

Les maladies inflammatoires de l'intestin - PARTIE 1

LA MALADIE DE CROHN

MALADIE DE CROHN ET COLITE ULCÉREUSE. RECONNAÎTRE LEURS MANIFESTATIONS CLINIQUES ET COMPRENDRE LEUR TRAITEMENT.

PAR GENEVIÈVE RIEL-ROBERGE



© Sovereign, ISM / Science Photo Library

Radiographie couleur montrant l'abdomen d'un homme souffrant de la maladie de Crohn. Le côlon (gros intestin) atteint d'inflammation se trouve au centre. Un repas baryté ingurgité avant la radiographie permet de voir les anomalies.

L'ensemble des affections entraînant une inflammation des intestins est désigné sous le vocable «maladies inflammatoires de l'intestin» (MII). Les deux principales formes de MII sont la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Elles surviennent généralement chez des adultes actifs, dans la vingtaine et par ailleurs en bonne santé. Elles affectent considérablement leur qualité de vie.

Ces deux pathologies, aux symptômes comparables, rendent parfois difficile le diagnostic. Dans 10% des cas, l'on ne peut déterminer avec exactitude s'il s'agit de l'une ou de l'autre. On considère alors qu'il s'agit d'une colite indéterminée.

La maladie de Crohn est un trouble chronique actuellement incurable. Aucun traitement ne permet de l'enrayer. Le traitement médicamenteux vise, à court terme, à maîtriser les symptômes en inhibant la réponse inflammatoire, amenant ainsi une rémission, et à rétablir le plus possible une qualité de vie normale.

L'affection s'attaque le plus souvent à la région iléocœcale. Elle peut toutefois atteindre toutes les parties du tractus gastro-intestinal (GI), soit de la bouche à l'anus. Toutes les couches de l'intestin sont touchées, ce qui peut amener l'apparition d'ulcères profonds traversant complètement la paroi intestinale. La personne atteinte de la maladie de Crohn présente des sections d'intestin sain intercalées entre celles atteintes. Pour des raisons inconnues, le tabagisme augmente le risque de l'incidence de la maladie de Crohn. Les examens de laboratoire permettant le diagnostic de cette maladie sont l'endoscopie digestive et l'examen radiologique, tout comme les examens sanguins et les examens des selles.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Les symptômes de la maladie de Crohn varient d'une personne à l'autre et peuvent évoluer au fil du temps. Ils se traduisent toutefois généralement par une diarrhée persistante (selles molles, liquides ou fréquentes), des crampes et des douleurs abdominales, de la fièvre et, occasionnel-

TABLEAU 1

	MALADIE DE CROHN	COLITE ULCÉREUSE
Fréquence	Plus fréquente chez les femmes que chez les hommes/Tous les groupes d'âge, apparition vers l'âge de 15-35 ans en général	Comparable chez les hommes et les femmes/Tous les groupes d'âge, apparition vers l'âge de 15-45 ans en général
Symptômes	Diarrhée, fièvre, lésions dans la bouche et autour de l'anus, crampes et douleurs abdominales, anémie, fatigue, perte d'appétit, perte de poids, douleur et gonflement des articulations	Diarrhée sanglante, fièvre légère, crampes et douleurs abdominales, fatigue, perte d'appétit, perte de poids, douleur et gonflement des articulations
Atteinte de l'iléon terminal	Couramment	Rarement
Atteinte du côlon	Souvent	Toujours
Atteinte du rectum	Souvent	Toujours
Affection périanale	Couramment	Jamais
Distribution de la maladie	Inflammation par endroits	Zone d'inflammation continue
Résultats à l'endoscopie	Ulcères profonds et serpigneux	Ulcération diffuse
Profondeur de l'inflammation	Transmurale, touchant les tissus en profondeur	Peu profonde, touchant la muqueuse
Fistules entre les organes	Couramment	Jamais
Sténose	Couramment	Rarement
Granulomes à la biopsie	Couramment	Jamais
«Guérison» chirurgicale	Récidives fréquentes après l'ablation de la région atteinte. Réduction de la fertilité chez les femmes.	Maladie habituellement «guérie» par l'ablation du côlon. Réduction de la fertilité chez les femmes.
Traitement	Traitement médicamenteux (sulfasalazine, corticostéroïdes, immunomodulateurs, antibiotiques, traitements biologiques). Alimentation et nutrition. Chirurgie (réparation des fistules, retrait de l'obstruction, résection et anastomose).	Traitement médicamenteux
Guérison	Incurable Traitement d'entretien utilisé pour réduire le risque de récurrence	Par colectomie uniquement. Traitement d'entretien utilisé pour réduire le risque de récurrence
Complications	Blocage de l'intestin attribuable à un gonflement ou à la formation de tissus cicatriciels, à des abcès, à des plaies ou à des ulcères (fistules), à la malnutrition	Saignements résultant de l'ulcération, de la perforation (rupture) de l'intestin
Tabagisme	Risque accru chez les fumeurs	Risque inférieur chez les fumeurs
Risque de mortalité	Risque accru de cancer colorectal et de mortalité générale	Risque accru de cancer colorectal. Aucune modification du risque de mortalité.

lement, des saignements rectaux. Une perte d'appétit suivie d'une perte de poids peut aussi se présenter. Parce que l'étendue de la maladie ne se limite pas toujours au

tube digestif, les patients peuvent présenter des manifestations extra-intestinales liées à l'activité de la maladie, comme l'arthropathie périphérique, ainsi que

Les MII mettent en cause une réponse immunitaire anormale. Ainsi, les maladies inflammatoires chroniques résultent d'un excès de cytokines pro-inflammatoires et d'une diminution de substances anti-inflammatoires.

des manifestations oculaires, cutanées et buccales. D'autres manifestations, non liées à l'activité de la maladie, peuvent également être observées. C'est le cas, entre autres, de la spondylite ankylosante et de la cholangite sclérosante. Les personnes atteintes se plaignent souvent de fatigue. Des complications comme des abcès dans l'abdomen ou des fistules, causés par l'inflammation, peuvent survenir.

TRAITEMENTS

Différentes classes de médicaments sont utilisées pour traiter la maladie de Crohn :

Les corticostéroïdes : la prednisone et le budésônide sont disponibles pour administration orale ou rectale. Ils peuvent aussi être donnés par voie intraveineuse (méthylprednisolone). Ils inhibent de façon non spécifique le système immunitaire et sont employés pour le traitement de la maladie

L'acide 5-aminosalicylique (5-AAS) : cette classe d'anti-inflammatoires comprend la sulfasalazine et les présentations orales de mésalazine et de 5-AAS ; ces substances peuvent également être administrées par voie rectale et sont habituellement employées pour traiter les symptômes légers.

Traitements biologiques : l'infliximab et l'adalimumab sont actuellement approuvés au Canada pour le traitement de la maladie de Crohn modérément à fortement évolutive chez les individus atteints ne répondant pas adéquatement à un traitement classique. Ces médicaments, administrés par perfusion ou injection, sont produits par des cellules vivantes (d'où leur appellation «médicaments biologiques»). Leur action bloque la production, par le système immunitaire, du facteur de nécrose tumorale alpha (TNF-alpha), une cytokine (produit chimique) intensifiant le processus inflammatoire.

COMPLICATIONS

La complication la plus fréquente de la maladie de Crohn est le blocage intestinal attribuable au gonflement et à la formation

de tissus cicatriciels survenant généralement après des épisodes répétés d'ulcération et d'inflammation. Il en résulte un épaississement de la paroi intestinale et un rétrécissement significatif de la lumière intestinale (sténose).

Une obstruction intestinale se manifeste par des crampes dans la région médiane de l'abdomen, souvent associées à des vomissements. Cette région peut aussi être gonflée et distendue. Les médicaments peuvent diminuer l'obstruction en diminuant l'inflammation locale, mais une intervention chirurgicale pourrait être requise si l'obstruction est grave et ne répond pas au traitement médicamenteux.

Environ 30% des patients atteints de la maladie de Crohn présentent des plaies ou des ulcères dans l'intestin, qui s'infectent souvent et peuvent se transformer en

RÔLE DE LA VITAMINE D ?

© Andrey Artyagov / Dreamstime.com



Une étude menée par une équipe de chercheurs de l'Université McGill et de l'Université de Montréal avance que la vitamine D, sous forme de suppléments ou provenant de sources naturelles comme les poissons et mollusques, le veau, les champignons shiitake séchés et les boissons de soya ou de riz enrichies, permettrait de lutter contre les effets de la maladie de Crohn. Ainsi, les individus habitant l'hémisphère nord, moins ensoleillé que l'hémisphère sud, seraient plus vulnérables à la maladie de Crohn, puisqu'ils bénéficient de moins d'heures d'ensoleillement. En effet, pour être utilisée par le corps, la vitamine D doit être modifiée par les rayons ultraviolets du soleil. Les chercheurs ont constaté que cette vitamine, dans sa forme active (1,25-dihydroxyvitamine D) intervenait directement, entre autres sur le gène NOD2 qui, lui, contribue à la détection de microbes envahisseurs, en « informant » de leur présence les cellules épithéliales et monocytes primaires. Si le gène NOD2 est déficient ou altéré, comme c'est le cas chez les patients atteints de la maladie de Crohn, il ne peut livrer bataille aux envahisseurs du tractus gastro-intestinal.

Les fistules sont des passages anormaux entre deux ou plusieurs structures ou espaces. Ces conduits font communiquer entre elles des boucles intestinales ou reliant l'intestin à la vessie, au vagin ou à la peau. Un passage entre l'intestin grêle et la vessie peut par exemple se créer, et des infections récurrentes des voies urinaires en résultent alors. Le plus souvent, les fistules apparaissent autour de la région anale. Si le patient présente des fistules, un écoulement de mucus, de pus ou de selles peut être remarqué par cette ouverture. Certains patients peuvent aussi souffrir de déchirements (fissures) de la paroi interne de l'anus, qui entraînent des saignements et des douleurs particulièrement à la défécation. Les enfants atteints de la maladie de Crohn accusent parfois un retard dans leur croissance et leur développement sexuel.

de Crohn modérément à fortement évolutive. Ces médicaments sont d'une efficacité significative, mais peuvent être associés à des effets indésirables à court et à long terme. Ils ne doivent pas être utilisés pour le traitement d'entretien.

Les immunomodulateurs : l'azathioprine, la 6-mercaptopurine (6-MP), le méthotrexate et la cyclosporine, parfois appelés immunomodulateurs, sont employés pour réduire la dépendance aux corticostéroïdes. Ils peuvent aussi contribuer à maintenir la rémission de la maladie.

Les antibiotiques : le métronidazole et la ciprofloxacine peuvent contribuer à la guérison des fistules anales.

La maladie de Crohn est un trouble chronique actuellement incurable.

fistules. Parfois, la fistule peut entraîner un abcès ou une accumulation de pus près de l'intestin. Le contenu de ce compartiment infecté doit être drainé, que ce soit à l'aide d'un cathéter manipulé par un radiologiste ou d'un drain spécial, introduit chirurgicalement. Les régions autour de l'anus et du rectum sont souvent touchées. En plus des fistules, des fissures peuvent apparaître dans la paroi de la muqueuse de l'anus.

Les patients atteints de la maladie de Crohn présentent souvent un état de malnutrition ou de carence nutritionnelle, qu'il s'agisse de carences protéiniques, vitaminiques ou d'un apport calorique insuffisant. Ces complications ne surviennent généralement que si la maladie est étendue et présente chez le patient depuis longtemps, ce qui entraîne un apport alimentaire inadéquat ainsi qu'une malabsorption des nutriments. Un traitement médical ou la prise de suppléments nutritionnels contribue à combler ces déficiences. Le risque de cancer du côlon et de l'intestin grêle constitue également une complication à long terme de la maladie de Crohn.

CHIRURGIE

La chirurgie devient nécessaire dans deux situations : lorsque les médicaments ne sont plus efficaces (maladie réfractaire aux médicaments) et lorsque des complications comme des fistules, des abcès, des cicatrices ou un rétrécissement de l'intestin surviennent.

Dans la plupart des cas, la section de l'intestin atteinte par la maladie et tout abcès s'y trouvant seront retirés (résection). Les deux extrémités saines de l'intestin seront par la suite reliées par anastomose. Si le rectum est touché par la maladie, il sera retiré en même temps que tout le côlon. L'intestin grêle est alors rattaché à un orifice pratiqué sur le côté de l'abdomen ; il s'agit d'une iléostomie. Si une seule partie du côlon a subi l'ablation et que la portion restante est attachée à l'orifice situé sur le côté de l'abdomen, on parle alors de colostomie. Les déchets alimentaires seront alors recueillis dans un sac externe ratta-

ché à ces orifices. Même si cette opération permet aux patients touchés par la maladie de Crohn de vivre plusieurs années sans éprouver de symptômes, elle n'est pas considérée comme un moyen de guérison parce que des récurrences surviennent fréquemment à la jonction des deux extrémités sectionnées. ■

L'auteure remercie Ghyslaine Fortin, infirmière en gastro-entérologie au CHUL et

Julien Côté, infirmier stomothérapeute et conseiller clinique en soins infirmiers au CHUQ, pour leur aide à la collecte des documents nécessaires et à la rédaction de cet article.

NdlR : L'auteure est rédactrice pigiste et étudiante en soins infirmiers.

La PARTIE 2 de cet article portera sur la colite ulcéreuse ainsi que sur l'iléostomie et la stomie externe.

UTILISATION DE CONTRACEPTIFS ORAUX

Certaines études laissaient croire à l'existence d'un lien de cause à effet entre l'utilisation de contraceptifs oraux combinés (œstrogène et progestérone) et l'apparition des maladies inflammatoires de l'intestin. Une récente étude prospective a toutefois démenti cette association.

Le choix d'un contraceptif détermine davantage la localisation et la gravité de la maladie, la fréquence des exacerbations ainsi que la présence ou l'absence de manifestations extra-intestinales, surtout en ce qui a trait à l'atteinte hépatobiliaire et à l'ostéoporose. L'absorption des contraceptifs oraux combinés (COC) s'effectue dans le jéjunum (partie centrale des trois portions de l'intestin grêle, en aval du duodénum et en amont de l'iléon). Les COC empruntent le cycle entérohépatique. La présence de diarrhée évolutive ou de vomissements chez une patiente atteinte de colite ulcéreuse ou de la maladie de Crohn peut réduire l'efficacité des COC.

Chez les femmes atteintes de MII, l'utilisation de contraceptifs combinés sous forme de timbre (Evra) ou d'anneau (NuvaRing) s'avère un choix éclairé de même que ceux à base de progestatifs (Depo-Provera, Mirena), leur efficacité n'étant pas réduite par l'atteinte intestinale, vomissements ou diarrhée, exception faite du Micronor. Par ailleurs, chez celles souffrant de colite ulcéreuse, on ne constate pas de problème d'absorption parce que seule la portion colique de leur intestin est touchée. L'efficacité des contraceptifs oraux combinés pourrait cependant être réduite en présence de diarrhées comme dans le cas de la maladie de Crohn.

La prise fréquente ou prolongée de corticostéroïdes et leur malabsorption peuvent également augmenter les facteurs de risque d'ostéopénie ou d'ostéoporose chez les femmes. Une diminution de la densité osseuse, réversible toutefois, a été observée chez les utilisatrices de Depo-Provera. Il est préférable pour les patientes prenant des corticostéroïdes d'opter pour une autre méthode contraceptive. Les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) précisent toutefois que « la perte de densité osseuse indiquée dans la littérature est réversible chez la majorité des patientes, et ce, dans les deux premières années suivant l'arrêt du médicament. Actuellement, aucune étude n'a pu démontrer une augmentation du risque d'ostéoporose ou de fracture associée à cette perte de densité osseuse ».

Bibliographie :

- Costan, G. « La vitamine D dans la lutte contre la maladie de Crohn », *L'Actualité médicale*, vol. 31, n° 3, 24 févr. 2010, p. 34.
- Day, M.W. « Fight back against inflammatory bowel disease », *Nursing*, vol. 38, n° 11, nov. 2008, p. 34-42.
- Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin (FCMII). *Le fardeau des maladies inflammatoires de l'intestin au Canada – Rapport final et recommandations*, Toronto, FCMII, 2008, 101 p.
- Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales (GEIRSO). *Le médicament : conception, production et consommation, perspectives interdisciplinaires pour un avenir commun – Théories et pratiques* (Actes du congrès), sept. 2008, p. 55.
- Houle, S. « Connectivités, maladies inflammatoires de l'intestin et contraception – comment s'y retrouver? », *Le Médecin du Québec*, vol. 41, n° 5, mai 2006, p. 61-64.