



La mélanose colique

Melanosis coli

Ghislaine Ngatcha¹, Nawal Kabbaj¹, Mouna Salihoun¹, Sabah Ouahou¹, Laila Amrani¹, Zakia Chaoui¹, Mouad Guedira¹, Ahmed. Jahid², Najat Mahassiri², Naima Amrani¹

1. Service EFD-Hépatogastroentérologie

2. Service d'anatomo-pathologie

Hôpital Ibn Sina, UM55; Rabat (Maroc)

n_ghisou@hotmail.com

Résumé

La mélanose colique est une affection bénigne qui découle de l'abus de laxatifs anthraquinoniques. Elle est décrite comme une pigmentation foncée de la muqueuse colique. Elle est souvent liée à la constipation. La mélanose colique est principalement diagnostiquée par l'endoscopie et confirmée par l'histologie. Il est important de reconnaître la mélanose colique qui peut régresser généralement en quelques mois avec l'arrêt des laxatifs. Bien qu'elle soit considérée comme une maladie bénigne, les biopsies endoscopiques doivent être faites sur les zones pigmentées et les zones non pigmentées en raison de la suspicion d'adénome ou de carcinome colorectal associé. A ce propos, nous rapportons tous les cas de mélanose colique colligés au service EFD-Hépatogastroentérologie à l'hôpital Ibn Sina de Rabat au Maroc. L'évolution était favorable après l'arrêt de l'utilisation de laxatifs chez tous les patients.

Mots-clés

Mélanose ; Laxatifs ; Pigmentation colique

Abstract

Melanosis coli is a benign condition that arises from anthraquinone laxative abuse. It is described as a dark pigmentation of colonic mucosa. It is often related with constipation. Melanosis coli is mainly diagnosed by endoscopic and confirmed by histopathology. It is important to recognize the melanosis coli which can regress generally in a few months with the discontinuation of laxatives. Although it is seen as a benign disease, colonoscopy biopsies should be taken on the pigmented and not pigmented areas because of the suspicion of associated colorectal adenoma and carcinoma. In this regard we report all cases of melanosis coli enrolled in EFD-hepatogastroenterology unit at Ibn Sina hospital in Rabat-Morocco. The evolution was favorable after discontinuation of the use of laxative in all patients.

Keywords

Melanosis coli; Laxatives; Colonic pigmentation

Introduction

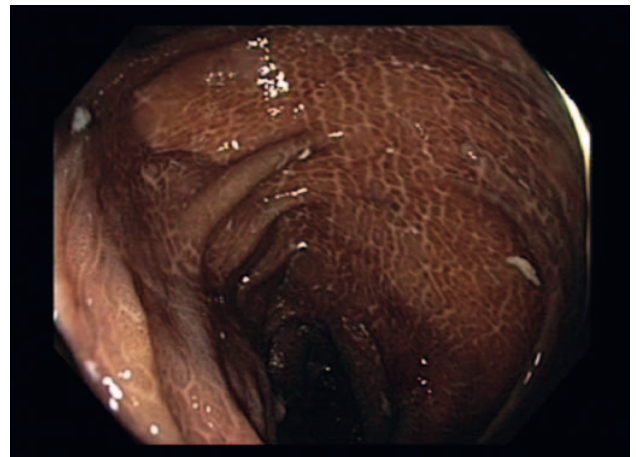
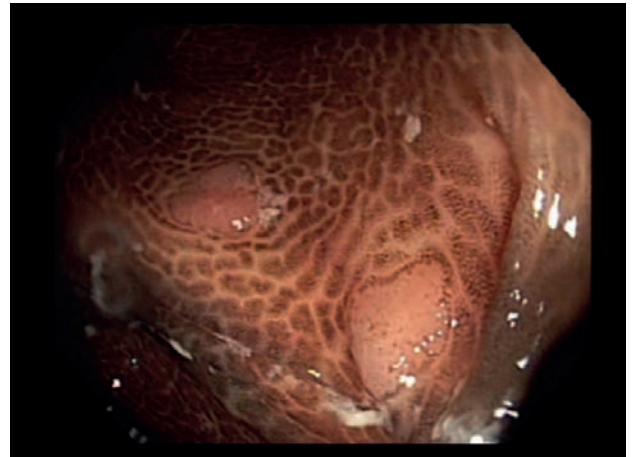
La mélanose colique est une pigmentation colique brun foncé due à la consommation excessive de laxatifs contenant de l'anthraquinone et du séné [1]. Elle est fréquemment diagnostiquée au cours des colonoscopies et à l'examen anatomopathologique des biopsies coliques [2]. Au cours des colonoscopies réalisées pour une constipation chronique, les endoscopistes retrouvent des dépôts pigmentaires sur la muqueuse colique [2]. La mélanose colique est une pathologie bénigne et généralement réversible à l'arrêt des laxatifs [1]. Nous rapportons tous les cas de mélanose colique colligés dans notre service.

Patients et Méthodes

Tous les patients référés dans notre service pour une coloscopie ont été inclus de janvier 2006 à juin 2012. La coloscopie totale était réalisée sous sédation au propofol après un régime sans résidu de 3 jours et une préparation à base de PEG (Polyéthylène glycol) la veille de l'examen. Des biopsies coliques ont été réalisées pour une étude anatomo-pathologique chez tous les patients atteints de mélanose colique macroscopique.

Resultats

Neuf cas de mélanose colique sur un total de 2 602 coloscopies ont été colligés, soit une fréquence de 0,3 %. L'âge moyen des patients était de $55 \pm 9,8$ ans (extrêmes: 45-70 ans) avec une prédominance féminine (6 femmes et 3 hommes). Tous les patients ont été explorés pour une constipation chronique associée à des douleurs abdominales diffuses. Une notion de consommation excessive de laxatifs irritants a été notée chez 6 patients et 3 patients avaient consommé un laxatif végétal (séné). Les aspects endoscopiques étaient : un aspect brun foncé de la muqueuse colique dans 8 cas (Fig. 1a et 1b), un aspect brunâtre et pseudopolypoïde de la muqueuse colique chez un patient. Un aspect diffus de la mélanose colique a prédominé dans cinq cas et une mélanose localisée au côlon droit a été notée dans 4 cas. L'étude anatomo-pathologique des biopsies a montré des dépôts de lipofuschines dans le chorion et les macrophages (Fig. 2a et 2b). Le traitement a consisté en l'arrêt des laxatifs et le respect des mesures hygiéno-diététiques (une alimentation riche en fibres, et la pratique d'exercices physiques). Tous les patients ont été revus au bout de six mois, avec une coloscopie qui a montré une nette amélioration de la mélanose colique.



Figures 1a et 1 b
Aspect brun foncé de la muqueuse colique

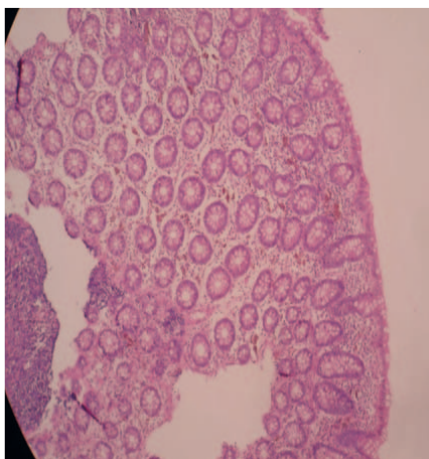


Figure 2a
Pigments brunâtres dans le chorion (H-E x 100)

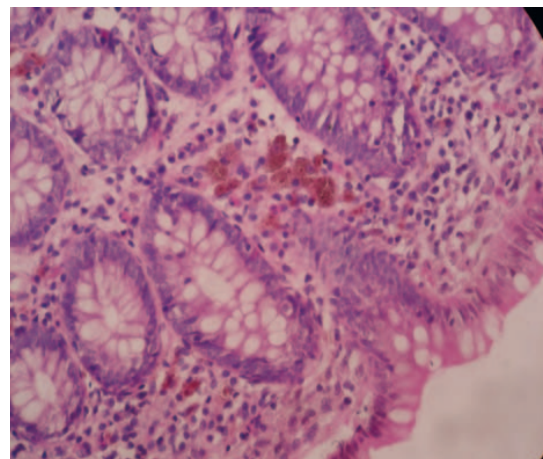


Figure 2b
Accumulation des macrophages dans la lamina propria chargée de pigments de lipofuschines (H-E x 200)



Discussion

La mélanose colique est une affection rare caractérisée par le dépôt anormal d'un pigment brun ou noir appelé lipofuscine dans la lamina propria de la muqueuse colique [1,2]. Cruveilhier a été le premier à décrire la pigmentation de la muqueuse colique en 1829, mais Virchow a été le premier à nommer la mélanose colique en 1847 [3,4].

Une incidence variable de la mélanose colique a été rapportée dans plusieurs études. Cette variabilité peut s'expliquer par le fait que certaines études ont seulement tenu compte de l'aspect macroscopique de la mélanose colique tandis que d'autres ont rapporté tous les cas de mélanose colique à la fois microscopique et macroscopique. Son incidence est plus élevée chez les personnes âgées et celles souffrant d'un syndrome de côlon irritable et de constipation chronique, probablement en raison d'une consommation excessive de plantes médicinales contenant des anthraquinones [5-7]. Dans notre série, la fréquence de la mélanose colique était de 0,3 %.

La mélanose colique est plus fréquente chez les personnes âgées, et deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes [2,8]. Une prédominance féminine a été retrouvée dans notre étude. Bien qu'elle soit généralement asymptomatique [9,10], nos patients présentaient une constipation chronique associée à des douleurs abdominales diffuses.

Les laxatifs à base de plantes contenant des anthranoïdes ont été décrits comme la principale cause de survenue de la mélanose colique et les mécanismes sous-jacents impliqués dans le développement d'une muqueuse colique brunâtre sont bien documentés [11-13]. La prise de ces laxatifs induit les bactéries cœcales à convertir l'anthracène de sa forme glucuronatée en sa forme active, entraînant des dommages et la mort par apoptose des cellules épithéliales du côlon. Les corps apoptotiques restants sont phagocytés par des macrophages intraépithéliales et transportés de la membrane basale épithéliale à la lamina propria. Ici, la digestion des corps apoptotiques est terminée, et ils sont transformés en pigments de lipofuscine typique par action enzymatique dans les lysosomes des macrophages, donnant à la mélanose son aspect noir caractéristique [1,2,13,14].

L'utilisation des plantes médicinales dans le traitement des pathologies gastro-intestinales et hépatiques est un phénomène relativement ancien [13]. Les extraits de plantes sont couramment utilisés pour soigner les symptômes classiques de la constipation, mais la consommation excessive de laxatifs à base de plantes contenant des anthranoïdes comme le séné, l'aloès, la rhubarbe peut être responsable de l'incidence élevée de la mélanose colique [5,13,14]. Le rôle de ces substances dans la survenue de la mélanose colique a été bien démontré expérimentalement [5]. Dans notre série, les causes les plus probables de mélanose colique étaient l'utilisation chronique de laxatifs irritants dont le séné.

La mélanose colique est considérée comme une coloration bénigne et inoffensive du côlon. Il n'y a pas d'association significative entre le cancer colorectal et la mélanose colique. Cependant, puisque les adénomes ne contiennent pas de pigments de lipofuscine et sont facilement détectés dans la muqueuse colique de couleur foncée comme des taches blanches [1,5,7,12], une association avec des polypes colorectaux a été rapportée dans 9,8 % des cas [15]. Dans notre étude, aucun adénome n'a été retrouvé dans la muqueuse colique de nos patients.

Le diagnostic de la mélanose colique nécessite une bonne coloscopie avec des biopsies segmentaires, afin de ne pas méconnaître d'autres pathologies coliques. En plus d'une surveillance régulière par coloscopie, nous recommandons aux patients atteints de constipation : l'arrêt des laxatifs à base d'anthraquinone et l'instauration d'un régime alimentaire riche en fibres [1,2], comme ce fut le cas pour nos patients.

Conclusion

La mélanose colique est rare. Dans notre série, elle est secondaire à l'utilisation excessive de certains laxatifs. L'endoscopie et l'étude anatomo-pathologique des biopsies coliques permettent le diagnostic. L'évolution est généralement favorable après arrêt des laxatifs, mais des biopsies segmentaires des zones pigmentées et non pigmentées doivent être réalisées, afin de ne pas méconnaître d'autres pathologies coliques.



Références

1. Eroğlu M, Coşkun AK, Günal A et al .Melanosis Coli: Case Report. *J Clin Anal Med* 2012; 3(2):234-6.
2. Ahasan HN, Mai K, Mahbub S, Alam B, Miah T, Gupta RD, Arif K. Melanosis Coli - An Atypical Presentation. *J Medicine* 2010;11:183.
3. Cruveilhier J. Cancer avec melanose. In *Anatomie pathologique du corps humain*. Paris: Baillier; 1829,p. 19-6.
4. Özel L, Toros AB, Ersöz F, Özkara S, Güneş P. Melanosis Coli, a Consequence of Laxative Abuse? *Istanbul Med J* 2010;11(4):171-74.
5. Santos Rodrigues AL, Crociati Meguins L. Melanosis coli associated with laxative herbal teas ingestion in a Brazilian amazon woman: case report, *Rev Para Med Braz* 2009;23(4).
6. Li D, Browne LW, Ladabaum U. Melanosis Coli. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009;7:20.
7. Morales MA, Hernandez D, Bustamante S, Bachiller I, Rojas A. Is Senna Laxative Use Associated to Cathartic Colon, Genotoxicity, or Carcinogenicity? *Hindawi Publishing Corporation Journal of Toxicology* 2009, Article ID 287247,8 pages (doi:10.1155/2009/287247).
8. Freeman HJ. "Melanosis" in the small and large intestine. *World J Gastroenterol* 2008;14:4296-9.
9. Chaudhary BN, Sharma H, Nadeem M, Niayesh MH. Ischemic colitis or melanosis coli: a case report. *World J Emerg Surg* 2007;20 (2):25.
10. Batistatou A, Panelos J, Agnantis NJ. Melanosis intestini: case report. *Diagnostic Pathology* 2006;1:1.
11. Saraçoğlu A, Ergun B. Composition of some herbal slimming tea preparations marketed in Turkey and their possible adverse effects. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2006;26:355-63.
12. Tsobanidou Ch. Melanosis coli in two patients with colorectal neoplasia. *J Buon* 2005;10:131-3.
13. Nusko G, Schneider B, Schneider I, Wittekind C, Hahn EG. Anthranoid laxative use is not a risk factor for colorectal neoplasia: results of a prospective case control study. *Gut* 2000;46:651-5.
14. Willems M, Van Buuren HR, De Krijger R. Anthranoid self-medication causing rapid development of melanosis coli. *Neth J Med* 2003; 61(1):22-4.
15. Siegers CP, von Hertzberg-Lottin E, Otte M, et al. Anthranoid laxative abuse - a risk for colorectal cancer? *Gut* 1993;34:1099-110.

Liens d'intérêt : aucun