

**LES MALADIES INFLAMMATOIRES INTESTINALES :  
CONCEPTIONS ACTUELLES ET ESSAI DE  
SYSTEMATISATION SELON LA DIALECTIQUE  
TRADITIONNELLE CHINOISE**

**Docteur Philippe CASTERA**

---

**RESUME :**

Après un résumé des conceptions actuelles sur les maladies inflammatoires intestinales, l'auteur essaye d'aborder synthétiquement (les possibilités diagnostiques et thérapeutiques en médecine traditionnelle chinoise.

Il insiste notamment sur un vide de Rein plus important dans la maladie de Crohn que dans la recto-colite hémorragique, le vide de Rate étant dominant dans cette dernière affection.

**MOTS-CLES :**

Maladie de Crohn - Recto-colite hémorragique - Colites inflammatoires.

## I. DEFINITION OCCIDENTALE

Les maladies inflammatoires intestinales (M.I.I.) essentiellement constituées par la **recto-colite hémorragique (R.C.H.)**, individualisée il y a environ 130 ans, et la **maladie de Crohn (M.C.)** individualisée il y a 55 ans.

Le diagnostic en étant parfois difficile, un groupe intermédiaire a été constitué. on parle de **colites cryptogénétiques indéterminées**.

Bien que les manifestations essentielles soient intestinales, il s'agit d'**affections systémiques**, pouvant comporter des signes articulaires, cutanés ou oculaires.

L'étiologie en est encore inconnue et l'évolution est difficilement prévisible, ce qui rend difficile l'application de l'efficacité des traitements, en dehors d'échantillonnages très importants.

## II. DEFINITION TRADITIONNELLE CHINOISE

La bibliographie sur le sujet est très pauvre. Nous ne retrouvons que deux articles (7, 8) consacrés directement à la R.C.H., un 3ème y consacrant une page (6).

S'il est possible que les M.I.I. existaient avant leur individualisation, elles devaient de par leur rareté relative, passer inaperçues au milieu des tuberculoses intestinales et autres affections infectieuses chroniques des intestins.

Bien sûr, nous pouvons nous reporter, dans les textes traditionnels, aux dysenteries chroniques et aux hémorragies intestinales, manifestations fréquentes des M.I.I., mais l'étiologie en était sans doute différente dans la Chine ancienne.

Il apparaît donc plus important d'utiliser la compréhension que nous avons de la médecine traditionnelle chinoise et de réfléchir en dehors des références traditionnelles, celles-ci ne servant que de support.

### III. DONNEES ACTUELLES

#### A. Epidémiologie

L'étude épidémiologique d'une affection dont le diagnostic est syndromique et étiologique est toujours difficile.

De plus les études françaises sur le sujet sont rares et imparfaites.

La prévalence en Europe varie de 37 à 157/100 000 pour la R.C.H. et de 27 à 75/100 000 pour la M.C.

Si tous les âges peuvent être concernés, on note une **incidence maximale entre 20 et 35 ans.**

On retrouve une légère prédominance féminine dans la M.C.

De façon statistique, l'influence des "stress émotionnels" et "l'enfant surprotégé" ne sont pas retrouvés, ce qui correspond à une différence marquante d'avec les colopathies fonctionnelles. Cependant, l'expérience de chacun montre bien que cette vérité statistique n'est pas toujours vraie à l'échelon individuel.

On note également une plus grande fréquence dans les milieux socio-économiques les plus favorisés (?).

S'il s'agit d'affections potentiellement dangereuses, les dernières études épidémiologiques semblent montrer une survie moyenne proche de celle d'une population normale. Ceci est dû à la prise en compte de formes de plus en plus bénignes.

## **B. Etiologie**

La plupart des facteurs évoqués semblent plus représenter des épiphénomènes.

Les anomalies immunologiques, l'hypothèse infectieuse, le terrain génétique sont les 3 voies de recherche actuellement.

Les théories génétiques les plus récentes évoquent une **hérédité polygénique** qui rendrait le patient plus sensible au développement d'une M.I.I.

Si le patient ne possède qu'un petit nombre de gènes, il a plus de chances d'avoir une R.C.H. Si le génotype est plus complet, le patient est plus susceptible d'avoir une M.C.

Comme nous le verrons plus loin, cette hypothèse génétique vient conforter notre conception traditionnelle chinoise des M.I.I.

## **C. Conduite diagnostique devant une première poussée des M.I.I.**

### **1. Etape clinique**

#### *a) Sémiologie digestive d'appel*

Les signes digestifs sont au premier plan dans 80% des cas.

- \* **La diarrhée** est un signe de début très fréquent (80%), surtout dans les formes coliques. Il peut s'agir :
  - d'une diarrhée graisseuse et/ou liquidienne en cas d'atteinte du grêle ;
  - d'une diarrhée hydrique avec ou sans glaires, sang, pus dans les atteintes coliques.
- \* **Rectorragies, syndrome pseudo-dysentérique**, sont présents essentiellement dans la R.C.H.
- \* **Ténesmes, proctalgies** et autres signes de rectite sont très évocateurs du RCH.

- \* **Les douleurs abdominales** sont révélatrices dans 90% des MC et dans 70% des RCH. Il peut s'agir :
  - d'un syndrome de Koenig. Il évoque une sténose du grêle et donc une M.C, s'il est post-prandial précoce. Plus tard, il évoque une sténose colique et ne permet pas de trancher.
  - des coliques intestinales avec borborygmes, météorisme, soulagés par l'émission de gaz et de selles diarrhéiques.
  - de douleurs permanentes, localisées ou en cadre colique.

Les douleurs violentes sont rares dans la RCH et doivent faire craindre une forme grave.

- \* **Les syndromes occlusifs, les syndromes appendiculaires aigus** sont plus évocateurs d'une MC.
- \* **Le syndrome de colite aiguë grave. La colectasie.** Les douleurs sont fortes, le syndrome dysentérique franc, la fièvre élevée. L'état général est altéré. En cas de colectasie, le syndrome dysentérique diminue alors que les rectorragies augmentent.
- \* **Les signes ano-périnéaux** sont plus souvent révélateurs d'un M.C. Il s'agira de fistules, fissures, abcès, incontinence, écoulements, douleurs.
- \* **Des hémorragies majeures, une perforation du grêle, la perception d'une masse abdominale,** peuvent être révélatrices.

#### *b) Sémiologie extra-digestive d'appel*

Les signes extra-digestifs sont présents dans 30 à 40% des M.I.I., mais ne sont révélateurs que dans 10% des cas.

- \* **Les manifestations articulaires** sont présentes dans plus de 30% des cas, aussi bien dans la RCH que la M.C. Il peut s'agir :
  - d'une oligoarthritis asymétrique touchant les chevilles, les genoux, les poignets et évoluant parallèlement aux poussées.

- du classique rhumatisme axial, évoluant pour son propre compte. Le groupe HLA B27 est alors retrouvé 7 fois/10. Il peut s'agir d'une simple sacro-iléite, surtout en l'absence du groupe HLA B27.

\* **Les manifestations cutané-muqueuses** sont plus rares. Il peut s'agir :

- d'un érythème noueux, pré-tibial ou pré-cubital
- d'ulcérations cutanées granulomateuses
- du pyoderma gangrenosum (ulcérations purulentes mais stériles)
- d'iridocyclite, d'épisclérite ou de kératite,
- de lésions aphthoïdes buccales ou génitales.

\* **Les manifestations hépato-biliaires** sont possibles, à type de stéatose, hépatite granulomateuse, cirrhose, amylose, etc.

\* **Les manifestations urinales** sont rares, à type de fistules, lithiases uratiques ou oxaliques.

\* **La fièvre** peut être isolée dans 5 à 10% des cas.

\* **La dénutrition** peut s'accompagner d'une décomposition oedémato ascitique surtout dans la MC du grêle.

\* **Un syndrome anémique** peut être également révélateur.

#### *c) L'examen physique recherchera*

- \* Une masse abdominale, notamment dans la fosse iliaque droite ;
- \* des lésions anales ou périanales
- \* des anomalies au toucher rectal ;
- \* des manifestations ostéo-articulaires ;
- \* des lésions cutané-muqueuses ;
- \* une hépato-splénomégalie ;
- \* des signes de dénutrition.

#### *d) Synthèse de l'étape clinique*

Le diagnostic est évoqué sur :

- \* des lésions anales typiquement crohniennes ;
- \* un syndrome pseudo-appendiculaire aigu avec diarrhée chez un appendicectomisé ;
- \* un syndrome dysentérique avec des signes de rectite dans un contexte évocateur ;
- \* l'association de signes digestifs et extra-digestifs ;
- \* l'absence d'un autre diagnostic évident, notamment chez le jeune de race blanche.

## 2. Etape para-clinique

### a) L'endoscopie

Il s'agira d'une amioscopie et d'une rectoscopie d'emblée.

En l'absence d'une colectasie, on complète par une coloscopie.

Celle-ci est du domaine du spécialiste. Il nous suffit de savoir que :

- dans le M.C. les lésions sont à prédominance proximale, segmentaires, avec de fréquentes sténoses ;
- dans la R.C.H. les lésions sont à prédominance distale, continues, les sténoses étant plus rares.

L'endoscopie permet le diagnostic, de suivre l'évolution et d'assurer le dépistage des lésions précancéreuses.

### b) La radiologie

Un ASP éliminera une colectasie, avant l'endoscopie. Il recherchera des signes sub-occlusifs, une pelvi-spondylite ou une sacro-iléite isolée.

Il sera complété par un transit du grêle.

*c) La biologie*

Elle est en fait de peu d'intérêt.

L'hémogramme, la VS et l'électrophorèse des protéines sont surtout utiles dans la surveillance des formes sévères.

L'examen parasitologique des selles aide au diagnostic différentiel.

La recherche d'une stéatorrhée n'a d'intérêt que dans les formes iléales.

*d) L'examen anatomo-pathologique*

Il est fondamental et renforce le diagnostic. Il décèle les lésions pré-cancéreuses.

**3. Synthèse diagnostique**

	100% M.C.	0%	0%	R.C.H.	100%
Douleurs abdominales	95%			50%	
Rectorragies		20%			95%
Fièvre	Fréquente			Rare	
Lésions anales	75%			< 9%	
Lésions iléales		30%			<3%
Lésions coliques : - topographie - segmentaires - sténoses	Prédominance proximale + fréquentes			Prédominance distale - rares	
Fistules		15%			<0.5%

**Données cliniques et morphologiques macroscopiques distinctes entre M.C. et R.C.H.**



## **D. Indices d'activité dans les M.I.I.**

Ils apprécient la gravité de l'affection, lorsque le diagnostic est établi, ce qui n'est pas toujours le cas.

### **1. Dans la R.C.H.**

- \* Une poussée est dite de gravité sévère, quand il y a :
  - au moins 6 selles sanglantes par jour,
  - une température vespérale supérieure à 37°5 en moyenne,
  - une tachycardie égale ou supérieure à 90/mn,
  - une hémoglobine inférieure à 10,5g pour 100 ml,
  - une VS supérieure ou égale à 30 mm pour la première heure.
  
- \* Une poussée est dite de gravité minime quand il y a :
  - moins de 4 selles quotidiennes, avec peu de sang,
  - pas de fièvre,
  - pas de tachycardie,
  - une hémoglobine normale,
  - une VS inférieure à 30 mm à la 1ère heure.
  
- \* Une poussée est dite de gravité moyenne, dans les cas intermédiaires.

### **2. Dans la M.C.**

Il existe de nombreux indices. A mon avis, le plus simple à utiliser en médecine générale, est l'indice de Harvey et Bradshaw simplifié.

Il comprend 5 paramètres mesurés en un seul jour :

- bon état général côté de 0 à 4
- douleurs abdominales (0 à 3)
- nombre de selles liquides par jour,
- masse abdominale (0 = aucune ; 1 = possible ; 2 = certaine ; 3 = certaine et douloureuse à la palpation),

- complications : arthralgie, uvéite, érythème noueux, pyoderma gangrenosum, aphtes, fissures anales, fistules, abcès (1 par item présent).

Les 5 cotations sont additionnées et plus le chiffre obtenu est important, plus la maladie est active.

#### **E. Evolution des M.I.I.**

##### **1. Evolution des R.C.H.**

*a) Régressive* : dans environ 5% des cas, surtout les formes rectales.

*b) Poussées successives* : dans environ 85% des cas.

Les écarts alimentaires, les infections intestinales, les chocs psychiques semblent jouer un rôle à l'origine des poussées, bien que les études statistiques ne soient pas probantes.

Les poussées durent 4 à 10 semaines. Il y en a, en moyenne, 2 à 3 par an.

La gravité est imprévisible.

Plus la récurrence est précoce, plus le pronostic est mauvais.

L'évolution se fait généralement vers la R.C.H. chronique avec une diarrhée invalidante.

##### *c) Mégacolon toxique*

Il peut survenir à n'importe quel stade de la maladie, mais surtout dans la première année, et chez le sujet jeune.

Le tableau toxi-infectieux est sévère et nécessite une colectomie en urgence.

##### *d) Complications*

- Cancérisation, surtout dans les formes chroniques anciennes avec pancolite. Ceci nécessite une surveillance endoscopique régulière avec biopsies étagées à la recherche de lésions pré-cancéreuses ;

- colectasie ;
- hémorragies graves ;
- perforations intestinales souvent à bas bruit ;
- rares complications ano-rectales ;
- rares sténoses ;
- complications hépato-biliaires, urinaires, cutanéomuqueuses ou articulaires déjà vues ;
- amylose dans les formes anciennes et surinfectées.

## **2. Evolution de la M.C..**

L'évolution spontanée peut se faire vers la rémission dans 30 à 40% des cas. Elles sont souvent durables.

Souvent également, le traitement médical contient plus ou moins bien la poussée et on arrive à la chirurgie.

Le décès est dû 1 fois sur 5 à un cancer et 4 fois sur 5 aux autres complications (occlusion, hémorragie, infection, lithiase anale) ou au traitement (notamment la chirurgie).

85% sont toujours en vie, 20 ans après le début de la maladie.

## **E. Traitement classique des M.I.I.**

Nous ne ferons que le "survoler", car il est très complexe en pratique.

### **1. Dans la M.C.**

\* Poussée modérée ou première poussée (surtout si atteinte colique ou iléocolique). => Salazopyrine\* (1g/15kg).

\* Atteinte iléale => Pentasa\* (3 à 4g/24h) ou métronidazole.

- \* En cas de résistance à ces traitements ou si la forme est sévère => Prednisone (1mg/kg/24h), entre 3 et 6 semaines => normalisation clinique dans 90% des cas. On diminue ensuite très progressivement les doses.
- \* Devant une poussée très sévère : nutrition parentérale exclusive les 8 premiers jours + corticothérapie parentérale + antibiothérapie parentérale en cas de fièvre.
- \* En cas de corticorésistance, le choix se fera, en milieu spécialisé, entre la nutrition artificielle et la chirurgie.
- \* Une fois la rémission atteinte, le but est d'arrêter la prednisone ou de garder la dose minimale nécessaire.
- \* Les lésions ano-périnéales réagissent souvent bien au métronidazole, mais rechutent à l'arrêt. On peut essayer l'Azathioprine ou la 6 mercaptopurine.

## **2. Dans la R.C.H.**

- \* Dans les poussées :
  - sur les formes distales ne dépassant pas le côlon gauche, on utilise la Salazopyrine\* (1g/15kg) per os, associée à des corticoïdes locaux en mousse. En cas d'intolérance à la Salazopyrine, on utilisera le pentasa\* ou le dipention\*. les corticoïdes sont réservés aux formes résistantes.
  - Dans les formes rectales, on utilise les traitements locaux (pentasa\*, corticoïdes).
- \* En entretien : on utilise la salazopyrine\* à la dose de 2g/24h, de façon définitive. Le traitement d'entretien est inutile dans les formes rectales.

### 3. L'état nutritionnel doit être surveillé de près

En effet la dénutrition a pour conséquence :

- une diminution de l'immuno-compétence,
- une difficulté de cicatrisation des lésions intestinales et systémiques,
- une augmentation de la morbidité et de la mortalité post-opératoires,
- des déficits enzymatiques, notamment pancréatiques, ce qui augmente la diarrhée et la malabsorption,
- une facilitation de la contamination chronique bactérienne du grêle.

## IV. DONNEES TRADITIONNELLES CHINOISES

Comme toujours, en médecine traditionnelle chinoise, toute démarche systématique serait nuisible et nous ne donnerons que des principes généraux. Notre logique opérationnelle devra s'adapter à chaque patient.

Nous sommes ici en présence d'une maladie systémique et chronique, engageant de multiples mécanismes et la "recette thérapeutique" n'existe pas.

Cependant, il existe tout de même quelques traits communs que nous allons essayer de dégager.

### A. Analyse des différents symptômes

Nous allons nous attacher aux **symptômes caractéristiques de la maladie**. A chacun, ensuite, d'affiner son diagnostic en fonction de la réaction individuelle du patient.

1. **L'hérédité polygénique** suspectée, laisse supposer une atteinte du Jing qi inné, d'origine parentale.

Le Jing qi inné peut être assimilable, à mon avis, au caractère invariant de la structure vivante, par l'intermédiaire du codage génétique.

Mais, cette invariance est impossible sans l'apport constant des "briques" de la structure. En effet, il existe un perpétuel "turn-over" des éléments constitutifs. Ce turn-over est possible grâce au Jing qi acquis. Or nous savons que la **Rate** et l'**Estomac** ont un rôle capital dans l'élaboration de celui-ci.

Jing qi acquis et Jing qi inné sont donc étroitement liés et sont emmagasinés dans les **Reins**.

Bien sûr nous savons que dans les M.I.I. débutantes dans l'enfance (surtout des M.C.) il existe des troubles de la croissance dus à l'atteinte du Jing des Reins.

## **2. Les signes digestifs**

A ce niveau, la Rate semble jouer un rôle essentiel. De nombreuses citations classiques peuvent être retrouvées. Basons-nous sur ce que synthétise Auteroche.

**\* La Rate assure le transport/transformation des matières nutritives.** Si cette fonction est insuffisante, nous avons :

- des manifestations de mauvaise digestion et assimilation : diarrhée pâteuse, ventre ballonné, anorexie, asthénie, amaigrissement.
- des signes d'insuffisance de production du Qi et du Sang : essoufflement, difficulté à parler, transpiration profuse, teint blême ou jaune foncé, palpitations, insomnie, langue pâle et tendre, pouls fin et faible.
- des modifications pathologiques, dans le cadre de la "stagnation de l'eau" : diarrhée, glaires (Ton Yin), oedèmes.

**\* La Rate falt monter le pur.** En cas d'affaiblissement du Qi de la Rate nous aurons : vertiges, éblouissements, diarrhée chronique, prolapsus anal, ptoses d'organes.

**\* La Rate retient le sang dans les vaisseaux.** Si le Qi de la Rate est faible, nous aurons des entérorragies.

Toutefois si cette atteinte de la Rate semble expliquer l'état plus ou moins chronique des M.I.I., le tableau des poussées aiguës et notamment des RCH évoque le cadre clinique ; **"gros intestin atteint par l'humidité-chaueur"** avec :

- abdomen douloureux,
- diarrhée, pus et sang mêlés aux matières fécales,
- epreinte et ténésme,
- anus brûlant,
- bouche sèche,
- oligurie,
- fièvre et frissons altérés.

En effet, si la Rate est faible, il se crée une stagnation de l'humidité à l'intérieur. A la langue, et surtout en cas de facteurs surajoutés, cette stagnation d'humidité produit de l'humidité-chaueur, qui descend dans le gros intestin et s'aggrège dans celui-ci.

L'humidité-chaueur accentue le dérèglement de la conduction intestinale, décompose le sang en pus.

Bien sûr, cette dialectique traditionnelle chinoise surprendra nos confrères non initiés. Nous pourrions commencer nos phrases par : *"Tout se passe comme si..."* Les Chinois gardent toujours une vision systémique se basant sur le manifesté, sans se préoccuper du substratum réel. L'important est l'efficacité du raisonnement et du traitement.

Si les signes cliniques de la poussée de M.I.I., et surtout de R.C.H., sont des signes de chaleur, de stagnation et d'insuffisance de sang, de suppuration, de nombreux arguments montrent, en fait, que l'énergie perverse en cause est le froid. En effet, le froid à son comble va provoquer des signes de "fausse chaleur".

**Donc, il semble que nous ayons un terrain soit de Reins, soit de Rate faible. L'atteinte grave par le froid pervers, alimentaire ou cosmique, ou par un facteur psychique, favorise la décompensation aiguë sous la forme "gros intestin atteint par l'humidité-chaueur".**

A ce propos, rappelons que :

*"Un excès de soucis entraîne un arrêt du Qi de la Rate".*

*"Un excès de peur diminue la solidité du Qi des Reins".*

De même :

- une nourriture cru et froide produit froid et humidité. Ceci affaibli encore plus le yang de Rate. Rappelons que le lait est considéré par les Chinois comme une nourriture froide et représente même un froid extrême.
- une nourriture trop grasse et trop riche, un abus d'alcool, engendrera chaleur, humidité et mucosités.

Si donc l'atteinte du Rein et de la Rate apparaît comme constante dans les M.I.I., nous aurons cependant une atteinte initiale dominante tantôt de la Rate, tantôt du Rein.

Une analyse plus détaillée semble montrer une atteinte dominante du Rein, surtout dans la M.C., et une atteinte dominante de la Rate, surtout dans la R.C.H.

**1er argument** : le probable génotype plus complet dans la M.C.

**2ème argument** : dans le paragraphe 74 du Leng Shou, traduction Chamfrault p. 327, (4) nous trouvons : *"si le poulx du rein est légèrement tendu le malade a les poulx glacés et la sensation d'un petit cochon qui court dans le ventre"*. Cette sensation est rapprochée dans le Da Cheng de la douleur colique. Ceci peut évoquer fortement un syndrome de Koenig, surtout évocateur de la M.C.

**3ème argument** : au paragraphe 4 du Su Wen, traduction Chamfrault (5), on lit : *"La couleur Nord est le noir qui va aux Reins, dont il est le symbole. Ses orifices extérieurs sont le meat urethral et l'anus"*.

Nous savons que les lésions anales sont presque exclusivement réservées à la M.C.

Ces arguments seront complétés à propos des signes extra-digestifs.



Je terminerai en précisant que les tuméfactions douloureuses digestives, surtout présentes dans la M.C., peuvent être interprétées comme des Amas de Sang accompagnés d'un vide du Qi et du Sang. De même les fissures et crevasses sont liées à un vide de Sang (2).

### 3. Signes extra-digestifs

a) *Les manifestations articulaires* vont bien sûr nous orienter vers le Rein.

Dans ce Bi il est logique de contraster une localisation le long du territoire de Zu Shaoyin avec la spondylite classique, ainsi que les mono ou polyarthrites des genoux, hanches et chevilles. Le groupe HLA B27 souvent présent est en faveur du terrain génétique.

Les Reins gouvernent les os, mais aussi les moelles. Or l'anémie constitue également une modalité évolutive non toujours reliée au saignement, notamment dans la M.C. (troubles d'absorption, dénutrition → la Rate n'apporte plus aux Reins les éléments nécessaires à la production du Sang).

b) *Les manifestations anatomo-muqueuses*

L'érythème noueux, ainsi que les ulcérations cutanées, sont liées à une obstruction de la chaleur et de l'humidité qui s'accumulent à cause de la stagnation du Qi et du Sang (2).

c) *L'atteinte oculaire et l'atteinte hépatobiliaire* traduisent la mise en jeu secondaire du foie.

Selon les cas nous pouvons trouver deux explications :

- en cas de mauvaise digestion-assimilation, il y a diminution de la quantité de Sang, accentuée par d'éventuelles rectorragies, d'où **Insuffisance de Sang du foie.**
- si la maladie passe de la mère au fils, c'est-à-dire du Rein au Foie, nous aurons des signes plus directs d'atteinte hépatique avec **un trouble de Rein et Foie tous deux vides.**

*c) L'évolution de l'affection se fait vers des complications traduisant de plus en plus une atteinte du Rein.*

Je ne reviendrais pas sur les complications urinaires, la dénutrition, la décompensation oedémato-ascitique ou le syndrome anémique.

La sensibilité aux infections, notamment cutanées, des patients atteints de M.I.I., s'explique aussi par la défaillance des Reins, avec difficulté à mobiliser l'énergie Jing, déjà faible, et difficulté de création de l'énergie wei.

Bien sûr il existe bien d'autres signes, traduction de l'atteinte secondaire éventuelle d'autres organes ou viscères. Il faudra traiter également ces atteintes.

## **B. Synthèse déductive globale**

Deux cas essentiels peuvent être distingués :

### **1. Atteinte dominante du Rein**

Nous avons un tableau plus évocateur d'une M.C. ou d'une RCH chronique ancienne. Il y a risque de cancérisation ou de sténose ce qui correspond à des anomalies de structure architecturale, en quelque sorte.

La spondylarthrite, l'atteinte générale, la diarrhée chronique, les douleurs abdominales, les lésions anales, la dénutrition, sont autant d'arguments.

### **2. Atteinte dominante de la Rate**

Nous avons un tableau plus évocateur de RCH avec des rectorragies du pus, des poussées évoquant un tableau de "*gros intestin atteint par humidité-cha-leur*".

De toute façon, dans les deux cas il s'agit d'une maladie de type froid, vide, avec atteinte simultanée de Rate et du Rein, plus ou moins marquée.

De tout ceci découle un traitement qui apparaît logique et qui se montre souvent efficace.

### **C. Traitement**

Il s'agit là d'agir avec prudence et compétence. Nous sommes en présence d'affections comportant des manifestations organiques pouvant être graves dans l'immédiat. Il ne s'agit pas également de compromettre la survie à long terme des patients.

La médecine traditionnelle chinoise sera toujours utile, mais parfois l'allopathie s'avère indispensable.

De toute façon les choses se font au prix d'une surveillance étroite et fréquente.

Si l'utilisation des traitements classiques par voie générale se révèle nécessaire, il faut toujours garder à l'esprit qu'ils dépriment une immunité déjà défaillante. Les corticoïdes, aussi bien que la salazopyrine, ont une action agressive sur le Rein. On conseillera aux patients de boire au moins 2 litres d'eau par jour. Peu de sel en cas de corticoïdes. Nous réchaufferons et tonifierons au maximum le Rein et le Réchauffeur médian en M.T.C.

Nous pouvons considérer, surtout dans les formes sévères et anciennes, que nous avons une sorte de fuite d'énergie au niveau des Reins, que nous sommes incapables de colmater. Nous devons donc en permanence compenser cette fuite. A ce prix peut-être pourrons-nous éviter les cancérisations, les sténoses, etc.

Le diagnostic établi, nous cherchons donc à renforcer l'Energie des Reins, à tonifier la Rate et à chasser le froid et l'humidité.

#### **1. Moxibution**

Les moxas seront très utilisés surtout hors des poussées aiguës.

- G.I. sera traité par les points Shu Mo (25E et 25V).

Pourront, par exemple, être chauffés :

- 4RM qui conserve le Jing, tonifie le Qi, réchauffe le Rein.
- 12 RM qui harmonise le Réchauffeur moyen, tonifie la Rate pour évacuer l'humidité.

- 20V qui renforce la Rate, traite les conséquences des glaires, réchauffe le rein Yang.
- 21V, shu de l'Estomac, qui réchauffe l'Estomac, disperse le froid, règle le Réchauffeur médian, dissout les stagnations.

Si nous voulons plus particulièrement tonifier les Reins, nous pouvons chauffer : 1VG, 4VG, 23V, et 29V.

29V point assentiment de la région sacrée est signalée par Réquena (8) comme étant très efficace pour faire cesser les rectorragies. L'expérience que j'en ai semble également positive à ce niveau.

Les points chinois seront marqués et la technique de moxibustion sera apprise à un proche ou à une infirmière libérale. Les moxas seront pratiqués 1 à 2 fois par jour, jusqu'à ce que le patient sente la chaleur pénétrer.

## 2. Acupuncture

Par contre, la faiblesse énergétique du patient pouvant être grande, nous utiliserons peu d'aiguilles et ne ferons que 1 à 2 séances d'acupuncture par semaine, en phase aiguë, et selon le cas.

Pour ma part, dans un premier temps, j'aime bien réaliser un équilibrage par Chong Mo sur 4 ou 5 séances. En effet, comme nous l'a dit fort justement Josette Barry (3) : *"toute pathologie assez grave ou chronique entraînant un vide, peut retentir sur Chong Mo. Tous les grands vides de Yin, de Yang, de Qi, de Xue, avec plus particulièrement en cause les organes Rein, Rate, poumon, cœur, peuvent retentir sur Chong Mo :*

J'utilise donc : 4Rt, 30E, 6MC, 4RM, 11RN (par exemple).

Par la suite et selon l'évolution, nous polariserons sur les problèmes particuliers se présentant.

### **3. Saignées**

Ceci peut paraître paradoxal, car il existe généralement un vide de Sang. En fait il s'agira d'un traitement local, lié à un problème de stagnation.

Nous recherchons, en région lombaire basse, une dilatation du réseau capillaire. Elle sera surtout présente en cas d'atteinte artérielle. On piquera les petits vaisseaux, grâce à l'aiguille à saigner. Ceci contribue à soulager le patient et à chasser l'énergie perverse.

### **4. Diététique**

Bien sûr nous déconseillons toute nourriture crue et froide, l'alcool, les épices, les aliments acides, le lait.

### **D. Résultats**

Avec 3 ans de recul sur ce type de traitement et 16 patients sous surveillance, aucune étude sérieuse et objective n'est possible.

Je ne peux donc vous livrer que mon sentiment subjectif.

Les 16 patients se répartissent en 11RCH, 3MC, et 2 non classées. L'évolution des poussées est rapidement favorable et nette au bout de 2 semaines en général. Seuls 3 patients (RCH) ont eu besoin de traitements locaux.

1 patient (RCH) prend du dipentum en traitement de fond.

Il s'agit, pour 12 patients, de formes anciennes, évoluant depuis plus de 10 ans. 1 patient atteint de M.C. a déjà été opéré du grêle.

Sur ces 12 patients (10 RCH, 2MC), l'évolution depuis 3 ans s'est ralentie, les traitements allopathiques ont été arrêtés pour la plupart. L'état général s'est amélioré. Aucune complication grave n'est apparue.

Tous les patients sont également suivis en collaboration avec un gastro-entérologue.

## **V. CONCLUSION**

Bien que considérées comme des maladies organiques potentiellement graves, les M.I.I. peuvent bénéficier de l'apport de la médecine traditionnelle chinoise.

Avec la garantie d'une surveillance spécialisée et compétente en gastro-entérologie, son utilisation seule ou avec un traitement allopathique réduit, peut être envisagée.

Bien qu'il s'agisse de maladies organiques, elles s'accompagnent de tout un cortège de signes fonctionnels et d'une forte demande des patients. Celle-ci conduit souvent le médecin allopathe non averti à surdoser le traitement allopathique de façon néfaste.

L'approche d'une médecine globale comme la médecine traditionnelle chinoise, semble au moins permettre un meilleur vécu de la maladie et la disparition de bon nombre de symptômes gênants.

S'il est classique de conclure sur le souhait d'études statistiques à grande échelle, ce souhait semble difficilement réalisable dans le cas des M.I.I. La médecine traditionnelle chinoise ne pourra donc jamais être utilisée dans les M.I.I., les yeux fermés, en vertu du dogme d'une preuve objective.

Restons toujours conscients de nos limites. Apprenons à bien connaître ces maladies et les patients qui les subissent. Collaborons avec un gastro-entérologue compétent et ouvert à nos idées. A ce prix, nous pouvons avoir le courage de nos actes, sans trop solliciter celui de nos malades.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. **AUTEROCHE B., NAVAILH P.**- Le diagnostic en médecine chinoise.- Ma-loine, Paris, 1983.
2. **BANOS A., CASTERA Ph.**- Notions pathogéniques et physio-pathologiques en médecine traditionnelle chinoise, des lésions élémentaires cutanées. Actes du 17<sup>e</sup> Congrès national d'Acupuncture.- C.N.A.M.A., Paris, Novembre 1988.
3. **BARRY J.**- Rôle de régulation des méridiens extraordinaires.- Annales de la S.A.A., n°5, octobre 1989, 9-23.
4. **CHAMFRAULT A.**- Traité de médecine chinoise.- Tome I. Edition Coque-mard, Angoulême, 1973.
5. **CHAMFRAULT A.**- Traité de Médecine chinoise.- Tome II. Edition Coque-mard, Angoulême, 1973.
6. **DEROC D.**- Les colopathies en médecine traditionnelle chinoise.- CNAMA, Congrès national d'Acupuncture, 1986, 15, Paris, 171-197.
7. **LIANG CUIYANG, YUE YI.**- Observations on the moxibustion treatment of 50 cases of acute and chronic ulcerative colitis.- The Journal of Chinese mede-cine, 1986, n°22, 23-24.
8. **REQUENA J.**- La rectocolite hémorragique en acupuncture.- G.E.R.A. Toulon, 1979, 141-154.