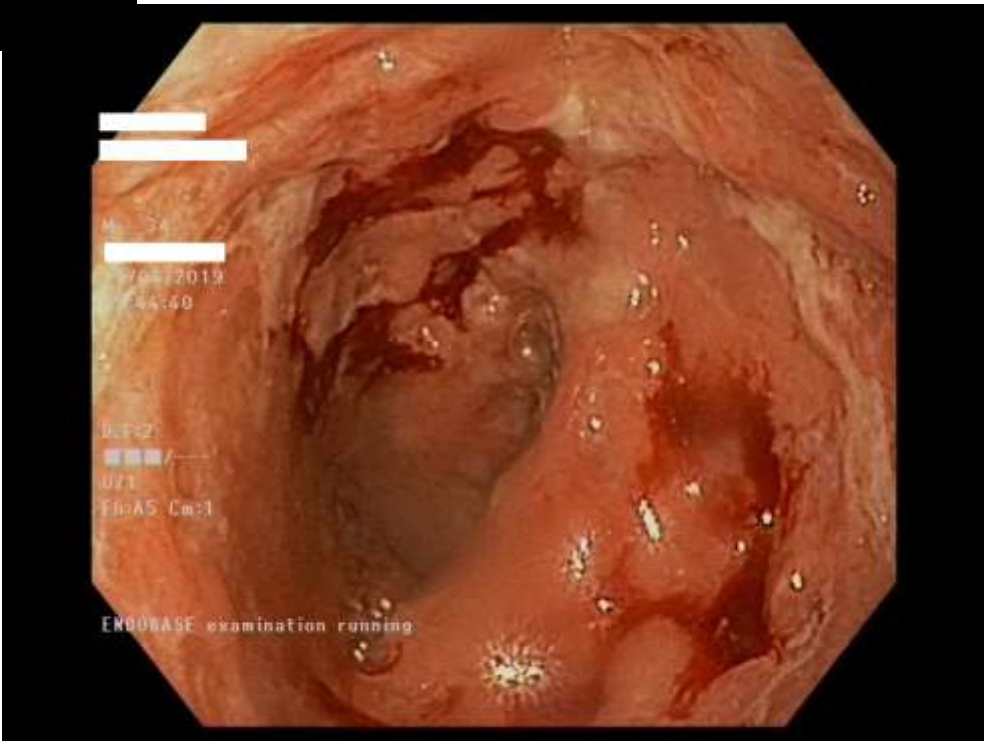
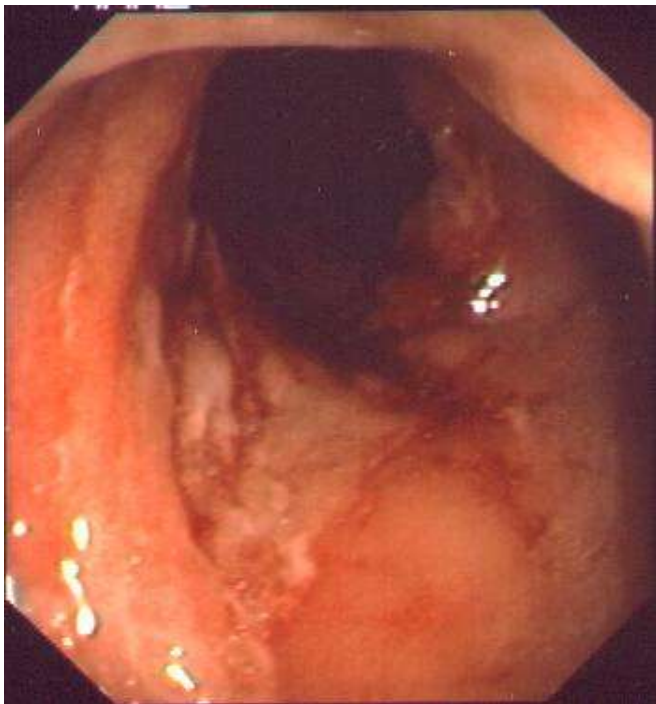
Gonocoque

Syphilis

Chlamydia

Rectite à Chlamydia

- Chlamydia Trachomatis = Bactérie Gram-négative intracellulaire
- Hôte naturel = homme
- Transmission par contact sexuel avec des lésions infectieuses (sexe vaginal, oral ou anal) mais aussi par partage de sex toys ou pratiques à risque (“fist fucking”)
- Incubation de 20 à 25 jours



Rectite à Chlamydia

- **Diagnostic direct:**

- Test PCR: Prélèvement sur écouvillon ou biopsie à travers l'anuscopie, le rectoscope avec milieu spécifique de transport (conservation entre 2° et 27°C, transport en 48h, le plus rapidement possible = le mieux), auto-écouvillonnage possible
- Demander sérotype si PCR + (labo CNR)

- **Diagnostic indirect:**

Sérologie (IgG et IgA) moins utile; titres élevés (> 1:256) en faveur d'une LGV; si bas, infection ancienne ou infection par autre sérotype.



Frottis avec milieu de transport spécifique pour PCR Gonocoque et Chlamydia; si suspicion LGV: à envoyer secondairement au CNR d'Anvers

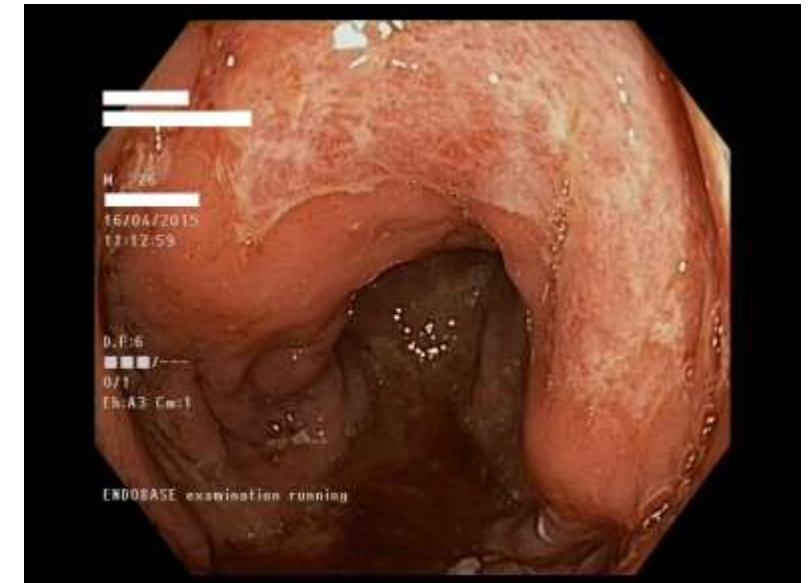
Rectite à *Neisseria Gonorrhoeae*

- *Neisseria Gonorrhoeae* = Bactérie diplococcique Gram-négative responsable de la « gonorrhée », « gonococcie » ou « blennorragie ».
- Réservoir exclusivement humain et transmission par contact sexuel avec lésions infectées.
- Période d'incubation courte: 2 à 7 jours
- Malgré traitement ATB efficace, IST en recrudescence depuis 2006.

Rectite à *Neisseria Gonorrhoeae*

- Atteinte anorectale <10% des gonococcies.
- Caractérisée par des émissions mucopurulentes/glaireuses, épreintes, ténesme, douleurs anorectales intenses (symptomatologie souvent bruyante).
- A l'examen: congestion anale diffuse avec ulcérations superficielles et sécrétions purulentes; souvent forme mineure avec rectite hémorragique discrète ou sécrétions purulentes sur muqueuse d'aspect normal.
- Nouvelle forme clinique: Fistule +/- abcès de l'anus

Perianal Abscess due to *Neisseria Gonorrhoeae*: An Unusual Case in the Post-Antibiotic Area. El-Dhuwaib et al. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2003; 22(7): 422-3



Rectite à *Neisseria Gonorrhoeae*



Frottis standard (type frottis de gorge): culture = reste gold standard, permet antibiogramme mais transport immédiat au laboratoire!!

Milieu de transport spécifique pour PCR (sonde mutiplex Gonocoque + Chlamydia)



Pas de sérologie pour le Gonocoque

Mais, comme dans l'infection à Chlamydia, co-infections 30% des cas=> sérologies VIH, TPHA-VDRL, Hépatite B et Hépatite C

Rectite à Herpès Simplex Virus

- Infection peut être due à HSV-1 ou HSV-2 mais récurrences 10x plus fréquentes avec le HSV-2 (virus persistant au niveau du ganglion sensitif)
- Incubation très variable de 1 à 26 jours
- Infection le plus souvent méconnue, mais parfois très symptomatique et persistante (2 semaines)
- Rectite symptomatique rare et ne survient que lors de la primo-infection (dans 10% des primo-infections).

Rectite à Herpes Simplex Virus

- Rectite: éruption vésiculaire éphémère bilatérale (souvent inaperçue), laissant place à de multiples érosions ou ulcérations **douloureuses** du bas rectum, de l'anus ou de la région périanale.
- Symptômes systémiques (fièvre, céphalées, malaise et myalgies) et régionaux (dysurie, constipation, adénopathies inguinales sensibles) associés => suggestifs.



Rectite à Herpes Simplex Virus

- Diagnostic le plus souvent clinique
- Mais peut être confirmé par des examens complémentaires (cytologie, culture virale, détection d'Ag, sérologie mais surtout **PCR**).
- Le prélèvement anorectal doit être précoce en grattant le fond des ulcérations ou des vésicules
- Cytologie (frottis Tzanck : recherche de cellules géantes multinuclées) par grattage des lésions: spécificité et sensibilité faibles, non recommandée pour diagnostic
- Sérologie: peu d'intérêt; seul HSV de type IgM peut confirmer primo-infection

Herpes Simplex Virus: diagnostic



Frottis standard (type frottis de gorge): PCR herpès
Ou biopsie dans pot vide.

Treponema Pallidum

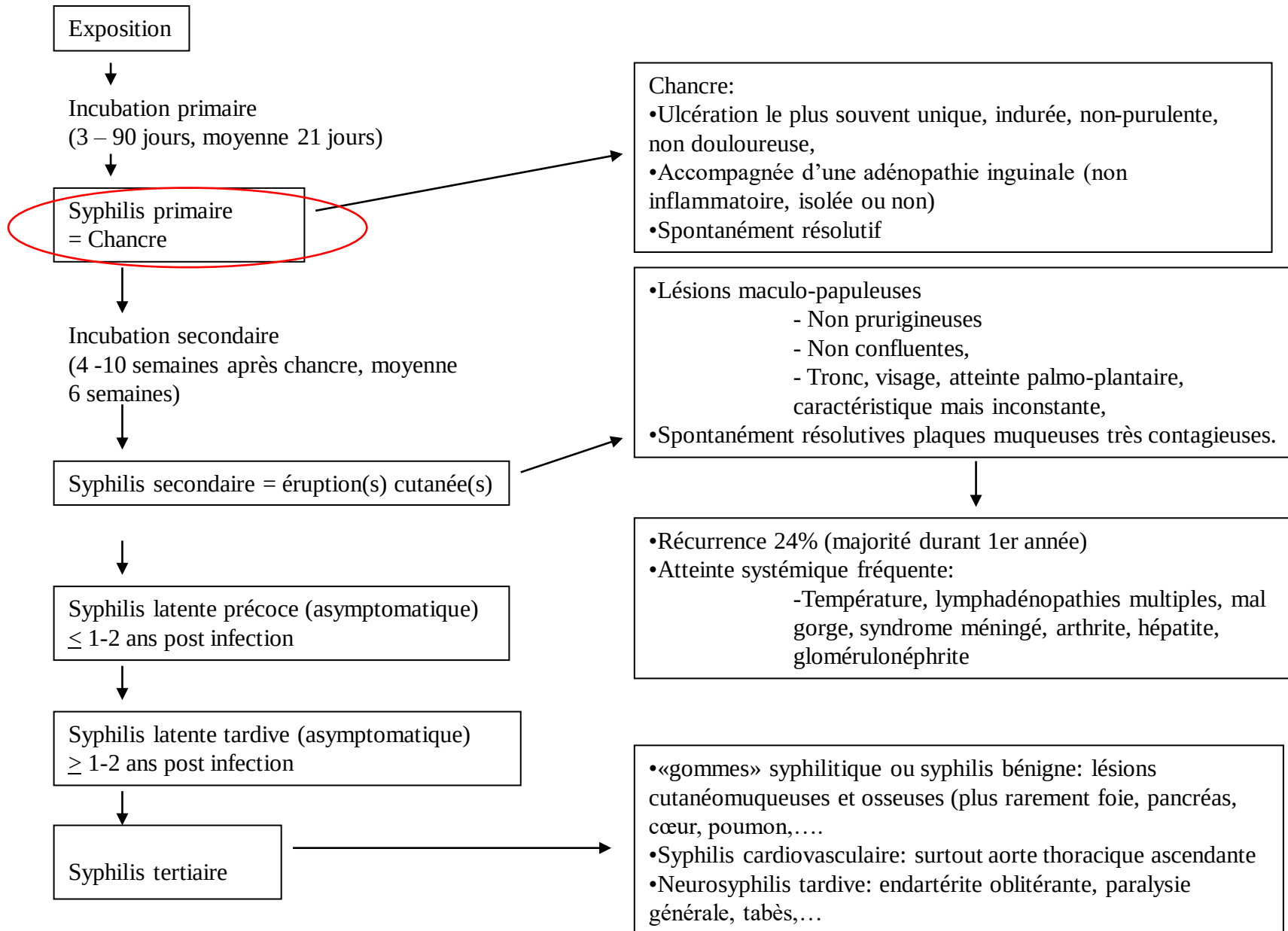
- La syphilis est une infection chronique causée par *Treponema pallidum*, spirochète hélicoïdal non cultivable



Treponema Pallidum

- Transmission interhumaine principalement par contact sexuel direct avec des lésions infectieuses (rare: transfusion sanguine ou à travers le placenta)
- Auparavant contamination endémique rare dans nos régions; principalement infections importées (migrants ou infection hors Europe)
- Depuis 1999, épidémie documentée en Europe de l'Ouest (Dublin, Pays-Bas, France, Belgique) spécialement parmi les MSM (50 à 80%), particulièrement chez patients coinfecteds par VIH (50%)

Histoire naturelle de la Syphilis chez l'adulte



Rectite à Treponema Pallidum

- Lésion primaire: chancre syphilitique (ulcération indurée, indolore, accompagnée d'une adénopathie douloureuse).
- Rectite exceptionnelle et polymorphe: ulcérée ou pseudo-tumorale
- Diagnostic sérologique



Dr Benoit Servais



Dr Benoit Servais

Treponema Pallidum : Diagnostic

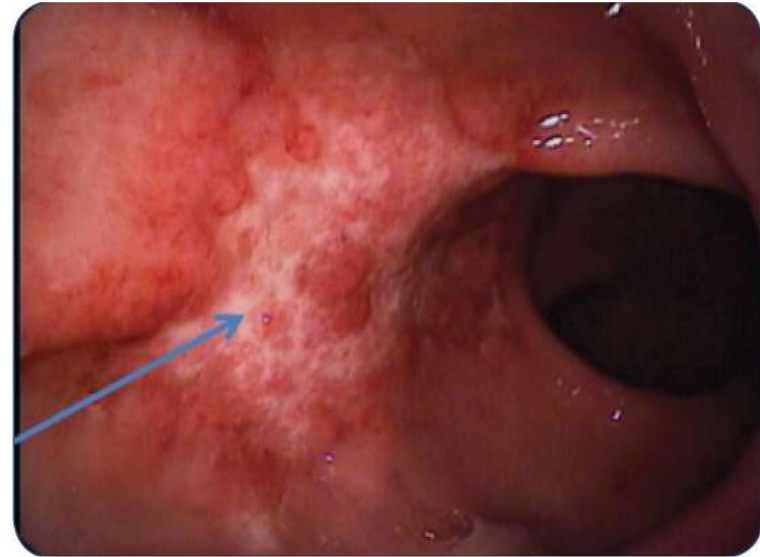
- **Diagnostic indirect:** détection des Ac
 - * Tests non tréponémiques basés sur une réaction sérique entre le sérum des patients avec syphilis et l'Ag cardiolipin-lécithin-cholestérol: tests VDRL et RPR
 - * Tests tréponémiques = tests de confirmation: TPHA, TPPA, Ac-FTA, ELISA, Western Blot (laboratoires spécialisés)

Treponema Pallidum: tests sérologiques

	Nature	Précocité	Intérêt
Tests non Tréponémiques	VDRL (ou RPR)	Positivité à 15 jours du chancre	Dépistage et follow-up (valeur quantitative => intérêt dans suivi)
Tests Tréponémiques	TPHA (ou TPPA)	Positivité à 10 jours du chancre	Confirmation initiale seulement (reste +)
	FTA – Ac IgM (spécifique mais cher!)	Positivité $\leq$ 7 jours du chancre	Infections récentes (chancre) ou Syphilis congénitale
Test ELISA (EIA)	IgM + IgG (pas réalisé partout)	Positivité $\leq$ 7 jours du chancre	Dépistage de routine seulement (doit être confirmé)

Rectite à CMV

- Exceptionnelle, associée à une primo-infection à CMV et des rapports anaux non protégés
- Temps d'incubation: quelques jours à 2 semaines après rapport
- Cliniquement triade syndromique « mononucléose-like » (fièvre, fatigue, adénopathies) avec saignements rectaux
- Endoscopiquement, présentation variée: érythème, ulcération, lésion d'allure polypoïde, voire pseudotumorale, formes pseudomembraneuses.
- Diagnostic histologique: inclusions intra-nucléaires, immuno-histochimie; PCR aussi réalisable
- Traitement supportif chez immunocompétent; Cymevène° ou Foscavir chez immunodéprimé.



Ledouble V et al. Rev Med Liege 2018; 73: 7-8: 380-383

En pratique: rectite à IST

- Y penser!
- Prélèvements microbiologiques et sérologiques d'emblée
 - Chlamydia (PCR), Gonocoque (PCR/culture), HSV (PCR) si évocateur
 - Sérologies VDRL-TPHA, VIH et HCV si non connu, HBV si non vacciné
- Traitement probabiliste d'emblée (hors HSV-syphilis)
- Revoir à 3 semaines: HPV? Dépistage partenaires

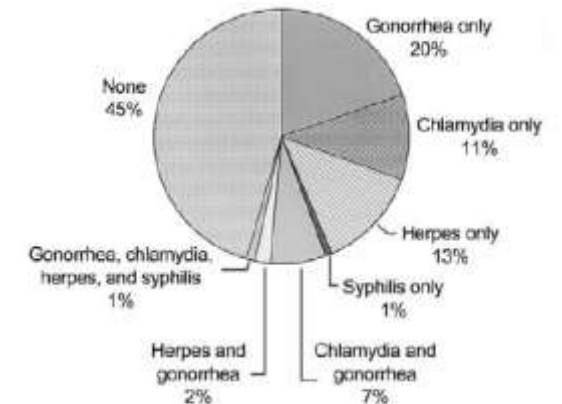


Figure 1. Frequency of diagnosis of sexually transmitted diseases in male patients with proctitis ($n = 101$), San Francisco City Clinic, 2001–2002. Data are % of patients.

En pratique: rectite à IST

Box 3 Risk factors associated with sexually transmitted infections¹¹

- ▶ Younger age (less than 25 years at highest risk)
- ▶ People from or who have visited countries with higher rates of STI
- ▶ Men who have sex with men
- ▶ Frequent partner change or multiple concurrent partners
- ▶ Early onset sexual activity
- ▶ Previous STI or previous contact with STI
- ▶ Alcohol or substance misuse

Box 4 Components of and tips for taking a sexual history in the gastrointestinal clinic¹²

Components

- ▶ Symptoms: Duration, association with genital or bladder symptoms, presence and colour of discharge
- ▶ Partners: Last sexual intercourse, partner gender, establish number of partners within preceding 3–6 months, partner symptoms, type of sexual intercourse (oral, vaginal or anal)
- ▶ Contraception: Specifically the use of condoms
- ▶ History of STI: Previous diagnoses and treatment of STI or partner diagnoses/treatment
- ▶ Foreign travel: Travel to areas of high incidence
- ▶ Social history: Including alcohol and drug misuse
- ▶ For women: Last menstrual period

Tips

- ▶ Speaking to the patient alone may allow them to speak more openly about their symptoms and allow you to ask more detailed questions, as can utilising a sexual history proforma, used in many GUM clinics
- ▶ Seek permission and explain why you are asking personal questions
- ▶ Only ask what you need to know, avoid needlessly intrusive questions

Rectite à IST: Traitement

- Si suspicion **Chlamydia/Gonocoque**, vu co-infections fréquentes, en pratique: **bithérapie** Ceftriaxone 500 mg 1x IM + Doxycycline 100 mg 2x/j pdt 7 jours (ou macrolide- Azithromycine 1 gr si allergie aux cyclines ou grossesse)
- Si rectite LGV confirmée: **traitement de choix**: Doxycycline 100 mg po 2x/j pendant 21 jours ou Erythromycine 500 mg 4 x/j pendant 21 jours (femme enceinte, allergie) ou Azithromycine 1x/sem pendant 3 sem.
- Traiter sans attendre les résultats
- Abstention sexuelle durant toute la durée du traitement + Prévenir le/les partenaire(s) des 3 précédents mois.
- Contrôle de frottis non systématique, en cas de doute sur observance
- Contrôle systématique des IST à 3 mois à proposer (sérologies Syphilis, VIH, HBV, HCV)
- Répétition des comportements à risque avec contaminations itératives possibles

Rectite à IST: Traitement

- En cas de primo-infection par **Herpes Simplex Virus**: Valaciclovir 500 mg 2x/j pendant 5 jours (ou Aciclovir 400 mg po (2c) 3x/j ou 200 mg po 5 x/j pendant 5 jours) + Traitement symptomatique (antalgiques)
- Si forme sévère (plus fréquente en cas de coinfection avec le VIH), aciclovir par voie intraveineuse.
- Ce traitement ne prévient pas des récurrences (svt autolimitées et paucisymptomatiques).
- **Syphilis Primaire:**
 - Benzathine Penicilline G: 2,4 millions d'unités IM 1x (1,2 M dans chaque fesse)
 - Si allergie: Doxycycline 100mg po 2x/j pdt 14 jours ou Azithromycine 2 gr po en dose unique
 - Si allergie et femme enceinte: désensibilisation à la Pénicilline (ou Erythromycine 500 mg 4x/j pendant 14 jours mais résistance aux macrolides +++)

Rectite radique

- Diagnostic potentiel dès l'anamnèse
- Deux formes: rectite aigue et rectite chronique
- Rectite aigue précoce:
 - résulte de la radiothérapie en cours,
 - Atteinte 50% des patients mais >1/5 des patients vont développer des symptômes: **syndrome rectal**, crampes, nausées, ténesme, diarrhée, saignements mineurs, perte de mucus, urgences;
 - Lésions superficielles: inflammation de la muqueuse rectale (érythème marqué, œdème, ulcère), biopsies non recommandées (risque de saignement/fistule)
 - traitement supportif (habituellement pris en charge par les radiothérapeutes),
 - s'arrête avec l'arrêt de la radiothérapie et n'évolue pas en rectite radique chronique.

Rectite radique

- Rectite radique chronique: 5 à 20% des patients, maître symptôme = **rectorragie**, douleur, incontinence, syndrome rectal; atteinte transpariétale
- Aspect: rectum non compliant, muqueuse pâle, télangiectasies, pfs ulcération, pfs sténose, pfs fistule, hémorragie muqueuse; biopsies non recommandées (pas d'atteinte spécifique, pourvoyeuse de fistule/saignement)
- Principes généraux de traitement
 - Une rectite radique asymptomatique ne doit pas être traitée
 - Un saignement sans anémie peut être traité médicalement
 - Une anémie doit guider vers un traitement endoscopique/instrumental.
 - Un trouble du transit non expliqué par la rectite doit faire rechercher une entérite radique associée.



Rectite radique

- **Traitement médical:** traitements topiques (sucralfate, corticoïdes, 5ASA, butyrate => tous faible niveau de preuve ou études négatives)
- **Traitement endoscopique:**
 - coagulation plasma argon (APC) pour les saignements: coagulation sur 2-3 mm, nécessite une préparation colique complète per os, études nombreuses (diminution des saignements 94%, arrêt 76%), risques: explosion, ulcérations, nécrose, sténose, fistule;
 - application de solution de formaldéhyde 4% par lavement ou appliquée sous AG au bloc opératoire (efficacité sur saignements: 79-89%), risques: ulcérations canal anal, nécrose, sténose, fistule, cancer;
- **Caisson hyperbare:** pour formes hémorragiques réfractaires ou ulcérations ou maladie radique diffuse du périnée; O2 à 100%, 30 séances, 5/sem.
- **Traitement chirurgical dans formes sévères:** colostomie de dérivation (améliore qualité de vie, sténose, ulcération, fistule, microrectum mais pas les saignements), chirurgie de reconstruction peu efficace (FLP, Gracilis), proctectomie pour lésions pénétrantes invalidantes.

Rectites de prolapsus

- Classiquement associée à des troubles de l'exonération: dyschésie (90%), manœuvres digitales (55%), algies (45%), incontinence (20%) dans USR.
- Prévalence rare: 1/100 000 habitants; ancienneté des symptômes fréquente (3 à 8 ans) et diagnostics erronés dans 50% des cas.
- Dans syndrome de l'ulcère solitaire du rectum classique: > 30% de rectite basse associée
- Rectite basse de prolapsus **isolée**: symptômes et incidence moins connus => moins symptomatique (rectorragies, glaires, constipation et/ou dyschésie inconstante)



Rectites de prolapsus

- Aspect macroscopique polymorphe: érythème, lésions macro-nodulaires pseudovilleuses, ulcères, métaplasies blanchâtres de la partie haute du canal anal
- Aspect microscopique assez caractéristique: muqueuse épaissie pseudo-villeuse, hyperplasie, prolifération fibroblastique et musculaire lisse du chorion.
- Difficile à diagnostiquer: survenue très progressive, ancienneté des symptômes sans extension proximale (atteinte limitée au bas rectum), plus facile si prolapsus muqueux remanié à l'anuscopie, s'invaginant dans canal anal lors de la poussée



Dr Staumont

Rectites de prolapsus

- Défécographie classique = meilleur examen complémentaire pour orienter le diagnostic.
- Bilan de dyschésie: manométrie anorectale/EER dynamique (épaississement du SAI, contraction paradoxale du puborectal en poussée).
- Traitement difficile et résultats incertains:
 - éviter efforts de poussée lors de l'exonération (traitement de la constipation: régime riche en fibres et laxatifs de lest),
 - prise en charge d'un anisme par rééducation de type biofeedback;
 - traitements locaux anti-inflammatoires (suppos et lavements): pas de preuve d'efficacité;
 - rectopexie si syndrome de USR ou syndrome du prolapsus muqueux antérieur,
 - résection par voie rectale si rectite de prolapsus distale, circulaire et isolée en particulier chez l'homme.

Rectites cryptogénétiques (les plus fréquentes...)

- Majorité des rectites cryptogénétiques sont des formes distales de RCUH et plus rarement de MC (rectite isolée rare < 5 %) ou de colite inclassée.
- Une rectite cryptogénétique ne peut être que suspectée: pas de gold standard de diagnostic

ECCO statement 3E

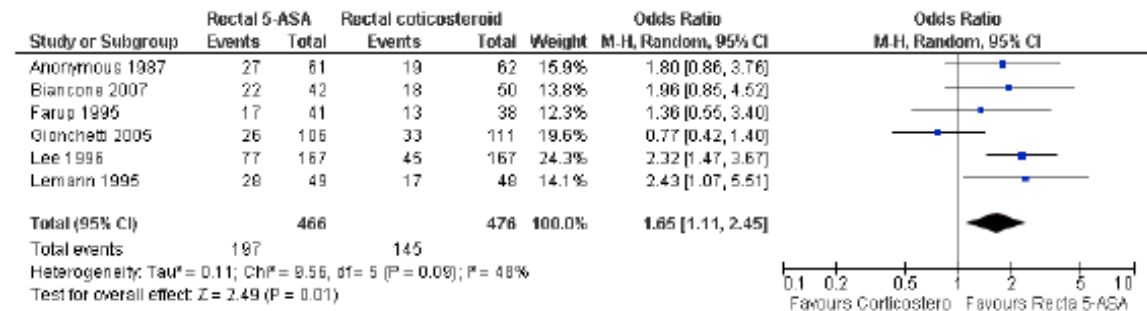
A 'gold standard' for diagnosis of ulcerative colitis does not exist. It is established by clinical, laboratory, imaging, and endoscopic parameters, including histopathology. An infective cause should be excluded. Repeat endoscopy with histopathological review after an interval may be necessary if diagnostic doubt remains [EL5]

ECCO statement 3C

A full medical history should include detailed questioning about the onset of symptoms, rectal bleeding, stool consistency and frequency, urgency, tenesmus, abdominal pain, incontinence, nocturnal diarrhoea, and extra-intestinal manifestations. Recent travel, possible contact with enteric infectious illnesses, medication [including antibiotics and non-steroidal anti-inflammatory drugs], smoking habit, sexual behaviour, family history of inflammatory bowel disease or colorectal cancer, and previous appendectomy should be recorded [EL5]

Rectite de RCUH: Traitement

- Traitement de premier choix dans proctite légère à modérée = suppositoires de 5-ASA (efficacité > aux corticoïdes topiques)
- Dosage optimal = 1 gr/j



11.2.1. Proctitis

ECCO statement 11A

A mesalamine 1-g suppository once daily is the preferred initial treatment for mild or moderately active proctitis [EL1]. Mesalamine foam or enemas are an alternative [EL1], but suppositories deliver the drug more effectively to the rectum and are better tolerated [EL3]. Topical mesalamine is more effective than topical steroids [EL1]. Combining topical mesalamine with oral mesalamine or topical steroids is more effective [EL2]

Marshall JK et al. Cochrane Database Syst Rev 2010. N° CD004115

ECCO statement 11B

Refractory proctitis may require treatment with systemic steroids, immunosuppressants, and/or biologics [EL4]

Rectite de RCUH: Traitement

- Suppositoire > lavement si rectite isolée
- Suppositoire mieux toléré et plus facile d'utilisation.
- Quatre heures après administration: 10% du produit actif d'un lavement liquide et 40% d'un lavement mousse encore présent dans rectum (Van Bodegraven et al, Aliment Pharmacol Ther 1996; 10:327-32)
- **Prise unique 1 gr/j aussi efficace que fractionné**
(Marteau et al, Am J Gastroenterol 2000; 95:166-70; Andus et al, Inflamm Bowel Dis 2010; 16:1947-56; Lamet et al, Dig Dis Sci 2011; 56:513-23)

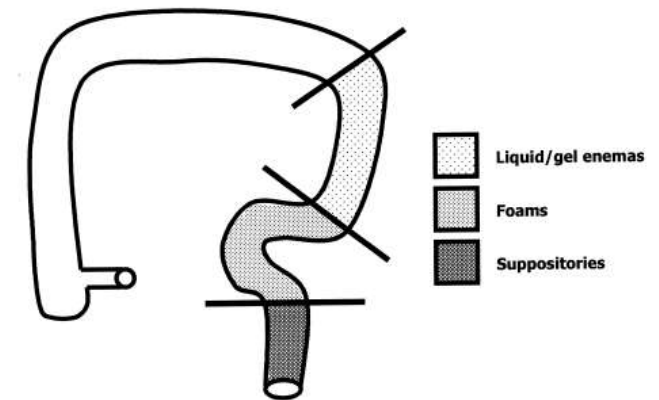


Figure 1. Proximal distribution of rectally-administered 5-ASA preparations.

Am J Gastroenterol 2000;95:1628–1636.

Pour la cause, est-ce que les traitements topiques sont bien utilisés?

- Sous-utilisation du traitement topique dans proctites
- Traitement topique donné dans 26 % des cas de proctite versus traitement par 5ASA per os sans traitement topique était donné dans 29% des cas!
- Traitement combiné systémique et topique dans 13% des cas.
- Au total 50,5% des proctites étaient traitées exclusivement par traitement oral ou IV

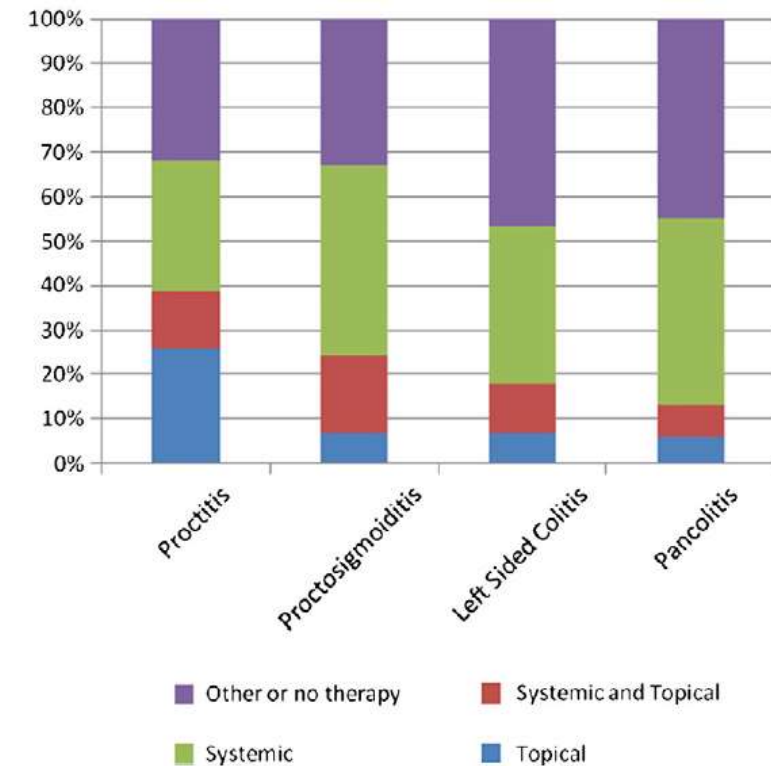


Figure 1 Medication according to disease location.

Rectite de RCUH: Traitement

- En cas d'échec ou d'amélioration insuffisante, l'optimisation de seconde intention sera une association de suppos de 5ASA soit avec un corticoïde local soit un 5ASA oral (soit les trois?).
- Causes d'échec:
 - durée du traitement, dosage adéquat, complications (infection), diagnostic erroné.
 - observance du patient: 39% non adhérence au traitement (centre tertiaire, 485 patients) avec facteurs de risque = diagnostic récent, échec initial, <40 ans, travail temps plein et voie rectale (60% compliance voie orale vs 32% voie rectale, $p<0,001$) (D'Inca R et al, Aliment Pharmacol Ther 2008;27:166-172)
- Importance relation médecin-patient: explications sur intérêt traitement local, compréhension et partage des objectifs de traitement.

Table 1. Potential Advantages and Disadvantages of Rectal Versus Oral 5-Aminosalicylic Acid Formulations

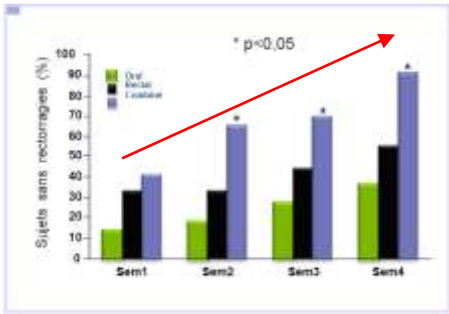
Formulation	Advantages	Disadvantages
Rectal	Direct delivery to site of inflammation Reduced systemic adverse effects Improved efficacy	Reluctance to use rectal therapy May be difficult to administer (e.g., in morbidly obese patients) May be difficult to retain (e.g., in active disease) Reduced compliance
Oral	Ease of use Patient acceptance Enhanced compliance	Increased systemic adverse events Reduced efficacy

Am J Gastroenterol 2000;95:1628–1636.

11.2.1. Proctitis

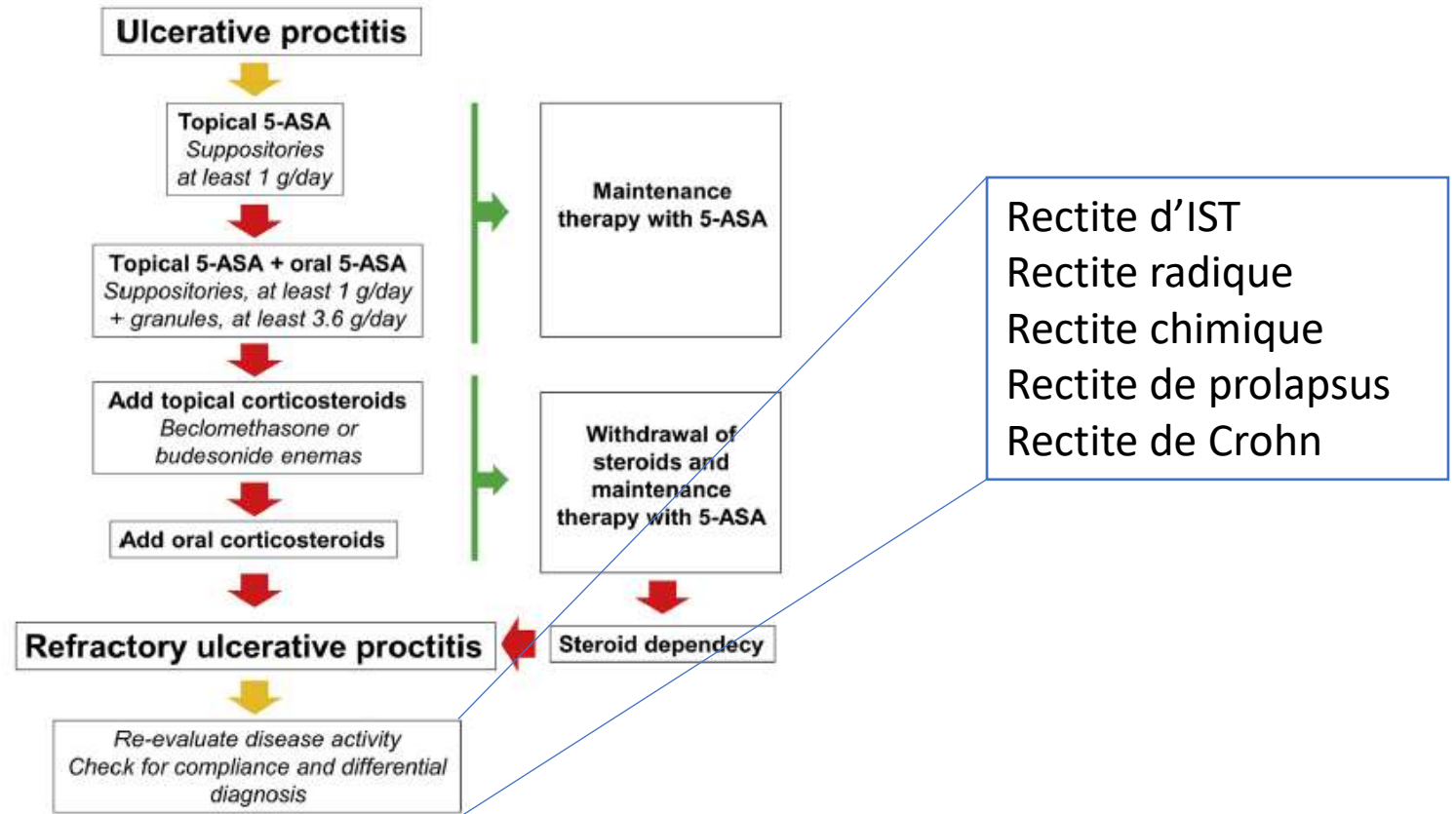
ECCO statement 11A

A mesalamine 1-g suppository once daily is the preferred initial treatment for mild or moderately active proctitis [EL1]. Mesalamine foam or enemas are an alternative [EL1], but suppositories deliver the drug more effectively to the rectum and are better tolerated [EL3]. Topical mesalamine is more effective than topical steroids [EL1]. Combining topical mesalamine with oral mesalamine or topical steroids is more effective [EL2]



Safdi et al. Am J Gastroenterol 1997; 92: 1867-71

Algorithme de Traitement dans Rectite



Corticoïdes topiques à utiliser de seconde intention si patients intolérants ou résistants

Take Home Messages

- Tout premier épisode de rectite n'est pas une MICI.
- Intérêt d'un interrogatoire ciblé (sexualité, troubles dyschésiques, traitements locaux, atcd de radiothérapie, caractère récidivant des symptômes) et de prélèvements ad hoc (coprocultures, frottis culture/PCR, sérologies).
- En cas de suspicion de rectite d'IST, prévoir traitement probabiliste dans l'attente des résultats microbiologiques: **bithérapie** Ceftriaxone 500 mg IM 1x + Doxycycline 100 mg 2x/j pendant 7 jours.
- Traitement de première intention des rectites de RCUH d'intensité légère à modérée = 5 ASA suppo 1 gr/j.
- Intérêt du traitement local doit être expliqué pour prévenir le défaut de compliance.

Premier épisode de rectite

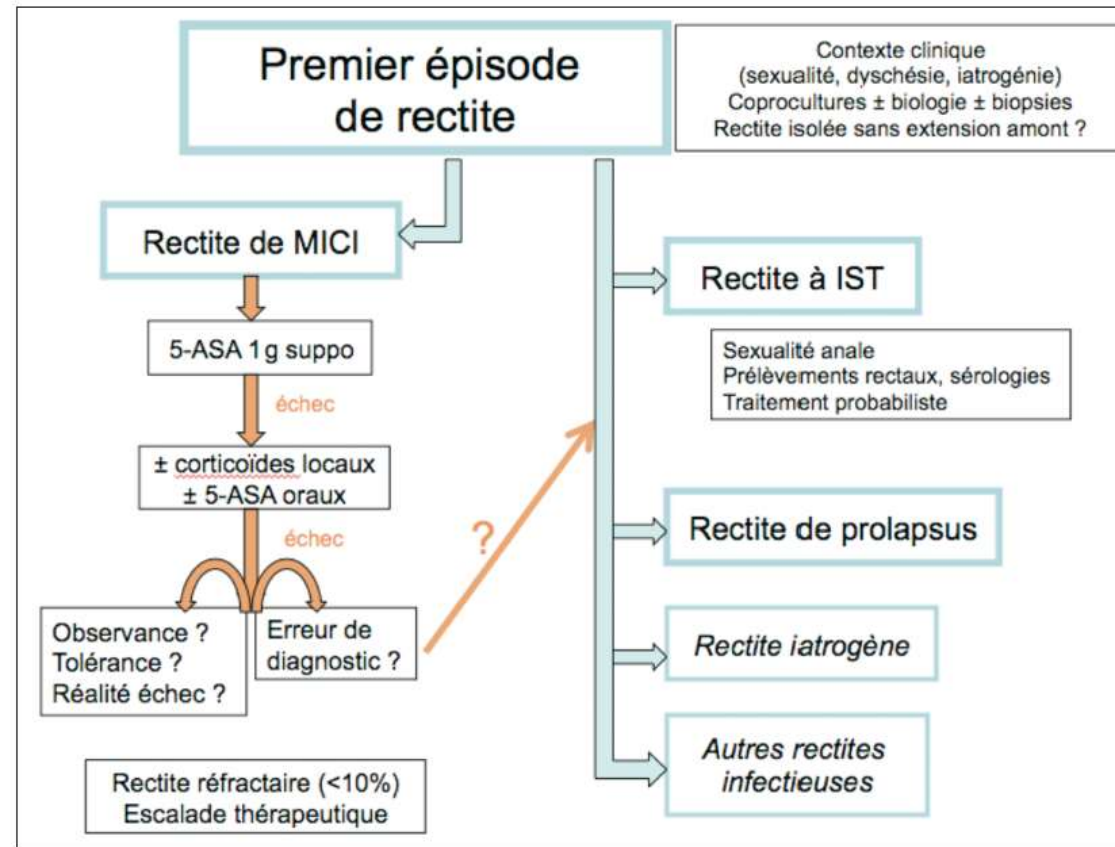


Figure 2. Algorithme décisionnel.
Démarche diagnostique et thérapeutique devant une première poussée de rectite