



ALADIES INFLAMMATOIRES DE L'INTESTIN

Les maladies inflammatoires de l'intestin se caractérisent par une inflammation chronique de l'intestin avec des périodes de rémission et d'exacerbations. Le Canada a un des taux de prévalence les plus élevés au monde et la plupart des médecins de famille auraient donc dans leur pratique des patients présentant l'une ou l'autre des deux formes les plus fréquentes — la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Le diagnostic peut être difficile non seulement pour différencier les maladies inflammatoires de l'intestin du syndrome du côlon irritable mais aussi pour préciser s'il s'agit de colite ulcéreuse ou d'une maladie de Crohn. Un diagnostic et un traitement rapides peuvent limiter les conséquences néfastes sur la santé associées à une maladie inflammatoire de l'intestin et son impact sur le fonctionnement quotidien.

Ce module a comme objectifs:

1. d'aider à reconnaître les caractéristiques qui permettent de différencier le syndrome du côlon irritable d'une maladie inflammatoire de l'intestin, et à préciser le diagnostic entre une colite ulcéreuse et une maladie de Crohn
2. de reconnaître les manifestations extra-intestinales et ainsi améliorer la précision du diagnostic
3. de résumer les principaux choix de traitements disponibles dans les cas de maladie inflammatoire de l'intestin.

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1: Joël M., âgé de 27 ans

Première partie

Joël est un pompier qui consulte à votre bureau; il présente, depuis 4 jours, de la diarrhée qui est maintenant devenue sanguinolente. Il vous informe que parfois «il a de la difficulté à se rendre aux toilettes». Joël présente une douleur abdominale bilatérale aux quadrants inférieurs lors de la défécation et se plaint aussi de fatigue, de manque d'appétit et d'une fièvre légère. Il nie avoir perdu du poids. Il ne prend aucun médicament pour contrôler ses symptômes.

Au fil des questions, il se rappelle qu'il a déjà eu un épisode semblable il y a environ six mois. Cet épisode était moins sévère, il n'a donc pas consulté à l'époque. Ses antécédents médicaux et familiaux sont sans particularités.

Joël, à l'examen physique, semble en bon état général. Ses signes vitaux sont les suivants: pouls 86 bpm, TA 124/72 mmHg, température 37,1°C. Ses muqueuses sont humides et il présente un bon pli cutané. L'examen cardiovasculaire, pulmonaire et abdominal est tout à fait normal à l'exception d'une légère sensibilité à la palpation profonde des deux quadrants inférieurs. Il ne présente pas de signe d'irritation péritonéale et le toucher rectal est négatif.

**Quel serait votre diagnostic différentiel?
Quels autres renseignements/éléments de l'histoire voudriez-vous connaître?**

Deuxième partie

Les résultats de ses analyses de laboratoire donnent: hémoglobine: 130 g/L (valeurs normales = 123 à 157 g/L), globules blancs $12,5 \times 10^9/L$ (valeurs normales 4,5 à $11 \times 10^9/L$), décompte plaquettaire $500 \times 10^9/L$ (valeurs normales = 130 à $400 \times 10^9/L$), vitesse de sédimentation élevée à 37, $B_{12} = 175$ pmol/L (carence <107 pmol/L, indéterminée: 107 à 132 pmol/L, normale: 133 à 675 pmol/L). Les cultures des selles pour recherche d'oeufs et parasites, culture bactérienne avec antibiogramme et *C. difficile* ont toutes donné des résultats négatifs. Les autres analyses d'urine initiales et bilans sanguins ont donné des résultats normaux aussi.

Ce patient revient deux semaines plus tard avec les mêmes symptômes qui n'ont pas changé depuis la dernière visite. Une consultation en spécialité a été demandée pour une colonoscopie. À l'examen, le côlon montre une inflammation diffuse au niveau du rectum uniquement. Toutefois, il n'y a pas de rétrécissement apparent. Les biopsies prélevées dans le tissu inflammatoire révèlent une distorsion atypique des cellules de la muqueuse — suggérant un diagnostic de colite ulcéreuse.

Quel serait le meilleur traitement pour le moment?

Cas numéro 2: Michèle J., âgée de 22 ans

Première partie

Michèle consulte parce qu'elle a des crampes abdominales diffuses et des selles fréquentes et molles depuis 2 à 4 semaines. Elle vient tout juste de se séparer de son mari et elle élève seule ses deux enfants de 2 et 4 ans. Elle pense que ses symptômes sont probablement associés au stress. Toutefois, le fait de devoir aller aux toilettes 8 à 10 fois par jour interfère avec sa capacité «à faire ce qu'elle a à faire». Ses douleurs abdominales sont pires après les repas. Elle nie avoir eu de la fièvre et n'a pas eu de vomissements ni de sang ou de mucus dans ses selles. L'hiver dernier, elle a fait un voyage au Costa Rica. Elle a une tante qui

a eu un diagnostic de «problème intestinal» et qui doit maintenant «porter un sac».

Son abdomen est souple avec une sensibilité diffuse et il y a présence de péristaltisme; autrement, l'examen est normal sans masse ni viscéromégalie. Au toucher rectal, vous notez des replis de peau périanale humide et dentelée (rappelant la forme d'une fougère); vous ne constatez pas de fistule anale ou périanale.

Toutes les analyses de base ont donné des résultats normaux sauf pour l'hémoglobine à 98 g/L (valeurs normales = 123 à 157 g/L) et les globules blancs $13 \times 10^9/L$ (valeurs normales 4,5 à $11 \times 10^9/L$).

**Quel serait votre diagnostic différentiel?
Quelles seraient les prochaines étapes?**

Deuxième partie: Deux ans plus tard

Après sa première consultation, il y a deux ans, Michèle a eu une consultation en spécialité pour une colonoscopie. Les biopsies prélevées ont alors révélé une maladie de Crohn active, dans la partie gauche et droite du côlon. La visualisation de l'iléon n'étant pas possible avec cet examen, le spécialiste a donc recommandé un suivi avec une gastroscopie et un transit du grêle pour examiner cette région. Cet examen a montré un rétrécissement de l'iléon distal compatible avec la maladie de Crohn.

Après sa colonoscopie, Michèle a commencé un traitement avec 3 g par jour de sulfasalazine (1 g TID). En moins d'un mois, ses diarrhées se limitaient à 2 par jour. Elle a continué ce médicament.

Par contre, elle vient aujourd'hui pour une nouvelle évaluation parce que, depuis quelques mois, les diarrhées et les crampes sont revenues.

Quelles seraient les prochaines étapes?

Cas numéro 3: Marc P., âgé de 58 ans

Première partie

Marc est un homme d'affaires marié qui souffre de colite ulcéreuse intermittente depuis 8 ans. Sa colite ulcéreuse s'est aggravée en dépit d'un traitement d'entretien de 15 mg par jour de prednisone.

Son spécialiste planifie de répéter la colonoscopie pour confirmer la progression de la maladie. Le spécialiste voudrait ajouter de l'azathioprine (Imuran®) pour tenter de réduire les corticostéroïdes et aussi induire une rémission mais le patient n'est pas sûr de cette option. Marc a lu au sujet des nouveaux probiotiques et veut connaître votre opinion à ce sujet.

Quel conseil pourriez-vous donner à Marc?

Deuxième partie

Ce patient revient un an plus tard en se plaignant de

lombalgie qui, selon lui, est pire la nuit et qui lui semble «différente» d'un mal de dos ordinaire. Il se plaint aussi de raideurs matinales. Il n'a aucun symptôme d'atteinte de l'état général. Il n'a pas eu d'exacerbations de sa colite ulcéreuse depuis 6 mois.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques chez ce patient?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

CONTEXTE

1. Les maladies inflammatoires de l'intestin font référence à un groupe de maladies de l'intestin qui se caractérisent par une inflammation chronique de l'intestin avec des périodes de rémission et d'exacerbation. Les deux principales catégories de maladie inflammatoire de l'intestin sont la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn¹⁻³.
2. Une récente étude a révélé que le Canada a le taux mondial le plus élevé de maladie de Crohn et un des taux les plus élevés de colite ulcéreuse. Le nombre de cas rapportés va de 331 cas par 100 000 de population en Colombie-Britannique à 580 cas par 100 000 de population en Nouvelle-Écosse⁴. La prévalence ailleurs dans le monde va de 12,3 à 212,6 cas par 100 000 de population. Les raisons de l'incidence très élevée au Canada demeurent encore inconnues³.
3. La plupart des cas de colite ulcéreuse et de maladie de Crohn commencent entre l'âge de 15 et 25 ans⁵. Cependant, plusieurs études montrent un second pic d'apparition entre l'âge de 50 et 80 ans³.
4. Les hommes et les femmes ont un risque semblable de développer une maladie inflammatoire de l'intestin même si les femmes ont une tendance légèrement plus élevée de développer une maladie de Crohn alors que les hommes ont plus de chances d'avoir une colite ulcéreuse³.
5. La cause exacte des maladies inflammatoires de l'intestin est encore inconnue même si des facteurs génétiques, environnementaux et immunologiques semblent être en cause.
 - a. L'histoire familiale est le facteur de risque le plus puissant, en particulier, si les deux parents sont affectés^{1,3,5}.
 - b. Ces deux types de maladie inflammatoire sont plus prévalents chez les caucasiens des climats nordiques, dans les pays industrialisés et parmi les juifs ashkénazes^{1,3,6}.
 - c. Le tabagisme peut jouer un rôle dans l'apparition de la maladie de Crohn puisque les fumeurs ont plus de chances de développer la maladie que les non fumeurs. L'abandon du tabagisme pendant plus d'un an peut réduire le risque d'exacerbations^{3,5}.

ÉVALUATION

6. L'évaluation devrait inclure une histoire médicale

détaillée et un examen physique complet en plus d'une combinaison d'examen radiologiques, endoscopiques et histopathologiques^{1,5}. Le principal objectif de cette évaluation est d'exclure les autres maladies qui miment une maladie inflammatoire de l'intestin.

Histoire médicale

7. L'histoire médicale complète devrait faire la revue des récents voyages, des médicaments, d'histoire de tabagisme et d'antécédents familiaux. Les détails devraient inclure:^{1,6}
 - la fréquence, la consistance et l'urgence des selles
 - les saignements rectaux
 - les douleurs abdominales
 - s'il y a malaise généralisé
 - la fièvre
 - la perte de poids
 - les symptômes de manifestations extra-intestinales
 - les épisodes nocturnes.
8. L'examen physique complet devrait inclure:^{1,6}
 - l'apparence générale
 - le pouls
 - la TA
 - la température
 - la recherche de signes d'anémie, de déshydratation, de perte de poids, de sensibilité ou de distension abdominale et de masses palpables
 - l'examen de la région du périnée et de l'anus pour détecter toute anomalie.

Analyses de laboratoire

9. Les analyses de laboratoire devraient, en général, inclure:^{1,6}
 - FSC
 - urée et électrolytes
 - tests de la fonction hépatique
 - vitesse de sédimentation ou protéine C-réactive
 - culture des selles pour éliminer l'infection (incluant la toxine du *Clostridium difficile*)
 - taux de B₁₂
 - tests sérologiques d'immunoglobulines de la maladie cœliaque. *Remarque:* Dans certaines régions, le coût des tests sérologiques, par exemple, les marqueurs des anticorps de la transglutaminase tissulaire (IgA tTG), peuvent ne pas être couverts par l'assurance-santé.
 - albumine — un marqueur non invasif de l'état nutritionnel général.

Endoscopie

10. L'endoscopie est l'outil diagnostique le plus important dans les cas suspectés de maladie inflammatoire de l'intestin^{5,7} (preuves de niveau III).
 - a. La colonoscopie est l'examen de base de choix dans les cas suspectés de maladie inflammatoire de l'intestin; elle est aussi utile pour vérifier l'étendue de la maladie⁷⁶. La colonoscopie permet de différencier la maladie

de Crohn de la colite ulcéreuse.

- b. La sigmoïdoscopie est plus sécuritaire chez les patients qui présentent une colite sévère ou un mégacôlon toxique, ou qui ne peuvent avoir une préparation adéquate du côlon⁵⁻⁷.

11. On devrait toujours faire des biopsies prélevées à plusieurs sites⁷ (preuves de niveau III).

Autres examens

12. Les examens radiologiques peuvent aussi fournir de l'information utile⁷. Une radiographie du grêle (transit du grêle) peut donner de l'information sur la maladie de Crohn^{6,8,9} (preuves de niveau III).
13. L'échographie peut aussi être utilisée pour identifier des boucles de l'intestin grêle dans les cas de maladie de Crohn et aussi visualiser des abcès ou du liquide dans la cavité péritonéale⁶ (preuves de niveau III).
14. La tomodynamométrie et l'IRM peuvent être utilisées pour évaluer les complications de la colite ulcéreuse et de la maladie de Crohn⁶ (preuves de niveau III). La tomodynamométrie serait préférable à l'échographie pour vérifier la possibilité d'abcès (opinion d'experts).

Dépistage du cancer

15. Le risque de cancer colorectal est plus élevé chez les patients avec une maladie inflammatoire de l'intestin. Par contre, même avec des études populationnelles, l'ampleur du risque semble varier considérablement¹⁰⁻¹². De récents résultats montrent que 8 à 10 ans après le début d'une maladie inflammatoire de l'intestin, le risque de cancer du côlon augmente de 0,5 à 1,0% par année. Le risque de cancer colorectal associé à la colite ulcéreuse est au moins deux fois plus élevé que dans la population générale et se situe entre 5 et 13%¹⁰.

Les facteurs de risque les plus significatifs sont:

- l'étendue de la maladie (en particulier, la pancolite)
- la durée de la maladie
- les antécédents familiaux de cancer du côlon
- la cholangite sclérosante primitive (on rapporte un risque de 16 à 25% après 10 ans)
- l'apparition précoce de la maladie¹³⁻¹⁵.

16. Même si nous n'avons pas de preuves prospectives que la surveillance par colonoscopie prolonge la survie, les études cas-témoins ont révélé que les cancers peuvent être détectés à un stade beaucoup plus précoce¹⁶. Selon ces preuves actuelles (preuves de niveau II-2), on recommande une colonoscopie chez les patients qui ont une colite ulcéreuse, qui ont une atteinte de tout le côlon (pancolite) depuis 8 à 10 ans, ou une atteinte du côlon gauche depuis 15 ans^{17,18}.

DIAGNOSTIC

17. Les patients mentionnent souvent qu'il a fallu plusieurs mois ou même années avant d'obtenir le bon diagnostic⁸.
18. Envisager une maladie inflammatoire de l'intestin chez les patients qui:¹
- ont entre 15 et 25 ans ou entre 55 et 65 ans
 - ont une diarrhée chronique, en particulier nocturne, avec présence ou non de sang
 - présentent une perte de poids, des douleurs abdominales, de la fièvre/de la sudation ou des manifestations extra-intestinales (voir ci-dessous)
 - ont des antécédents familiaux de maladie inflammatoire de l'intestin.

Les manifestations extra-intestinales

19. Les maladies inflammatoires de l'intestin sont associées à d'autres maladies auto-immunes¹⁹ et environ 35% des patients souffrant d'une maladie inflammatoire de l'intestin développent des manifestations extra-intestinales. Ces manifestations peuvent apparaître avant la maladie inflammatoire de l'intestin et sont, à l'occasion, les signes et symptômes prédominants^{1,5}.
20. Les manifestations extra-intestinales incluent:^{1,19-22}
- l'arthrite (habituellement, séronégative impliquant les moyennes et les grosses articulations mais aussi l'arthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante): 6 à 12%
 - les problèmes oculaires, par exemple, *iritis*, épiscclérite, uvéite antérieure
 - les problèmes de peau, par exemple, érythème noueux et *pyoderma gangrenosum*
 - l'hépatite chronique active
 - les problèmes thromboemboliques (risque légèrement accru)
 - les anomalies hépatiques et des canaux biliaires (p.ex., cholangite sclérosante primitive).

Différencier la colite ulcéreuse de la maladie de Crohn

21. Dans la plupart des cas, la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn présentent des différences histologiques et peuvent être facilement différenciées l'une de l'autre (voir le tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques classiques et diagnostic différentiel de la colite ulcéreuse et de la maladie de Crohn*^{1,2}

Colite ulcéreuse	Maladie de Crohn
Maladie qui se limite au côlon Distribution diffuse et continue Atteinte rectale toujours présente Sévérité accrue lors des atteintes distales Atteinte de l'iléon pratiquement toujours absente Maladie superficielle (de la muqueuse) de la paroi du côlon Rarement présence d'amas lymphoïdes transmuraux sous les ulcères Anomalies anales rares	Maladie peut affecter n'importe quelle partie du tractus gastro-intestinal Distribution segmentaire de la maladie souvent présente Atteinte occasionnelle du rectum Atteinte irrégulière et sévérité variable Atteinte fréquente de l'iléon distal (60%) Maladie transmurale de la paroi du côlon Sinus et fistules Granulomes (peuvent être identifiés de façon histologique dans la maladie de Crohn et permettent alors de poser ce diagnostic mais apparaissent chez moins de 20% des patients; atteinte du côlon: dans 20 à 40% des patients)

22. La colite ulcéreuse:

- se caractérise par une inflammation chronique de la muqueuse du côlon
- n'affecte pas l'intestin grêle ²
- se présente, de façon typique, avec des douleurs abdominales, un saignement rectal et de la diarrhée
- dans les cas sévères, peut inclure de la fièvre, une perte de poids, de l'anémie et de l'hypoalbuminémie ⁵.

23. La maladie de Crohn:

- affecte plus fréquemment l'intestin grêle et le côlon mais peut aussi affecter n'importe quelle partie du tractus gastro-intestinal ^{23,24}
- se présente, en général, avec des douleurs abdominales et des diarrhées soudaines en plus d'une perte de poids, de l'anorexie, de la malabsorption et une obstruction intestinale ^{23,24}
- présente des signes différents en fonction du site de la maladie.

Les trouvaillles aux analyses de laboratoire

24. Les analyses de laboratoire des patients avec une maladie inflammatoire de l'intestin révèlent, habituellement: ⁸

- une élévation de la protéine C-réactive, des globules blancs et(ou) des plaquettes, ou de la vitesse de sédimentation
- des leucocytes (fécaux) à l'analyse microscopique des selles.

25. On utilise les trouvaillles endoscopiques particulières de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse pour confirmer le diagnostic ⁷.

- Deux trouvaillles endoscopiques importantes sont spécifiques à la maladie de Crohn et aident à la différencier de la colite ulcéreuse:
 - des ulcères aphteux
 - des lésions irrégulières
- L'endoscopie de la colite ulcéreuse révèle, en général, les éléments suivants:
 - érythème
 - perte de la vascularisation fine
 - muqueuse granuleuse
 - friabilité

- œdème.

Diagnostics différentiels

26. Il existe plusieurs diagnostics différentiels ^{1,5,7} à la colite ulcéreuse et à la maladie de Crohn: les infections, la diverticulite/la diverticulose, les médicaments (AINS, antibiotiques), le syndrome du côlon irritable, le lymphome de l'intestin grêle (très rare), l'appendicite, la maladie cœliaque, la colite pseudomembraneuse, le cancer colorectal, la colite ischémique, la colite post-radiation.

Chez les femmes, il faut aussi inclure des infections ou des lésions néoplasiques particulières, par exemple, une atteinte inflammatoire pelvienne, l'endométriase, un kyste ovarien et les tumeurs.

27. Plus de 10% des patients montrent un chevauchement de certaines caractéristiques pathologiques ce qui amène souvent à poser un diagnostic de «colite indéterminée» ^{5,25}.

Différences entre les maladies inflammatoires de l'intestin et le syndrome du côlon irritable

28. Tout près de la moitié des patients souffrant d'une maladie inflammatoire de l'intestin ont des symptômes intestinaux, par exemple, une gêne ou une douleur abdominale, et(ou) un changement des habitudes de transit qui pourraient être interprétés comme un syndrome du côlon irritable et donc retarder leur diagnostic ^{8,26}.

29. On définit la maladie inflammatoire de l'intestin comme une maladie organique alors qu'on classe le syndrome du côlon irritable comme un trouble fonctionnel sans aucune anomalie structurelle notable ²⁷.

30. **Les signaux d'alarme permettant de distinguer une maladie inflammatoire de l'intestin du syndrome du côlon irritable** ^{1,5,8,28,29}

- diarrhées persistantes seulement (il existe une forme de syndrome du côlon irritable avec prédominance de diarrhées) (opinion d'experts)
- perte de poids ou retard de croissance chez les enfants

- saignements rectaux (fréquents dans la colite ulcéreuse; peuvent être absents dans la maladie de Crohn)
- masse abdominale
- fièvre
- anémie, pâleur ou tachycardie
- symptômes nocturnes
- histoire familiale de maladie inflammatoire de l'intestin
- indices obtenus avec des tests sanguins simples de dépistage: protéine C-réactive élevée, globules blancs et(ou) plaquettes ou vitesse de sédimentation élevés ou leucocytes fécaux (lorsqu'on recherche une infection de l'intestin mais qu'aucun pathogène n'est détecté)

Traitement

31. Dans la colite ulcéreuse, au moins 80% des patients peuvent obtenir et maintenir une rémission clinique et histologique avec un traitement.
32. Dans la maladie de Crohn, même si on peut parfois guérir la maladie, la plupart des patients devraient être traités comme s'ils avaient une maladie chronique.

Médications (voir l'annexe 1)

33. Les médicaments employés pour traiter la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn sont semblables même si les schémas thérapeutiques diffèrent. L'approche par étapes est utilisée au début pour induire la rémission puis un traitement d'entretien est poursuivi.
 - a. **Les acides 5-aminosalicyliques** (*mésalamine* ou 5-AAS) constituent les principaux médicaments pour traiter la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn^{1,8}. Ils diminuent l'inflammation intestinale et les chances de rechutes. On les recommande pour le traitement aigu de la maladie inflammatoire légère à modérée et possiblement maintenir la rémission¹ (preuves de niveau III). Plusieurs revues systématiques³⁰ ont révélé que les 5-AAS sont plus efficaces à des doses de 3 g/jour ou plus, et sont peu efficaces à des doses inférieures à 2 g/jour.
 - b. **Les corticostéroïdes** sont indiqués dans les poussées aiguës de maladie inflammatoire de l'intestin. Ils agissent plus rapidement que les 5-AAS et sont habituellement employés pour traiter les rechutes modérées à sévères de colite ulcéreuse et de maladie de Crohn^{2,4} (preuves de niveau I-2 à III). Ils sont aussi parfois employés pour maintenir la rémission mais la plupart des patients développent une dépendance aux corticostéroïdes en plus de leurs effets indésirables qui deviennent préoccupants^{6,8}.
 - c. **Le traitement par des immunomodulateurs** est employé chez les patients qui ont une maladie active chronique ou lorsque les rechutes sont trop fréquentes du point de vue du patient et du médecin en dépit d'un traitement par mésalamine à des doses appropriées⁸

(preuves de niveau III).

L'azathioprine et la 6-mercaptopurine sont des médicaments bien reconnus pour le traitement de la maladie inflammatoire de l'intestin³¹ (preuves de niveau I).

On connaît bien les effets secondaires de l'azathioprine: taux abaissé de polynucléaires neutrophiles au début du traitement qui survient chez près de 3% des patients; pancréatite aiguë, 1%; pancytopenie avec une utilisation prolongée; une légère augmentation du risque de cancer et un faible risque d'hépatite³².

Le méthotrexate est recommandé chez les patients avec une maladie de Crohn qui ne peuvent pas cesser les stéroïdes sans une poussée aiguë de leur maladie ou chez qui les autres médicaments sont demeurés inefficaces. Il est aussi utile pour améliorer les fistules dans la maladie de Crohn. Ce médicament a le bénéfice d'être administré par injection une fois par semaine pour une efficacité maximale (preuves de niveau I)^{33,34}.

- d. **Les traitements biologiques**, par exemple, l'infliximab (Remicade®) qui sont dirigés contre le facteur de nécrose tumorale (TNF- α); des taux élevés de ce dernier ont été retrouvés dans le sérum, les selles et la muqueuse intestinale des patients présentant une maladie inflammatoire de l'intestin active³⁵. Ces médicaments exigent une certaine expérience d'utilisation et ils sont très chers. Pour le moment, la décision d'employer les traitements biologiques devrait être laissée entre les mains d'un spécialiste.
 - i. Ils sont employés pour traiter la muqueuse et les fistules d'une maladie de Crohn modérée à sévère, chez les patients qui ne répondent pas ou ne peuvent tolérer les autres traitements et pour lesquels la chirurgie est inadéquate¹ (preuves de niveau III).
 - ii. L'infliximab a été approuvée très récemment au Canada chez les patients avec une colite ulcéreuse modérée à sévère qui ne répondent pas adéquatement au traitement conventionnel, et pour éliminer ou réduire l'emploi des corticostéroïdes.
 - iii. Les thérapies biologiques sont bien tolérées par la plupart des patients mais les études populationnelles ont montré des effets indésirables sérieux; surtout des infections opportunistes et imprévisibles chez près de 6% des patients. Ces études ont aussi révélé une mortalité accrue, jusqu'à 1% des patients traités^{8,36} (preuves de niveau II-2).
 - iv. Les données de sécurité et d'efficacité à long terme sont encore imprécises^{36,37}.
- e. **Les antibiotiques** sont surtout employés pour traiter les fistules et la colite distale de la maladie de Crohn¹. Il n'y a pas de preuves convaincantes de leur efficacité sur la colite ulcéreuse^{24,35} (preuves de niveau III) sauf s'il faut traiter une surinfection à *Clostridium difficile*.

La chirurgie

34. **La chirurgie** peut être utile autant dans les cas de colite ulcéreuse que de maladie de Crohn.
35. Une proctocolectomie totale guérit la colite ulcéreuse et élimine le risque de cancer du côlon. Elle est probablement indiquée dans les cas suivants: ^{1,8} (preuves de niveau III)
- une maladie sévère réfractaire au traitement médicamenteux
 - une maladie présente depuis plusieurs années
 - la présence de cancer ou de dysplasie de haut grade.
36. La maladie de Crohn réapparaît souvent après une résection donc, la chirurgie devrait se limiter aux cas suivants: ¹(preuves de niveau III)
- obstruction de l'intestin en raison de nouveaux rétrécissements
 - cancer ou dysplasie
 - fistules ou maladie périanale réfractaire au traitement médicamenteux.

Tableau 2. Choix thérapeutiques pour la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn*‡

	Colite ulcéreuse	Maladie de Crohn
Maladie légère à modérée (traitement aigu)	pancolite <ul style="list-style-type: none"> • 5-AAS en prise orale rectite/colite distale <ul style="list-style-type: none"> • 5-AAS en prise orale et(ou) topique • corticothérapie orale ou topique • probiotiques 	<ul style="list-style-type: none"> • 5-AAS en prise orale • antibiotiques pour la maladie périanale/fistules • abandon du tabagisme
Maladie modérée à sévère (traitement aigu)	<ul style="list-style-type: none"> • corticostéroïdes • azathioprine • méthotrexate (si les autres médicaments sont inefficaces ou pour sevrer les corticostéroïdes) • infliximab¶ • chirurgie (la colectomie est curative) 	<ul style="list-style-type: none"> • corticostéroïdes • azathioprine • infliximab** (si atteinte luminale ou des fistules) • abandon du tabagisme • chirurgie (pour les rétrécissements, les fistules, etc.)
Traitement d'entretien	<ul style="list-style-type: none"> • 5-AAS en prise orale et(ou) topique • immunomodulateurs 	<ul style="list-style-type: none"> • 5-AAS en prise orale (probablement) • immunomodulateurs • antibiotiques si fistules ou abcès récidivants • infliximab**

*Les traitements pour la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn dépendent de la sévérité et du site de la maladie. Il est fréquent d'utiliser plus d'un médicament simultanément pour obtenir une meilleure réponse thérapeutique.

¶Approuvé le 30 mars 2006 dans les cas de colite ulcéreuse.

**Pour une maladie réfractaire lorsque les autres choix ont échoué.

‡Adapté de:

Knigge KL. Inflammatory bowel disease. *Clin Cornerstone* 2002; 4(4):49-60
 Peppercorn MA. Definition of and risk factors for inflammatory bowel disease. *UpToDate* 2004; 14.1. Accessed May, 2006
 Papadakis KA, Tabibzadeh S. Diagnosis and misdiagnosis of inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2002; 12(3):433-449
 Gibson PR, Iser J. Inflammatory bowel disease. *Aust Fam Physician* 2005; 34(4):233-237
 Wallace TM, Veldhuyzen van Zanten SJ. Frequency of use and standards of care for the use of azathioprine and 6-mercaptopurine in the treatment of inflammatory bowel disease: a systematic review of the literature and a survey of Canadian gastroenterologists. *Can J Gastroenterol* 2001; 15(1):21-28

Diète et alimentation

37. Il y a de plus en plus de preuves récentes qui démontrent que la diète joue un rôle dans l'apparition et le développement de la maladie ⁶. Les patients qui ont une maladie sévère souffrent souvent de malnutrition et de carences nutritionnelles, et devraient consulter une nutritionniste ^{28,35}.

Probiotiques

38. Les probiotiques sont de plus en plus reconnus comme un traitement d'appoint pour les différentes maladies gastro-intestinales. Ils contiennent des bactéries dites protectrices qui ont été développées pour augmenter l'action protectrice de la flore bactérienne de l'intestin.³⁵
- a. Plusieurs essais cliniques ont révélé que certaines combinaisons de probiotiques sont bénéfiques dans les cas de colite ulcéreuse et de pochite post-opératoire. (La pochite est une inflammation de la poche (pouch) fréquente chez les personnes qui ont eu une colectomie en raison d'une colite ulcéreuse). Toutefois, des essais cliniques comparatifs randomisés et bien conçus manquent toujours pour préciser les bénéfices de ces probiotiques³⁵.
 - b. De petits essais cliniques révèlent que les probiotiques sont plus efficaces que le placebo et tout aussi efficaces que la mésalazine à maintenir la rémission dans les cas de colite ulcéreuse^{35,38} (preuves de niveau I).
 - c. D'autres petits essais cliniques montrent que le mélange probiotique VSL#3 peut aider à prévenir la pochite et aider au maintien d'une rémission de la pochite traitée par des antibiotiques³⁵ (preuves de niveau I).
 - d. Les études cliniques réalisées avec des probiotiques dans les cas de maladie de Crohn n'ont pas donné de résultats concluants³⁵.

LES ÉLÉMENTS CLÉS

- Le diagnostic des maladies inflammatoires de l'intestin peut être difficile à établir.
- La colonoscopie et(ou) la sigmoïdoscopie sont les examens diagnostiques de choix chez la plupart des cas suspectés de maladie inflammatoire de l'intestin.
- De nouveaux agents thérapeutiques fournissent un plus grand choix de traitement.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1: Joël M., âgé de 27 ans

Première partie

Quel serait votre diagnostic différentiel?

Dans ce cas, l'autre principal diagnostic à la colite ulcéreuse et à la maladie de Crohn serait une colite infectieuse (voir la section Renseignements généraux, point 26). Joël est trop jeune pour une colite ischémique ou une diverticulite et il ne prend pas de médicament qui pourrait causer des symptômes semblables. Le fait qu'il a beaucoup de diarrhées sanguinolentes élimine le syndrome du côlon irritable, la maladie cœliaque ou l'appendicite.

Quels autres renseignements/éléments de l'histoire voudriez-vous connaître?

Vos questions pourraient rechercher si Joël a fait récemment des voyages et revoir l'usage d'antibiotiques, l'histoire familiale et s'il a déjà eu des problèmes d'hémorroïdes. Puisque ses symptômes peuvent être causés par une infection, on pourrait aussi lui demander s'il a récemment mangé de la viande hachée, du poulet, des fruits de mer ou s'il a été en contact avec des personnes malades (voir la section Renseignements généraux, point 7).

Les analyses de base pourraient inclure (voir la section Renseignements généraux, point 9):

- FSC
- créatinine, urée et électrolytes
- tests de la fonction hépatique
- vitesse de sédimentation ou protéine C-réactive, tests microbiologiques pour la diarrhée infectieuse (culture et antibiogramme bactérien, oeufs et parasites) incluant la toxine du *Clostridium difficile*.

Si les résultats de ces tests ne permettent pas d'arriver à une conclusion, le patient devra peut-être passer une colonoscopie. On peut aussi demander des examens radiologiques (voir la section Renseignements généraux, points 10 à 12).

Deuxième partie

Quel serait le meilleur traitement pour le moment?

Le traitement de choix serait les 5-AAS et il peut être commencé immédiatement (voir la section Renseignements généraux, point 33). On pourrait aussi commencer la cortisone ou les 5-AAS en lavement pour soulager immédiatement ses symptômes en fonction de l'étendue de la maladie car les 5-AAS en prise orale mettront de 2 à 3 semaines à soulager ses symptômes (voir la section Renseignements généraux, point 33).

Cas numéro 2: Michèle, âgée de 22 ans

Première partie

Quel serait votre diagnostic différentiel?

Le diagnostic différentiel éliminera le syndrome du côlon irritable, une maladie inflammatoire de l'intestin, une colite infectieuse (parasitaire) et une maladie cœliaque (voir la section Renseignements généraux, point 26). L'anémie et une leucocytose élevée pourraient faire pencher vers une maladie inflammatoire de l'intestin ou une colite infectieuse (voir la section Renseignements généraux, point 24).

Quelles seraient les prochaines étapes?

Des examens complémentaires seraient indiqués (voir la section Renseignements généraux, point 9) et une consultation serait recommandée pour une colonoscopie pour éliminer la possibilité de maladie inflammatoire de l'intestin (voir la section Renseignements généraux, point 10). Entre-temps, si les délais d'attente pour passer la

colonoscopie sont trop longs, une sigmoïdoscopie pourrait être faite tout comme les autres tests diagnostiques de choix; on ne devrait toutefois pas initier le traitement avant d'avoir obtenu les résultats de la colonoscopie et(ou) de la sigmoïdoscopie.

Deuxième partie

Quelles seraient les prochaines étapes?

Michèle devrait être référée pour une évaluation urgente en spécialité et une deuxième colonoscopie pour vérifier comment la maladie a progressé au cours des deux dernières années depuis son diagnostic (voir la section Renseignements généraux, point 10). Les autres mesures thérapeutiques pourraient inclure de nouvelles cultures des selles et augmenter la dose de 5-AAS. Une consultation avec une nutritionniste pourrait être appropriée.

Cas numéro 3: Marc P., âgé de 58 ans

Première partie

Quel conseil pourriez-vous donner à Marc?

En réponse à sa question au sujet des probiotiques, on pourrait indiquer à Marc qu'il s'agit d'un traitement expérimental qui peut être utilisé dans la colite ulcéreuse légère à modérée (voir la section Renseignements généraux, point 38). Par contre, pour le moment, des recherches plus poussées dans ce domaine doivent être réalisées.

Puisque les stéroïdes et le 5-AAS n'ont pas permis la rémission, le spécialiste de Marc lui a offert un traitement avec l'azathioprine, un immunomodulateur qui aidera à supprimer sa réponse immunitaire et, s'il fonctionne, amènera une rémission (voir la section Renseignements généraux, point 33 et l'annexe 1). L'azathioprine et d'autres immunomodulateurs ont été approuvés au Canada pour traiter les patients avec une colite ulcéreuse modérée à sévère qui ne répondent pas aux autres traitements avec une approche par étapes (c.-à-d. les 5-AAS suivis de corticostéroïdes).

Parce que la maladie inflammatoire de l'intestin augmente le risque de cancer du côlon (voir la section Renseignements généraux, point 15), un dépistage à long terme pour détecter ce cancer de façon précoce est recommandé mais il est souvent «oublié» au cours du suivi. La colonoscopie devrait être faite 8 à 10 ans après l'apparition d'une pancolite et être répétée périodiquement (voir la section Renseignements généraux, point 16).

Deuxième partie

Que pensez-vous de ce patient?

Marc se plaint de lombalgie et de raideurs matinales qui font surgir la possibilité de spondylite, une des nombreuses manifestations extra-intestinales des maladies inflammatoires de l'intestin. Il a besoin d'une radiographie simple de son dos et peut-être d'une

scintigraphie osseuse pour vérifier la présence d'inflammation chronique.

Le traitement de sa lombalgie peut constituer tout un défi; les AINS doivent être utilisés avec précaution car ils aggravent la maladie inflammatoire de l'intestin.

Si le diagnostic de la spondylite ankylosante est confirmé, il existe des preuves récentes que l'infliximab peut être envisagé pour traiter autant ce problème que sa colite ulcéreuse, voir les sources d'information suivantes:

<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band106/b106-2.html>;
<http://www.arthritis.ca/look%20at%20research/cochran%20reviews/ankylosing/biologics/default.asp?s=1>

Les nouveaux traitements biologiques, par exemple, l'infliximab sont des thérapies données, en général, par des spécialistes expérimentés dans leur utilisation. Ces traitements sont très chers; plusieurs milliers de dollars par traitement. Si on obtient une réponse thérapeutique, il devront être donnés régulièrement à des intervalles de 4 à 8 semaines. Ces traitements sont habituellement bien tolérés quoique les effets secondaires peuvent être sévères et parfois létaux. On peut aussi aviser Marc que leur sécurité à long terme est encore inconnue (voir la section Renseignements généraux, point 33d). Ces facteurs doivent sérieusement être pris en considération avant de décider de commencer le traitement.

On devrait aussi envisager la possibilité d'autres manifestations extra-intestinales de la maladie inflammatoire de l'intestin (voir la section Renseignements généraux, point 20).

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, volume 14(14):1-14, novembre 2006

Auteure:	D^{re} Christine Thornton, CCFP <i>Médecin de famille</i> Penetanguishene, Ontario
Réviseurs:	D^r Levinus Dieleman, PhD <i>Gastroenterology</i> Edmonton, Alberta
	D^r Sander van Zanten, PhD, FRCPC <i>Gastroenterology</i> Edmonton, Alberta
Rédactrice médicale en chef:	D^{re} Barbara Bell, CCFP <i>Médecin de famille</i> Guysborough, Nouvelle-Écosse
Rédactrice médicale:	Anita Elash, BAA—Journ Paris, France
Rechercheur:	Dawnelle Hawes, BA, BKin, MEd Hamilton, Ontario
Traduction:	Biograph

L'équipe de rédaction du module de la Fondation tient à remercier les groupes-pilotes PGBP facilités par D^{re} Susy Lin (Toronto, Ontario) ainsi que D^{re} Judy Maynard (Brampton, Ontario) qui ont testé ce module de formation.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable La Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

NIVEAUX DE PREUVES

Catégories de preuves et de recommandations

- I Preuves obtenues dans le cadre d'au moins une étude comparative convenablement randomisée.
- II-1 Preuves obtenues dans de petites études comparatives randomisées ou d'études comparatives non randomisées bien conçues.
- II-2 Preuves obtenues dans le cadre de cohortes ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.
- II-3 Preuves découlant de comparaisons à différents moments ou selon qu'on a recours ou non à une intervention. Résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives.
- III Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapport de comités d'experts.

Recommandations

- A Preuves suffisantes pour inclure
- B Preuves acceptables pour inclure
- C/I Preuves insuffisantes pour inclure ou exclure
- D Preuves acceptables pour exclure

The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination.

www.ctfphc.org/ctfphc&methods.htm Accès vérifié le 28 novembre, 2003.

Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, et al. Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med* 2001;20(3S):21-35. PMID: 11306229

Références bibliographiques

1. Knigge KL. Inflammatory bowel disease. *Clin Cornerstone* 2002; 4(4):49-60 PM:12739326
2. Viscido A, Aratari A, Maccioni F, Signore A, Caprilli R. Inflammatory bowel diseases: clinical update of practical guidelines. *Nucl Med Commun* 2005; 26(7):649-655 PM:15942486
3. Peppercorn MA. Definition of and risk factors for inflammatory bowel disease. *UpToDate* 2004; 14.1. Accessed May, 2006
4. Together, we will find the cure. Crohn's and Colitis Foundation of Canada 2004-2005 Report. 2005.
5. Papadakis KA, Tabibzadeh S. Diagnosis and misdiagnosis of inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2002; 12(3):433-449 PM:12486937
6. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2004; 53 Suppl 5:V1-16 PM:15306569
7. Fawaz KA. Endoscopic diagnosis of inflammatory bowel disease. *UpToDate* 2005; 14.1(April 25)
8. Gibson PR, Iser J. Inflammatory bowel disease. *Aust Fam Physician* 2005; 34(4):233-237 PM:15861742

9. Haboubi NY, Shaath NM, Safarani MN, Ghafar F. Improved diagnostic accuracy of inflammatory bowel disease: a clinicopathological collaborative approach. *Tech Coloproctol* 2004; 8(2):117-121 PM:15309652
10. Pohl C, Hombach A, Kruis W. Chronic inflammatory bowel disease and cancer. *Hepatogastroenterology* 2000; 47(31):57-70 PM:10690586
11. Bernstein CN, Blanchard JF, Kliewer E, Wajda A. Cancer risk in patients with inflammatory bowel disease: a population-based study. *Cancer* 2001; 91(4):854-862 PM:11241255
12. Munkholm P. Review article: the incidence and prevalence of colorectal cancer in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18 Suppl 2:1-5 PM:12950413
13. Loftus EV, Jr., Sandborn WJ, Tremaine WJ, Mahoney DW, Zinsmeister AR, Offord KP et al. Risk of colorectal neoplasia in patients with primary sclerosing cholangitis. *Gastroenterology* 1996; 110(2):432-440 PM:8566590
14. Kornfeld D, Ekbohm A, Ihre T. Is there an excess risk for colorectal cancer in patients with ulcerative colitis and concomitant primary sclerosing cholangitis? A population based study. *Gut* 1997; 41(4):522-525 PM:9391253
15. Shetty K, Rybicki L, Brzezinski A, Carey WD, Lashner BA. The risk for cancer or dysplasia in ulcerative colitis patients with primary sclerosing cholangitis. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(6):1643-1649 PM:10364038
16. Collins PD, Mpopo C, Watson AJ, Rhodes JM. Strategies for detecting colon cancer and/or dysplasia in patients with inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD000279 PM:16625534
17. Rubin DT, Kavitt RT. Surveillance for cancer and dysplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am* 2006; 35(3):581-604 PM:16952742
18. Fried GM, Carlin AM, Kilkenny JW. Management of ulcerative colitis. National Guideline Clearinghouse. Guideline developers: Society for Surgery of the Alimentary Tract, Inc. <http://www.ssat.com/cgi-bin/guidelines.cgi> 2006
19. Bernstein CN, Wajda A, Blanchard JF. The clustering of other chronic inflammatory diseases in inflammatory bowel disease: a population-based study. *Gastroenterology* 2005; 129(3):827-836 PM:16143122
20. Gupta G, Gelfand JM, Lewis JD. Increased risk for demyelinating diseases in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2005; 129(3):819-826 PM:16143121
21. Lashner BA. Inflammatory Bowel Disease. The Cleveland Clinic: Medicine Index. www.clevelandclinicmeded.com/diseasemanagement/gastro/inflammatory_bowel/inflammatory_bowel.htm 2005
22. Ponsioen CI, Tytgat GN. Primary sclerosing cholangitis: a clinical review. *Am J Gastroenterol* 1998; 93(4):515-523 PM:9576440
23. National Guideline Clearinghouse. Imaging recommendations for patients with Crohn's disease. 2006.
24. Stotland BR, Stein RB, Lichtenstein GR. Advances in inflammatory bowel disease. *Advances in Gastroenterology* 2006; 84(5):1107-1124
25. Yantiss RK, Odze RD. Diagnostic difficulties in inflammatory bowel disease pathology. *Histopathology* 2006; 48(2):116-132 PM:16405661
26. Burgmann T, Clara I, Graff L, Walker J, Lix L, Rawsthorne P et al. The Manitoba Inflammatory Bowel Disease Cohort Study: prolonged symptoms before diagnosis--how much is irritable bowel syndrome? *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006; 4(5):614-620 PM:16630762
27. Pace F, Molteni P, Bollani S, Sarzi-Puttini P, Stockbrugger R, Porro GB et al. Inflammatory bowel disease versus irritable bowel syndrome: a hospital-based, case-control study of disease impact on quality of life. *Scand J Gastroenterol* 2003; 38(10):1031-1038 PM:14621276
28. Hadley SK, Gaarder SM. Treatment of irritable bowel syndrome. *Am Fam Physician* 2005; 72(12):2501-2506 PM:16370407
29. Informed Plus. Recommendations for the Management of Irritable Bowel Syndrome in Primary Care. Informed Plus document #6114. <http://www.ices.on.ca/informed/periodical/subissue/28-ip6114.pdf> Accessed Nov 2006 2000
30. Sachar DB. Ten common errors in the management of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2003; 9(3):205-209 PM:12792229

31. Sandborn WJ. Azathioprine: state of the art in inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1998; 225:92-99 PM:9515759
32. Wallace TM, Veldhuyzen van Zanten SJ. Frequency of use and standards of care for the use of azathioprine and 6-mercaptopurine in the treatment of inflammatory bowel disease: a systematic review of the literature and a survey of Canadian gastroenterologists. *Can J Gastroenterol* 2001; 15(1):21-28 PM:11173323
33. Nguyen GC, Harris ML, Dassopoulos T. Insights in Immunomodulatory Therapies for Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. *Curr Gastroenterol Rep* 2006; 8(6):499-505 PM:17105689
34. van Dieren JM, Kuipers EJ, Samsom JN, Nieuwenhuis EE, van der Woude CJ. Revisiting the immunomodulators tacrolimus, methotrexate, and mycophenolate mofetil: their mechanisms of action and role in the treatment of IBD. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12(4):311-327 PM:16633053
35. Meier R, Steuerwald M. Place of probiotics. *Curr Opin Crit Care* 2005; 11(4):318-325 PM:16015109
36. Felley C, Michetti P. Safety of infliximab in patients suffering from inflammatory bowel disease. *Digestion* 2004; 70(1):1-2 PM:15297772
37. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2004; 53 Suppl 5:V1-16 PM:15306569
38. Zocco MA, dal Verme LZ, Cremonini F, Piscaglia AC, Nista EC, Candelli M et al. Efficacy of Lactobacillus GG in maintaining remission of ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23(11):1567-1574 PM:16696804

Annexe 1. Médicaments pour traiter les maladies inflammatoires de l'intestin

Médicaments antidiarrhéiques, traitement symptomatique seulement:

lopéramide	Imodium®	Dose d'entretien moyenne habituelle: 4 à 8 mg
diphénoxylate	Lomotil®	Dose initiale habituelle: 5 mg, 3 à 4 fois par jour qu'on diminue progressivement une fois les symptômes contrôlés

Aminosalicylates ou 5-AAS: les médicaments les plus souvent utilisés dans le traitement initial de la maladie inflammatoire de l'intestin. Ces médicaments ont été utilisés pour traiter la maladie inflammatoire de l'intestin depuis plus de 30 ans. Ils peuvent soulager les symptômes et diminuer l'inflammation intestinale et amener une rémission de la maladie inflammatoire de l'intestin (c.-à-d. une période asymptomatique). Ils peuvent aussi prévenir une réactivation de la maladie.

balsalazide disodique	Colazal® (rarement utilisé)	6,75 g/par jour dans les cas de maladie active
mésalamine	Asacol® Mesacal® Pentasa® Rowasa® Salofalk®	Mésalamine est le médicament de première ligne habituel pour la colite ulcéreuse en prise orale ou rectale, ou les deux. Dose d'entretien: 1,5 g de 5-AAS entérique par jour
olsalazine sodique	Dipentum®	Dose d'entretien: 1 g d'olsalazine par jour
sulfasalazine	Azulfidine®	Dose d'entretien: souvent 2 g par jour

Corticothérapie:

Efficace pour induire la rémission mais ne devrait pas être utilisée de façon prolongée à cause de ses effets indésirables. Est réservée au cas les plus sévères ou en attendant que les autres traitements agissent.

budésonide, prednisone		Dose de départ de la budésonide: maximum de 9 mg, ramenée lentement à 3 mg. Une dose de prednisone de 40 à 60 mg/jour peut induire la rémission après une à deux semaines.
------------------------	--	---

Médicaments immunomodulateurs:

azathioprine/6-mercaptopurine	AZA® Imuran® 6-MP®	1,0 à 3,0 mg/kg/jour peut être efficace à maintenir la rémission chez certains patients avec la maladie de Crohn. Peut prendre 3 à 6 mois avant d'obtenir l'effet thérapeutique complet
méthotrexate		Les injections intramusculaires de 25 mg/semaine pendant environ 16 semaines sont efficaces dans les cas de maladie active de Crohn.
cyclosporine (rarement utilisée)	CsA	CsA intraveineuse: 2 à 4 mg/kg/jour peut sauver des patients avec une colite réfractaire. Ce médicament a une toxicité élevée et devrait rarement être utilisé pendant plus de 3 à 6 mois.

Agents qui modifient les réactions biologiques:

influximab	Remicade®	Maladie de Crohn: 5 mg/kg. Colite ulcéreuse: 5 à 10 mg/kg.
Autres agents contre le facteur de nécrose	CPD 571 autres	Encore au stade recherche et de développement

Sources:

Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2004; 53 Suppl 5:V1-16 PM:15306569
Stotland BR, Stein RB, Lichtenstein GR. Advances in inflammatory bowel disease. *Advances in Gastroenterology* 2006; 84(5):1107-1124
Gibson PR, Iser J. Inflammatory bowel disease. *Aust Fam Physician* 2005; 34(4):233-237 PM:15861742
Compendium of Pharmaceuticals and Specialties. 2000. Canadian Pharmacists Association, Ottawa.



Maladies inflammatoires de l'intestin

Qu'est-ce que les maladies inflammatoires de l'intestin?

L'appellation «maladies inflammatoires de l'intestin» fait référence à un groupe de problèmes qui provoquent une inflammation des intestins. Cette inflammation peut se manifester par des crampes et des douleurs abdominales, des diarrhées, et parfois des saignements.

Les deux principaux types de maladie inflammatoire de l'intestin sont:
la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse.

Les examens et les traitements varient en fonction du type de maladie inflammatoire de l'intestin.

Où puis-je obtenir plus d'information au sujet des maladies inflammatoires de l'intestin?

On élabore actuellement de nouveaux tests et traitements. Pour obtenir de l'information mise à jour, les sources d'information suivantes peuvent être utiles:

La Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin (FCMII)

La FCMII est une fondation canadienne sans but lucratif qui appuie la recherche médicale.

www.ccfca.ca/English/info/ibd.html (en anglais)

www.fcpii.ca/French/index.html (en français)

Si vous ne disposez pas d'un accès Internet, vous pouvez communiquer avec cette fondation pour obtenir de la documentation. Voici leurs coordonnées:

La Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin

60 av. St. Clair est, bureau 600

Toronto, Ont. M4T 1N5

Téléphone: (416) 920-5035, 1-800-387-1479

Télécopieur: (416) 929-0364

BC Health Guide (en anglais)

Le BC Health Guide est un programme d'autotraitement disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Maladie de Crohn: www.bchealthguide.org/kbase/topic/major/uf6003/descrip.htm

Colite ulcéreuse: www.bchealthguide.org/kbase/list/msindex/search.asp

Healthy Ontario/Santé Ontario (en anglais et en français)

Un site Web sans but lucratif facile à utiliser et présentant une base de données revue par des experts.

www.healthyontario.com > Conditions > Colitis, Ulcerative or Crohn's Disease

www.santeontario.com > Conditions > Colite ulcéreuse ou Maladie de Crohn

Medline Plus (en anglais)

MedlinePlus est un service de la U.S. National Library of Medicine et du National Institutes of Health. Il contient beaucoup d'hyperliens avec d'autres sites Web et vous dirigera vers de l'information qui vous aidera à répondre à vos questions.

www.nlm.nih.gov/medlineplus/crohnsdisease.html

www.nlm.nih.gov/medlineplus/ulcerativecolitis.html

CCFA: The Crohn's and Colitis Foundation of America (en anglais)

La Crohn's and Colitis Foundation of America est une organisation sans but lucratif entièrement dédiée à trouver un traitement curatif à la maladie de Crohn et à la colite ulcéreuse. Accéder au site Web ci-dessous et cliquer sur «Disease Information» à gauche de l'écran puis choisir parmi la liste des sujets qui apparaissent.

www.ccfca.org

American Academy of Family Physicians (AAFP): Inflammatory bowel disease (en anglais)

Il s'agit du site Web de l'organisation médicale américaine qui représente les médecins de famille. Ce site fournit de l'information sur de nombreux problèmes médicaux dont les maladies inflammatoires de l'intestin.

familydoctor.org/252.xml

NACC: The National Association for Colitis and Crohn's disease (en anglais)

La NACC est située au Royaume-Uni. Elle réunit des personnes de tous âges qui ont une colite ulcéreuse ou une maladie de Crohn, leurs familles, et les professionnels de la santé impliqués dans leur traitement. Ce site Web est une excellente source d'information sous les onglets «facts about IBD» et «Information Sheets on specific topics».

4 Beaumont House, Sutton Road, St Albans, Herts AL1 5HH, UK

Ligne téléphonique d'information: 01727 844296

www.nacc.org.uk

