



badgut.org

Société gastro-intestinale
Société canadienne de recherche intestinale



Maladie de Crohn

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MII) qui peut toucher n'importe quelle partie du tube digestif, de la bouche jusqu'à l'anus, soit en sections contiguës, soit en sections isolées. L'inflammation peut toucher la muqueuse interne et même traverser l'épaisseur entière de la paroi intestinale; elle se manifeste par l'œdème, une dilatation des vaisseaux sanguins, et une perte de fluide dans les tissus. Elle est souvent présente dans l'extrémité inférieure de l'intestin grêle (iléon terminal) qui se joint au gros intestin (côlon).

La maladie de Crohn peut se manifester à tout âge et est courante chez les jeunes personnes. Environ 10 % des nouveaux cas diagnostiqués sont chez les enfants. Quoiqu'il existe plusieurs traitements pour aider à soulager les symptômes et provoquer une rémission, il n'existe actuellement aucun remède. Il y a un risque accru de diagnostic de la maladie de Crohn chez certains groupes ethniques et chez ceux ayant des antécédents familiaux. Quoique la maladie de Crohn soit le nom actuellement utilisé pour la maladie, on entend quelquefois de vieux termes tels qu'entérite régionale, iléite terminale, colite granulomateuse ou iléocolite, utilisés de façon interchangeable.

La maladie de Crohn partage plusieurs caractéristiques avec la colite ulcéreuse, une autre MII. La principale différence découle du fait que, dans la maladie de Crohn, l'inflammation peut toucher toutes les parties du tube digestif et s'infiltrer dans la paroi musculaire, tandis que dans la colite ulcéreuse, l'inflammation touche seulement la surface de la muqueuse du côlon.

La cause de la maladie de Crohn est inconnue, mais les recherches indiquent fortement que des interactions entre les facteurs environnementaux, les microorganismes intestinaux, un dérèglement immunitaire et une prédisposition génétique en sont responsables.

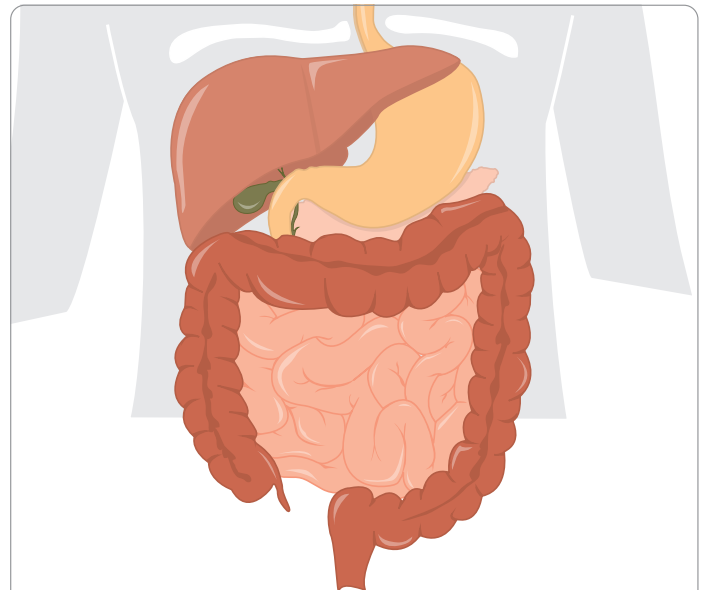
La maladie de Crohn peut être diagnostiquée à n'importe quel âge, mais la plus forte incidence de diagnostics est observée chez les jeunes personnes et chez ceux âgés de 40 à 50 ans. Le Canada possède l'une des plus hautes prévalence et incidence

signalées au monde, évaluées à quelque 161 000 personnes atteintes.

Symptômes/Complications

La diarrhée, le saignement rectal, la douleur et la perte de poids sont des symptômes courants et récurrents de la maladie de Crohn. L'inflammation réduit les surfaces absorbantes de l'intestin, déclenchant des selles aqueuses qui peuvent aussi entraîner des urgences fécales et un mauvais contrôle des selles. La constipation peut aussi se développer, puisque le corps lutte pour maintenir une fonction intestinale normale.

L'intestin peut se rétrécir et se raccourcir, empêchant le contenu de passer au complet à travers le tube digestif (obstruction). La douleur abdominale est un symptôme courant



La maladie de Crohn peut toucher n'importe quelle partie du tube digestif, de la bouche jusqu'à l'anus. Elle touche même d'autres parties du corps.

résultant des spasmes musculaires de l'intestin enflammé ou d'une accumulation de pression à l'arrière d'une partie étroite de l'intestin. La fièvre peut accompagner l'inflammation. Chez les enfants, un retard de croissance et de maturité peut en résulter et il est donc important de suivre attentivement la gestion médicale et nutritionnelle de la maladie.

Une insuffisance de globules rouges (anémie) peut donner lieu à des saignements dus aux ulcérations dans l'intestin et d'une malnutrition générale à cause de la malabsorption des nutriments et des effets débilissants de la maladie. Ces conditions peuvent entraîner la déplétion des protéines sanguines.

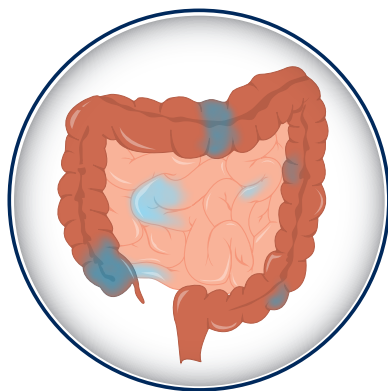
Des fissures peuvent se former dans le rectum et l'anus, produisant une accumulation de larges poches de pus ou des abcès, entraînant des douleurs sévères et de la fièvre. Une communication anormale ressemblant à un tunnel, entre l'intestin et la peau (fistule), peut se produire près de l'ouverture du rectum, entre les anses intestinales dans l'abdomen, ou entre l'intestin et la paroi abdominale, surtout après une chirurgie.

La maladie de Crohn est une maladie généralisée puisqu'elle touche d'autres parties du corps en plus du tube digestif. Certaines de ces manifestations extra-intestinales comprennent l'arthrite, des problèmes de la peau, des maladies du foie, des calculs rénaux et l'inflammation des yeux.

Votre risque d'être atteint d'un cancer colorectal pourrait être accru si votre maladie se situe dans le côlon depuis 10 à 15 ans ou plus. Si tel est votre cas, un dépistage régulier devrait se faire plus tôt et de façon plus vigilante que celui recommandé pour la population générale.

Diagnostic

Les tests sanguins sont utiles pour évaluer le niveau d'activité de l'inflammation, la possibilité de développer une anémie à cause de saignements continus et l'état nutritionnel de l'individu.



Exemples d'endroits dans l'intestin où la maladie de Crohn peut se manifester.

L'analyse d'échantillons de selles peut parfois s'avérer utile. Votre médecin déterminera, d'après vos antécédents médicaux, lesquelles parmi plusieurs procédures sont préférables pour évaluer vos symptômes intestinaux.

Bien que moins souvent utilisées, les radiographies à rayons X peuvent être utiles pour observer la forme et la fonction du tube digestif. Quand une radiographie est requise pour la région GI supérieure, vous devrez avaler un liquide qui tapisse les parois de l'œsophage et de l'estomac. Ce liquide contient du baryum qui est d'un blanc éclatant sur les radiographies, fournissant une image à contraste de la forme et de la fonction du tractus GI supérieur lors de la radiographie. Quand elle est requise pour obtenir des détails du tractus GI inférieur, vous devrez subir un lavement baryté pour permettre à votre médecin de visualiser les contours du côlon.

Des examens scopiques pourraient aider à déterminer la nature et l'étendue de la maladie. Lors de ces procédures, le médecin insère un instrument dans le corps par la bouche (gastroscopie) ou par l'anus (sigmoïdoscopie/coloscopie) pour visualiser divers endroits de l'intérieur du tube digestif. Les instruments scopiques sont faits d'un tube creux et flexible et sont munis d'une lumière et d'une caméra vidéo minuscules. Ces procédures procurent un avantage par rapport à la radiographie barytée ou à la coloscopie virtuelle au moyen d'une tomographie par densité (TDM), puisque le médecin peut prélever une biopsie d'un tissu suspect en tout temps pendant l'examen pour en faire l'analyse en laboratoire. Selon la partie du tube digestif touchée, une imagerie par résonance magnétique (IRM) pourrait être utile.

Une fois que tous ces tests sont complétés et que d'autres maladies possibles sont exclues, votre médecin pourrait établir un diagnostic de la maladie de Crohn.

Gestion

Le traitement de la maladie de Crohn est varié; il comprend la gestion des symptômes et des effets de la maladie de même que l'ajout de thérapies qui visent à réduire l'inflammation sous-jacente.

Modifications à l'alimentation et au mode de vie

La nutrition est la composante principale de la santé digestive et il est donc important de suivre le *Guide alimentaire canadien*. Cependant, même en suivant les lignes directrices de ce dernier, les patients atteints de la maladie de Crohn peuvent souffrir d'un manque de nutriments à cause des effets de l'inflammation intestinale. Des études démontrent qu'une mauvaise nutrition est prévalente chez les patients souffrant de la maladie de Crohn; ceux-ci doivent donc porter une attention particulière aux régimes spéciaux et aux suppléments. Nous encourageons ceux atteints de la maladie de Crohn de consulter un diététiste professionnel qui pourra mettre en place un plan

nutritionnel personnalisé et efficace en prenant en considération les déficiences spécifiques liées à la maladie. Si les saignements sont excessifs, des problèmes tels qu'une anémie peuvent s'ensuivre; des modifications à l'alimentation seront nécessaires pour compenser ces pertes.

Certains aliments peuvent provoquer une irritation et aggraver les symptômes, sans toutefois influencer sur l'évolution de la maladie. Des régimes spécialisés, des substituts de repas faciles à digérer (mélange élémentaire) et un jeûne permettent un repos intestinal progressif. Il est possible qu'une alimentation par voie intraveineuse (nutrition parentérale totale, NPT) soit requise lors du jeûne pour assurer un repos complet de l'intestin.

Pharmacothérapie symptomatique

Il existe plusieurs traitements pour la diarrhée et la douleur. Une modification de régime peut être bénéfique et les médicaments antidiarrhéiques jouent un rôle important. Les analgésiques peuvent être utiles pour gérer la douleur non contrôlée par les médicaments qui agissent sur l'inflammation sous-jacente. Parmi les différents types, l'acétaminophène (Tylenol®) est préférable aux médicaments appelés anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que l'ibuprofène (Advil®, Motrin®), l'aspirine, et le naproxène (Aleve®, Naprosyn®) puisque ceux-ci peuvent irriter les intestins.

Il existe deux types de médicaments antidiarrhéiques qui visent à prévenir les crampes et à contrôler la défécation. Un groupe modifie l'activité musculuse de l'intestin, ralentissant le transit du contenu. Il comprend : le loperamide non narcotique (Imodium®); les agents narcotiques comme le diphénoxylate (Lomotil®), la codéine, la teinture d'opium et l'élixir parégorique (camphre/opium); et les agents antispasmodiques comme le chlorhydrate de dicyclomine et le butylbromure d'hyoscine (Buscopan®).

L'autre groupe change la mollesse des selles et leur fréquence en absorbant (se liant à) l'eau pour régulariser leur consistance afin qu'elles soient d'une forme facile à passer. Les produits à base de plantes tels que la fibre d'inuline (Benefibre®) et les enveloppes de psyllium ou ispaghula (Metamucil®) s'avèrent utiles. Les fibres végétales sont aussi utiles pour gérer la constipation à cause de leurs effets régulateurs sur les selles. La résine de cholestyramine, qui lie les sels biliaires, peut aider à traiter les selles molles.

Des médicaments ciblés peuvent être requis et l'on pourrait vous orienter vers d'autres spécialistes en cas de symptômes extra-intestinaux de la maladie de Crohn, tels que l'arthrite ou l'inflammation oculaire. Si l'anxiété et le stress sont d'importants facteurs, un programme de gestion du stress pourrait être précieux. Demandez notre brochure sur la *Gestion du stress*.

Les personnes souffrant de la maladie de Crohn peuvent être anémiques à cause d'une combinaison de facteurs tels que la perte sanguine chronique ou la malabsorption de certains

minéraux et vitamines. Les suppléments de fer pourraient améliorer cet état, le polypeptide de fer hémique à prise orale (p. ex., Hemaforte 1, Hemeboost, OptiFer® Alpha et Proferrin®) étant la meilleure option à cause de son action rapide et de ses effets secondaires minimes. Le fer-isomaltoside 1000 (Monoferric™), le sucrose de fer (Venofer®) et le gluconate ferrique de sodium (Ferrlecit®) sont indiqués pour le traitement intraveineux (IV) d'une anémie ferriprive chez les adultes ayant une intolérance à la thérapie ferrique par voie orale ou ayant une réponse insuffisante à celle-ci. Une transfusion sanguine est quelquefois requise.

Les antibiotiques les plus souvent prescrits sont la ciprofloxacine (Cipro®) et le métronidazole (Flagyl®). Les antibiotiques à large spectre sont importants dans le traitement des manifestations secondaires de la maladie telles que les fistules et abcès périanaux.

Pharmacothérapie anti-inflammatoire

L'on vise deux objectifs dans le traitement de la maladie de Crohn : éliminer les symptômes (induire une rémission clinique) et prévenir des poussées actives futures de la maladie (maintien de la rémission). Afin d'atteindre ces objectifs, les médecins utilisent un traitement qui vise à contrôler l'inflammation dans le tractus intestinal. En réduisant et en éliminant l'inflammation, les symptômes sont par conséquent atténués et éliminés. Le traitement prend plusieurs formes et vise différents systèmes de l'organisme. Votre médecin peut prescrire les médicaments décrits ci-dessous, seuls ou en combinaison. Cela peut prendre un peu de temps pour trouver la bonne combinaison puisque chaque cas de la maladie de Crohn est unique.

Acide 5-aminosalicylique (5-ASA)

Ces médicaments, comme la mésalamine (Pentasa® et Salofalk®) offerte en prise orale sous forme de comprimés et de capsules, sont utilisés pour diminuer l'inflammation dans la maladie de Crohn légère à modérée. Selon la localisation de l'affection, vous devrez peut-être administrer la mésalamine de façon rectale par lavement ou suppositoires. Le 5-ASA associé à un antibiotique sulfamidé est offert en prise orale sous le nom de sulfasalazine (Salazopyrin®).

Corticostéroïdes

Les corticostéroïdes peuvent aider à diminuer l'inflammation dans les cas de la maladie de Crohn modérés à graves. Ils sont la prednisone et le budésonide (Entocort®) à prise orale, la prednisone manifestant le plus d'effets secondaires. Pour le soulagement topique de la maladie de Crohn dans le côlon, le budésonide (Entocort®), l'hydrocortisone et le betaméthasone sont offerts en formulation rectale (lavements, mousses et suppositoires). L'hydrocortisone (Solu-Cortef®) et la méthylprednisolone (Solu-Medrol®) peuvent être administrées

de façon intraveineuse en milieu hospitalier.

Agents immunosuppresseurs

PETITES MOLÉCULES

Ces médicaments sont utilisés pour traiter la maladie de Crohn du côlon et de l'iléon ainsi que pour diminuer la dépendance aux stéroïdes. Ils comprennent l'azathioprine (Imuran®), la cyclosporine, la mercaptopurine/6-MP (Purinethol®), et le méthotrexate sodique (Metoject®). Il faut parfois jusqu'à 12 semaines de thérapie pour obtenir des résultats.

Une nouvelle classe de médicaments, les inhibiteurs de Janus kinase (JAK), agissent généralement plus rapidement que les médicaments biologiques, ne présentent pas de risque d'immunogénicité et sont faciles et pratiques à prendre puisqu'ils sont sous forme de comprimés. Ils comprennent un inhibiteur sélectif de JAK, l'upadacitinib (Rinvoq®).

PRODUITS BIOLOGIQUES (GRANDES MOLÉCULES)

Les médicaments biologiques constituent une option importante dans le traitement de la maladie de Crohn modérée à grave. Ces produits sont des protéines spécifiquement développées pour bloquer de façon sélective les molécules jouant un rôle dans le processus inflammatoire. Les gastro-entérologues prescrivent couramment des médicaments biologiques afin de réduire l'inflammation et de contrôler les symptômes (induire une rémission clinique) de la maladie de Crohn.

Le premier produit biologique approuvé par Santé Canada pour le traitement de la maladie de Crohn a été l'infliximab (Remicade®), un agent anti-FNT, en 2001. Les médicaments biologiques ultérieurs comprennent un agent anti-FNT, l'adalimumab (Humira®), un inhibiteur de l'intégrine alpha-4/beta-7, le vedolizumab (Entyvio®), un inhibiteur de l'IL-12/23, l'ustekinumab (Stelara®), et un inhibiteur de l'IL-23, le risankizumab (Skyrizi®). Au fur et à mesure que les brevets de ces médicaments expirent, leurs biosimilaires sont mis sur le marché. Jusqu'à présent, il existe des biosimilaires de l'infliximab (Avsola®, Inflectra®, Ixifi®, Omvyence™, Remsima™SC, Renflexis®), de l'adalimumab (Abrilada®, Amgevita®, Hadlima®, Hadlima® PushTouch®, Hulio®, Hyrimoz®, Idacio®, Simlandi™, Yuflyma™), et de l'ustekinumab (Wezlana™). Consultez notre site Web pour obtenir plus d'information sur les biosimilaires.

Puisque ces médicaments sont des protéines, notre corps peut les traiter comme des envahisseurs étrangers et alors développer des anticorps pour les combattre; cela peut diminuer l'efficacité du médicament au fil du temps. Si vous cessez de prendre le médicament pendant un certain temps et que vous tentez de le prendre à nouveau, il pourrait ne pas fonctionner à merveille comme auparavant à cause de la présence d'anticorps. Il est donc extrêmement important que vous n'arrêtiez le traitement

que si votre médecin vous le conseille. Si vous cessez un traitement parce que vous vous sentez bien, il est possible que le médicament ne puisse pas vous faire retrouver votre bien-être à l'avenir.

À l'heure actuelle, Humira® (et ses biosimilaires), Entyvio®, Stelara® (et son biosimilaire) et Skyrizi® sont autoadministrés sous la peau (par voie sous-cutanée). Remicade® (et ses biosimilaires, sauf Remsima™SC), Entyvio®, Stelara®IV et Wezlana™IV sont offerts par perfusion intraveineuse (IV) administrable par un professionnel de la santé. Les doses de ces deux types de médicaments peuvent être administrées à des intervalles de traitement qui varient selon le médicament et la réponse obtenue. Dans certains cas, un médicament biologique est premièrement administré par perfusion IV, suivi par une administration par injection sous-cutanée pour le maintien.

La pharmacovigilance thérapeutique (PVT) est un outil qui aide les médecins à s'assurer que les patients prennent le bon médicament à la bonne dose, et ce, au moyen d'analyses de laboratoire qui mesurent le taux du médicament dans le corps. Un deuxième test essentiel est l'analyse de la calprotectine fécale, qui mesure une substance inflammatoire dans les selles. Un gastro-entérologue évalue les résultats dans le contexte des symptômes du patient, et ce, à des périodes précises pendant le traitement. Vous pouvez visionner notre vidéo sur la PVT au www.badgut.org/pvt.

Chirurgie

À l'occasion, un chirurgien devra retirer des segments du tube digestif sévèrement touchés par la maladie, mais seulement comme dernière solution. Cela se fait habituellement dans les cas où la gestion médicale a échoué et où il y a présence de complications telles que des obstructions, des strictions, des fistules ou une formation d'abcès. Il existe malheureusement un taux élevé de récurrence dans la maladie de Crohn, même après l'excision chirurgicale de toute maladie visible et microscopique. Il est donc pragmatique de traiter la maladie de Crohn au moyen des traitements les plus efficaces afin de prévenir ces complications. Quoique la plupart des médecins hésitent à recommander une chirurgie, elle est parfois requise. La transplantation intestinale est une thérapie chirurgicale naissante, mais il y a des obstacles à surmonter tels que le rejet du tissu et l'inflammation de l'organe nouvellement transplanté.

Qu'est-ce qu'une poussée active?

Pour contrôler vos symptômes de la maladie de Crohn, votre médecin tentera de trouver les bons médicaments. Cependant, puisqu'il n'existe pas de remède, la maladie systémique est toujours présente. Lorsque vous n'éprouvez aucun symptôme, vous connaissez une **rémission**. Si les symptômes réapparaissent, surtout s'ils sont plus graves qu'auparavant,

il s'agit d'une **poussée active**. Voilà pourquoi il est important de continuer à prendre les médicaments que vous a prescrits votre médecin, même si vous vous sentez mieux. Si vous cessez de prendre vos médicaments, la possibilité de connaître une poussée active et une progression de la maladie s'accroît. Les infections, le stress et la prise d'antibiotiques ou d'AINS (y compris l'aspirine, l'ibuprofène et le naproxène) peuvent vous rendre plus susceptible à une poussée active

Quand se faire soigner

Une inflammation accrue entraîne une poussée active et la nature de cette inflammation signifie que vous devez la traiter aussi rapidement que possible. L'inflammation s'accroît de façon exponentielle, puisque sa présence provoque une augmentation du taux d'inflammation. Le plus longtemps elle reste non traitée, le plus elle empirera. Soyez attentifs à vos symptômes et consultez votre médecin si vous remarquez une aggravation ou un changement, aussi léger soit-il.

Options de traitement pour les poussées actives

Il est important de discuter à l'avance avec votre médecin de la marche à suivre si vous connaissez une poussée, surtout si la période d'attente pour voir votre gastro-entérologue risque d'être longue. Vous pouvez prendre un médicament de façon régulière, mais subir quand même une poussée active. Même si vous suivez un plan établi, vous devriez toujours téléphoner au bureau de votre médecin pour lui faire part de vos symptômes. C'est une conversation importante à avoir avec votre équipe de soins de santé afin d'être prêt à pratiquer une autogestion au besoin, tout en tenant votre équipe au courant de votre état. Votre situation personnelle et votre historique influenceront les recommandations de votre médecin.

Le traitement précoce d'une poussée active est-il important, ou peut-il attendre un peu?

L'inflammation ne disparaît généralement pas sans traitement et une intervention précoce donne de meilleurs résultats qu'un traitement retardé. Au stade précoce d'une poussée, un traitement de base (5-ASA) est optimal et est souvent suffisant pour contrôler l'inflammation. En attendant, vous vous exposez à un risque accru d'avoir besoin de médicaments dont les effets secondaires sont plus importants, tels que les stéroïdes à prise orale. De plus, vous devrez composer plus longtemps avec vos symptômes avant d'obtenir un soulagement. Vivre des périodes d'inflammation incessantes ou prolongées pourrait accroître votre risque de complications futures puisque l'inflammation pourrait endommager la paroi intestinale, et ce, d'une gravité croissante chaque fois qu'une poussée se produit.

Si vous connaissez une aggravation de vos symptômes, la

poussée active était probablement déjà présente pendant une bonne durée avant l'apparition des symptômes. Les preuves montrent qu'une analyse des selles pour déceler la présence d'inflammation dans le côlon, appelée analyse de la calprotectine fécale, détecte souvent des taux élevés de cette protéine de deux à trois mois avant l'apparition de tout symptôme. Votre côlon pourrait aussi commencer à présenter des signes visibles (par coloscopie) d'inflammation avant l'apparition de symptômes ou, du moins, à signaler un risque accru d'une poussée.

Une visualisation du côlon peut donner un aperçu plus fiable de l'état réel de votre maladie. C'est pourquoi votre spécialiste pourrait suggérer une coloscopie afin de pouvoir examiner de près l'intérieur de votre côlon dans le but de déterminer le meilleur plan de traitement. Toutefois, dans la plupart des cas, la décision du médecin à prescrire un médicament peut s'appuyer sur la gravité et la nature de vos symptômes. Cela est notamment le cas lorsque les symptômes sont encore légers.

Plans d'action

Vous voulez en savoir plus sur la gestion des poussées actives? Nous proposons des plans d'action imprimables à la fois pour la maladie de Crohn et pour la colite ulcéreuse. Ces documents décrivent les symptômes qui sont normaux, ceux qui indiquent une poussée active et ceux qui nécessitent des soins d'urgence. Ils contiennent également des espaces pour écrire des détails sur vos médicaments, l'état de votre maladie et les coordonnées de l'équipe soignante. Rendez-vous sur la page www.badgut.org/poussees-de-la-mii-video pour télécharger les plans d'action et visionner une courte vidéo qui vous en apprendra davantage sur les poussées actives.

L'avenir

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique qui se manifeste principalement dans le tube digestif. Puisqu'il n'existe aucun remède, vous nécessiterez des soins médicaux continus. Les personnes touchées par la maladie de Crohn doivent suivre un régime alimentaire précis et respecter leur régime posologique même lorsqu'elles se sentent bien. Votre médecin surveillera l'état de votre maladie régulièrement même pendant les périodes de rémission. Pour en savoir davantage sur la vie avec la maladie de Crohn, consultez le www.badgut.org/parcours-patient-maladie-de-crohn.

