mauxdeventre.org
Société gastro-intestinale
Gastrointestinal Society

Maladie inflammatoire de l'intestin (MII)

Anatomie intestinale

Pour mieux comprendre la MII, une courte présentation de l'anatomie du tractus gastro-intestinal (GI) est utile. Il ne s'agit pas d'une description complète, mais elle comporte les notions élémentaires.

L'appareil digestif se compose d'un long tube (canal alimentaire) dont la forme et la fonction varient à mesure qu'il serpente à travers le corps, de la bouche jusqu'à l'anus (voir diagramme). La taille et la forme du tube digestif varient d'après la personne (p. ex., âge, sexe, taille et état de la maladie). Les dimensions qui figurent ci-après sont celles d'un homme adulte moyen.

La partie supérieure du tube digestif comprend la bouche, la gorge (pharynx), l'œsophage et l'estomac. Le processus de digestion débute dans la bouche lorsque la mastication décompose et mélange les aliments de façon mécanique tandis que la salive commence leur modification chimique. Mastiquer et avaler (ingérer) requiert un effort réfléchi, mais lorsque les aliments atteignent l'œsophage, un mouvement automatique et rythmique (péristaltisme) les propulse plus loin dans le tube digestif. Plusieurs systèmes de l'organisme fournissent les produits chimiques requis pour la digestion, l'absorption et l'élimination. Si tout se déroule bien, le passage des aliments d'un endroit des intestins au prochain est précisément coordonné de sorte que les aliments demeurent dans chaque section juste le temps qu'il faut.

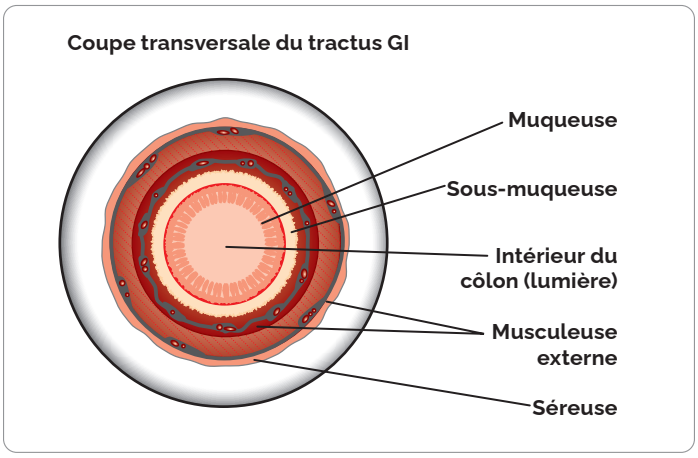
La durée de transit est le temps qui s'écoule entre le moment où vous prenez une bouchée de nourriture et celui où celle-ci est finalement éliminée comme déchet sous forme de selles. Un repas prend de 12 à 72 heures à s'acheminer à travers le tube digestif. Chaque personne est unique; des habitudes intestinales qui sont normales pour une personne peuvent être très différentes de celles de membres de la famille ou d'amis. Certaines personnes n'ont pas d'habitudes régulières et ne savent jamais à quoi s'attendre. La composition et la quantité des aliments ingérés, la présence d'une maladie ou d'un trouble GI ainsi que d'autres facteurs influencent la durée de transit.

L'estomac, un organe en forme de sac d'une longueur d'environ 25 cm (~10 po), fait suite à l'œsophage et est situé dans la partie gauche de la cavité abdominale. Son diamètre s'accroît lorsqu'il reçoit les aliments, pouvant contenir jusqu'à 4 litres (quoiqu'il ne faut pas manger jusqu'à ce que l'estomac s'étire complètement). De puissants produits chimiques décomposent les aliments en plus petites unités, tandis que l'épaisse paroi de l'estomac empêche les produits chimiques de pénétrer dans le corps tout en serrant son contenu à l'aide de puissants muscles circulaires et longitudinaux.

La partie inférieure du tractus GI comprend le petit intestin (intestin grêle) et le gros intestin (côlon). Les noms de ces organes portent à confusion puisque le petit intestin est trois fois plus long que le gros intestin. Petit et gros font référence au diamètre : de 2,5 à 3 cm (~1 po) pour le petit intestin et de 6,5 à 7 cm (~2,5 po) pour le gros intestin.

L'intestin grêle est un long et étroit tube torsadé qui débute à l'estomac et se termine au côlon en serpentant à l'intérieur de l'abdomen. Sa surface interne est énorme grâce à la présence de millions de protrusions filiformes, appelées villosités, couvertes de fins prolongements, appelés microvillosités. C'est là où une grande partie de la digestion et de l'absorption des aliments se produit. Le premier segment de l'intestin grêle, le duodénum, est le plus court et sa longueur est semblable à celle de l'estomac (25 cm/~10 po). Il est suivi du jéjunum (2,5 m/~8 pi) et de l'iléon (3,5 m/~11,5 pi) pour donner une longueur totale d'un peu plus de 6 m (~20 pi). Les fonctions de l'intestin grêle comprennent la sécrétion d'enzymes digestives et de tampons ainsi que l'absorption de nutriments. Le fer est absorbé dans le duodénum et la vitamine B_{12} ainsi que les sels biliaires sont absorbés dans le dernier segment de l'iléon (iléon terminal).

La muqueuse est la couche la plus interne de la paroi du tractus GI. Dans l'intestin grêle, elle est responsable de la sécrétion de sucs digestifs ainsi que de l'absorption des nutriments. La deuxième couche, la sous-muqueuse, se compose



d'une dense couche de tissu conjonctif comportant vaisseaux sanguins, vaisseaux lymphatiques et nerfs. Une couche de muscle, la musculeuse externe, est située à l'extérieur de la sous-muqueuse. La contraction de ces muscles propulse les aliments le long du tube digestif. La couche la plus externe est la séreuse, une mince couche de cellules qui sécrètent un fluide qui réduit la friction causée par le mouvement des muscles.

Le premier segment du côlon, le cæcum, se relie à l'intestin grêle au niveau de la valve iléocæcale dans la partie inférieure droite de l'abdomen. Le reste du gros intestin se compose du côlon ascendant (se dirigeant vers le haut du côté droit de l'abdomen), du côlon transverse (traversant l'abdomen vers la gauche) et du côlon descendant (se dirigeant vers le bas du côté gauche du corps), suivi du côlon sigmoïde. La longueur totale du gros intestin (côlon) est de 1,25 m (~4 pi). Les fonctions principales du côlon sont d'absorber l'eau, de former les selles et d'éliminer les déchets. Le gros intestin ne sécrète pas d'enzymes digestives et n'est pas muni de villosités. Le côlon contient plusieurs variétés de bonnes bactéries et de levures qui aident à la digestion et qui préviennent la prolifération de bactéries et de levures néfastes. Le côlon se termine par le rectum (environ de 15 à 20 cm/~6 à 8 po de long), qui entrepose les déchets pour un bref instant jusqu'à ce qu'ils soient évacués par l'anus sous forme de selles, habituellement par choix conscient.

Bien qu'ils ne fassent pas directement partie du tube digestif, le foie, la vésicule biliaire et le pancréas servent d'organes accessoires essentiels au processus digestif.

Maladie inflammatoire de l'intestin

Puisque nous sommes tous uniques, les points traités ne s'appliqueront pas à toutes les personnes qui souffrent de la MII. Nous espérons cependant que ces informations vous aident à comprendre cette maladie complexe et chronique. Assurez-vous de discuter de vos circonstances avec les professionnels de la santé qui s'occupent de vos soins.

La maladie inflammatoire de l'intestin est un terme qui fait notamment référence à deux maladies de l'intestin : la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Ces maladies partagent quelques caractéristiques, mais diffèrent de manière considérable dans deux aspects : le segment du tube digestif touché et l'étendue de l'inflammation. Passez à la page 19 pour trouver des renseignements sur les types moins courants de la maladie inflammatoire de l'intestin.

Endroits touchés : La colite ulcéreuse ne touche que le côlon, débute toujours à l'anus et progresse vers le haut. Dans certains cas, le gros intestin en entier peut être touché. Dans la proctite ulcéreuse, une forme moins grave de colite ulcéreuse, l'inflammation ne s'étend pas plus loin que 20 cm (~8 po) de l'anus. Dans la maladie de Crohn, l'inflammation peut se manifester par bandes à plusieurs endroits ou toucher une seule grande section. Elle peut se trouver dans n'importe quelle partie du tube digestif, touchant souvent la dernière partie de l'intestin grêle (iléon terminal).

Étendue de l'inflammation : Dans la colite ulcéreuse, l'inflammation ne touche que la muqueuse interne tandis que dans la maladie de Crohn, l'inflammation peut traverser toute l'épaisseur de la paroi intestinale : muqueuse, muscle et même quelquefois la mince couche la plus externe du tube digestif (séreuse).

Le processus inflammatoire entraîne la dilatation des vaisseaux sanguins et est accompagné d'une augmentation de la température, une exsudation de fluide dans les tissus, une infiltration de cellules inflammatoires et l'ulcération de la muqueuse.

L'inflammation peut résulter des effets d'agents infectieux tels que les bactéries, les champignons, les parasites ou même les virus. Elle peut aussi résulter de l'exposition à des produits chimiques, d'une brûlure, d'un traumatisme ou de plusieurs autres choses encore. Le mécanisme exact de la MII est inconnu, mais les recherches indiquent fortement que des interactions entre les facteurs environnementaux, les bactéries intestinales, un dérèglement immunitaire et une prédisposition génétique en sont responsables. Le risque est accru pour ceux dont un membre de la famille souffre de la maladie.

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 inflammatoire de l'intestin peut être diagnostiquée à n'importe quel âge, avec une forte incidence observée chez les jeunes personnes et les personnes âgées de 40 à 50 ans. Environ 0,8 % de la population canadienne est atteinte de la MII. Le Canada possède l'une des plus hautes prévalence et incidence signalées au monde, avec approximativement 322 600 personnes atteintes; il y en a légèrement plus qui souffrent de la maladie de

Crohn que de colite ulcéreuse.

Symptômes/Complications

Le symptôme le plus courant de la MII est la diarrhée. L'inflammation peut influer sur le temps de transit, ce qui veut souvent dire que les aliments s'acheminent plus rapidement, permettant moins de temps pour l'absorption de l'eau, entraînant des selles liquides. La maladie de Crohn peut toucher l'intestin grêle et peut donc prévenir l'absorption normale des aliments, entraînant une diarrhée et une plus grande élimination de gras (stéatorrhée) et d'autres nutriments. En cas de colite ulcéreuse et de la maladie de Crohn du côlon, la fonction normale du côlon consistant à enlever les fluides présents est perturbée, entraînant des selles fréquentes et liquides. Puisque la muqueuse du côlon peut être ulcérée, la diarrhée contient souvent du sang. Aux stades plus avancés de la maladie, le côlon peut se rétrécir et raccourcir, ce qui influe sur l'absorption de l'eau encore plus, entraînant un besoin urgent d'éliminer les selles et une fonction d'élimination mal contrôlée. La constipation peut aussi se développer alors que le corps lutte pour maintenir une fonction intestinale normale.

La douleur abdominale est un autre symptôme courant. Comme tous les autres muscles du corps, la couche musculaire de l'intestin peut subir des spasmes et les intestins enflammés sont irritables et plus susceptibles aux spasmes, lesquels exercent une pression sur les nombreuses terminaisons nerveuses de la paroi intestinale. C'est ce qui explique certains types de douleur associés à la MII, surtout les crampes. Dans la maladie de Crohn, la pression peut s'accumuler à l'arrière d'une partie étroite (striction) de l'intestin et produire de la douleur. Occasionnellement, le rétrécissement est si sévère qu'une occlusion intestinale se produit, ce qui nécessite la prise immédiate de médicaments et, moins souvent, une intervention chirurgicale.

La fièvre accompagne fréquemment tout type d'inflammation et elle est présente avec la MII.

Les personnes souffrant de la MII peuvent souffrir de ténesme, défini comme une sensation de défécation incomplète accompagnée d'une douleur soudaine, courte et profonde à l'ouverture du rectum.

La perte de poids est courante dans la maladie de Crohn à cause de la capacité réduite de l'intestin grêle à absorber une quantité suffisante de nutriments. Un retard de croissance et de maturité peut en résulter chez les enfants. Il vaut mieux, si possible, consulter un pédiatre gastro-entérologue qui possède une formation spécifique pour gérer les besoins spéciaux de l'enfant en croissance.

Dans le cas de la maladie de Crohn, le rectum et l'anus peuvent devenir un point central de l'inflammation avec la formation de déchirures douloureuses et enflammées de la peau et des tissus superficiels, appelées fissures anales. De larges poches de pus ou des abcès peuvent se développer, produisant une grande douleur et de la fièvre. Une communication anormale, ressemblant à un tunnel et appelée fistule, peut se produire entre l'intestin et la peau. Quand cette communication est près de l'ouverture de l'anus, elle s'appelle fistule anale. Dans la maladie de Crohn, les fistules peuvent aussi se produire entre les anses intestinales dans l'abdomen ou entre l'intestin et la paroi abdominale. La chirurgie abdominale peut augmenter le risque de fistules.

Une anémie ou insuffisance de globules rouges apparaît fréquemment à cause des saignements dus aux ulcérations de la muqueuse intestinale. La perte de sang est parfois si importante qu'une transfusion sanguine devient nécessaire. L'anémie peut aussi être la conséquence d'une malnutrition générale à cause de la malabsorption des nutriments et des effets débilitants de la MII sur le corps de la personne touchée.

D'autres manifestations de la MII sont l'arthrite, les problèmes cutanés, la maladie du foie, les calculs rénaux et l'inflammation oculaire.

Si vous souffrez d'une colite ulcéreuse ou d'une maladie de Crohn se manifestant dans le côlon depuis environ 10 à 15 ans, vous avez un risque légèrement plus élevé d'être atteint d'un cancer colorectal. Votre médecin pourrait alors recommander un dépistage plus précoce de cette affection que celui typiquement recommandé pour la population générale.

Diagnostic

Un mauvais fonctionnement du tube digestif peut se produire pour toute une variété de raisons et certains des symptômes (diarrhée, douleur et perte de poids) peuvent ressembler de près aux symptômes d'autres maladies ou troubles. Un diagnostic précis de la MII est essentiel et un médecin prendra donc les mesures nécessaires pour exclure d'autres affections.

Une évaluation attentive de l'histoire de la maladie est la première étape pour établir un diagnostic précis. Le médecin passera en revue certains facteurs, notamment quand et comment les symptômes ont débuté, quels problèmes ont suivi, la nature de la diarrhée, le type de douleur abdominale, ainsi que les caractéristiques et la quantité des saignements rectaux.

Dans la colite ulcéreuse, l'outil diagnostique le plus utile est le sigmoïdoscope, un court instrument qui permet de visualiser l'intérieur du côlon inférieur. Au besoin, le médecin peut prélever des tissus (biopsies) aux endroits suspects pendant la procédure pour enquêter davantage. La vérification de la muqueuse du côlon avec cet instrument, à intervalle régulier pendant le processus de guérison, permet au médecin de surveiller l'état de la maladie. Au besoin, un instrument plus long et flexible, nommé le coloscope, peut aider le médecin à voir plus loin dans le côlon, quelquefois aussi loin que l'iléon terminal (où l'intestin grêle et le côlon se rencontrent), endroit

probable pour le développement de la maladie de Crohn. Dans certains cas, un gastroscope introduit par la bouche est utile pour confirmer la maladie de Crohn dans la partie supérieure du tractus GI.

Bien que moins probable, un médecin pourrait recommander une radiographie barytée. Quand elle est requise pour la région GI supérieure, vous avalerez un liquide qui tapisse les parois de l'œsophage et de l'estomac. Le 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. Quand elle est requise pour obtenir des détails du tractus GI inférieur, vous subirez un lavement baryté pour permettre au médecin de visualiser les contours du côlon. Cependant, la coloscopie procure un avantage diagnostique par rapport à la radiographie barytée puisque le médecin peut prélever des tissus (biopsies) lors de la procédure.

D'autres outils de diagnostic comprennent les tests sanguins et l'examen d'un échantillon des selles pour la détection d'agents infectieux et de sang caché (occulte). L'échographie, la tomodensitométrie et l'IRM sont utiles pour la recherche de complications de la MII, mais ne sont pas nécessairement utiles pour le diagnostic primaire.

Gestion

Le traitement de la maladie inflammatoire de l'intestin est varié; il comprend la gestion des symptômes et des effets de la maladie, ainsi que le respect d'un régime posologique qui vise à réduire l'inflammation sous-jacente.

Modifications à l'alimentation et au mode de vie

Un important défi est de gérer la nutrition lorsque la maladie a compromis l'appareil digestif. La maladie de Crohn peut faire obstacle à l'absorption des nutriments, augmentant le risque de déficiences; comme l'intestin grêle, où la plupart des nutriments sont absorbés, n'est pas touché en cas de colite ulcéreuse, les personnes qui en souffrent sont généralement à faible risque. D'autres facteurs et symptômes contribuent cependant à la malnutrition chez les patients aux prises avec l'une ou l'autre des maladies.

Selon les symptômes de la maladie, une personne atteinte de la MII peut être souffrante et la sensation des aliments qui s'acheminent dans le tube digestif peut causer tellement d'inconfort que le patient évite ou choisit certains aliments, ce qui peut entraîner un déséquilibre alimentaire. Généralement, une meilleure nutrition fournit au corps les moyens de se guérir, mais simplement apporter des changements à l'alimentation n'est pas suffisant pour prendre en charge la maladie inflammatoire de l'intestin.

Si les saignements sont excessifs, l'anémie peut s'ensuivre et d'autres modifications à l'alimentation seront nécessaires pour compenser ces pertes.

Selon l'étendue de l'inflammation et son emplacement, vous devrez possiblement suivre un régime spécial qui inclut des suppléments. Il est important de suivre le *Guide alimentaire canadien*, mais il n'est pas facile de le faire pour les personnes souffrant de la MII. Nous vous encourageons à consulter un diététiste professionnel qui peut aider à mettre en place un plan nutritionnel personnalisé et efficace qui tient compte des déficiences spécifiques liées à la maladie ainsi que de votre tube digestif sensible. Certains aliments peuvent provoquer une irritation et aggraver les symptômes sans toutefois empirer la maladie.

Particulièrement dans la maladie de Crohn, lors d'une poussée active des symptômes, et quelquefois dans la colite ulcéreuse, il peut être nécessaire de permettre à l'intestin de se reposer et de guérir. Avec des régimes spécialisés, des substituts de repas faciles à digérer (mélange élémentaire) et un jeûne avec alimentation par voie intraveineuse (nutrition parentérale totale), il est possible d'obtenir un repos intestinal progressif.

Pharmacothérapie symptomatique

Les symptômes de la MII représentent la composante la plus pénible de la maladie et c'est le traitement direct de ces symptômes, particulièrement la douleur et la diarrhée, qui améliore la qualité de vie du patient. Il existe plusieurs traitements pour la diarrhée et la douleur. Une modification du 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-inflammatoire non stéroïdien (AINS) tels que l'aspirine, l'ibuprofène (Advil®, Motrin®) 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. Le premier groupe modifie l'activité musculaire de l'intestin, en ralentissant le transit du contenu. Il comprend : le lopéramide 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 de médicaments 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.

S'il existe des signes extra-intestinaux de la MII, tels que l'arthrite ou l'inflammation oculaire, votre médecin abordera ces affections individuellement puisqu'il pourrait être nécessaire pour vous d'être orienté vers d'autres spécialistes. 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 MII peuvent être anémiques en raison 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 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 MII : l'induction d'une rémission, caractérisée par une absence de symptômes et d'inflammation dans la région du tractus gastro-intestinal touché par la maladie, suivie du maintien de la rémission (prévention des poussées actives).

Afin d'atteindre ces objectifs, les médecins offrent un traitement qui vise à contrôler l'inflammation persistante dans le tractus intestinal pour obtenir une atténuation des symptômes. Les traitements prennent plusieurs formes et visent différents systèmes de l'organisme. Un médecin peut prescrire n'importe lesquels des médicaments décrits ci-dessous, seuls ou en combinaison. Il faut parfois un peu de temps pour trouver la bonne combinaison puisque chaque cas de la MII est unique. Selon l'emplacement de l'affection, une combinaison de méthodes d'administration des médicaments (orale et rectale) peut aider à assurer que les médicaments atteignent tous les endroits touchés.

Acide 5-aminosalicylique (5-ASA)

Le médicament qui, depuis longtemps, obtient le plus de succès partout dans le monde pour diminuer l'inflammation dans la MII légère à modérée est le 5-ASA, qui comprend la mésalamine (Mezavant®, Mezera®, Pentasa® et Salofalk®) et l'olsalazine sodique (Dipentum®) et qui est offerte en prise orale sous forme de comprimés et de capsules. Le médicament 5-ASA est sans danger et est généralement bien toléré pour une utilisation à long terme. Selon l'emplacement de l'affection, vous devrez peut-être prendre la mésalamine (Pentasa®, Salofalk®) de façon rectale, par lavement ou sous forme de suppositoires. Mezera® est offert sous forme de lavement mousse. Au début, les patients utilisent habituellement les médicaments rectaux chaque soir et réduisent les traitements lorsque la maladie s'améliore.

Le 5-ASA aide à calmer l'inflammation aiguë et, lorsqu'il est pris à long terme (entretien), l'inflammation demeure habituellement inactive. Il est important de continuer le régime de médicaments même si vos symptômes disparaissent et que vous vous sentez bien. Selon la réponse au traitement, la thérapie d'entretien peut s'effectuer à la pleine dose initiale ou à une dose réduite et par intervalles.

Le 5-ASA en combinaison avec un antibiotique sulfamidé est offert en prise orale sous le nom de sulfasalazine (Salazopyrin®).

Corticostéroïdes

Les corticostéroïdes peuvent aider à diminuer l'inflammation à court terme. Les médicaments à prise orale comprennent la prednisone pour une MII légère à grave et le budésonide (Cortiment® pour la colite ulcéreuse; Entocort® pour la maladie de Crohn) pour une maladie légère à modérée, la prednisone ayant tendance à manifester le plus d'effets secondaires. Le budésonide à prise orale (Cortiment® et Entocort®) est offert sous deux noms de marque, le médicament étant libéré à différents endroits du tube digestif. L'hydrocortisone (Proctofoam-HC®) et le betaméthasone (Betnesol®) sont offerts en formulation rectale (lavements, mousses et suppositoires). Une nouvelle mousse rectale, le budésonide (Uceris®), et un médicament oral à base d'hydrocortisone (Auro-Hydrocortisone) sont également disponibles pour le traitement de la colite ulcéreuse.

Un médecin pourrait prescrire l'hydrocortisone (Solu-Cortef®) et la méthylprednisolone (Solu-Medrol®) à être administrées de façon intraveineuse en milieu hospitalier. Les corticostéroïdes ne devraient pas être utilisés à long terme ou pour un traitement d'entretien.

5-ASA ET CORTICOSTÉROÏDES — TRAITEMENTS ORAUX OU TRAITEMENTS RECTAUX

La plupart des médecins prescrivent une version à prise orale d'un 5-ASA ou d'un corticostéroïde, puisque c'est la méthode d'administration préférée des patients. Cependant, même si ces médicaments sont dotés d'un mécanisme de libération

spécialement conçu, ils pourraient ne pas atteindre et traiter la zone où la maladie est la plus active.

Par exemple, lorsque vous appliquez un écran solaire sur votre peau, vous devez vous assurer de couvrir toute partie exposée afin de la protéger contre les rayons du soleil. De même, lorsque vous utilisez des médicaments pour traiter l'affection présente dans votre rectum et votre côlon inférieur, vous devez vous assurer que le produit atteint toutes les zones enflammées.

Les comprimés à prise orale pourraient ne pas constituer la façon optimale d'atteindre l'extrémité du côlon, où la présence de selles — et le fait que la MII occasionne souvent de la diarrhée — pourrait réduire leur efficacité. Malheureusement, cela représente souvent la zone du côlon où une poussée active commence à se manifester. La meilleure façon d'atteindre cette zone particulière est d'administrer un médicament directement dans le rectum.

Le médicament libéré par un suppositoire s'achemine vers le haut jusqu'à environ 15 cm à partir de l'anus. Un lavage (sous forme liquide) peut se rendre plus loin, à environ 60 cm. Le patient insère habituellement ces formulations avant d'aller au lit afin que le médicament soit retenu le plus longtemps possible. Les selles ne font habituellement pas obstacle au médicament puisque la région rectale est, en général, relativement vide juste avant d'aller au lit.

Les préparations rectales sont particulièrement efficaces à traiter la défécation impérieuse et les saignements, symptômes souvent gênants. Une réponse positive se produit souvent quelques jours suivant le traitement.

ADMINISTRATION DES THÉRAPIES RECTALES

Afin d'obtenir une couverture optimale des médicaments administrés par voie rectale, il vaut mieux s'étendre sur le côté gauche. Comme vous pourrez le constater au moyen des diagrammes inclus, l'anatomie humaine n'est pas symétrique et la façon dont les organes reposent fait en sorte que l'administration des médicaments est idéale lorsque vous êtes étendu sur le côté gauche. Consultez votre pharmacien pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon d'utiliser et d'administrer correctement les thérapies rectales.

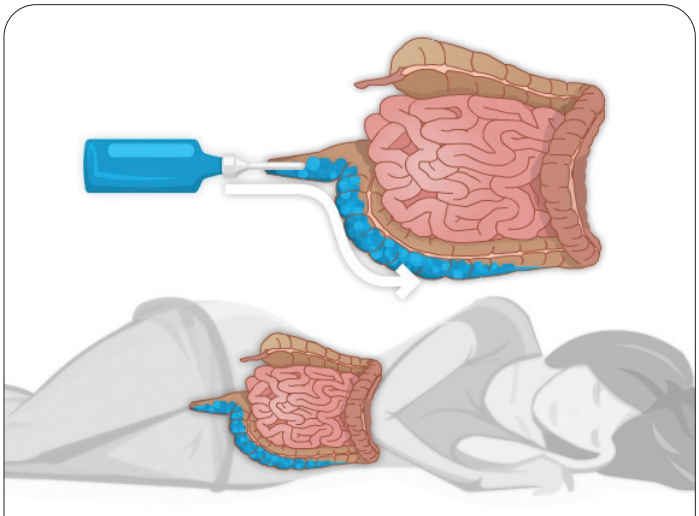


Image © Jan Kowalczewski

Étendez-vous sur le côté gauche

Agents immunossupresseurs

PETITES MOLÉCULES

Les médecins prescrivent ces médicaments pour prévenir les poussées actives de la MII et pour essayer de réduire 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 que ces médicaments fonctionnent et jusqu'à six mois pour qu'ils soient entièrement efficaces.

Il existe de nouvelles classes de médicaments qui ciblent l'inflammation. Il s'agit des inhibiteurs de Janus kinase (JAK) et des inhibiteurs de la sphingosine-1-phosphate (S1P). Les inhibiteurs de 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 pan-JAK, le tofacitinib (Xeljanz® pour la colite ulcéreuse), et un inhibiteur sélectif de JAK, l'upadacitinib (Rinvoq® pour la maladie de Crohn et pour la colite ulcéreuse).

Les inhibiteurs de S1P sont des immunomodulateurs qui agissent comme des agonistes du récepteur, séquestrant les lymphocytes dans les organes lymphoïdes périphériques et les éloignant de leurs sites d'inflammation chronique. Ils comprennent l'ozaminod (Zeposia®), qui n'est actuellement disponible que pour les personnes atteintes de colite ulcéreuse.

PRODUITS BIOLOGIQUES (GRANDES MOLÉCULES)

Les médicaments biologiques constituent une option importante dans le traitement de la MII modérée à grave. Ces produits sont des protéines spécifiquement développées qui bloquent 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 MII.

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 (en 2006 pour la colite ulcéreuse). Les médicaments biologiques ultérieurs comprennent un agent anti-FNT, l'adalimumab (Humira®), le

golimumab (Simponi® pour la colite ulcéreuse), un inhibiteur de l'intégrine alpha-4/beta-7, le vedolizumab (Entyvio®), un inhibiteur de l'IL-12/23, l'ustekinumab (Stelara®), et des inhibiteurs de l'IL-23, le risankizumab (Skyrizi® pour la maladie de Crohn) et le mirikizumab (Omvoh™ pour la colite ulcéreuse). 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™, Renflexis®), de l'adalimumab (Abrilada®, Amgevita®, Hadlima®, Hadlima® PushTouch®, Hulio®, Hyrimoz®, Idacio®, Simlandi™, Yuflyma™), et de l'ustekinumab (nom de marque en attente). 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.

Humira® (et ses biosimilaires), Entyvio®, Simponi®, Stelara®, Skyrizi® et Omvoh™ sont offerts sous forme auto-administrable sous la peau (par voie sous-cutanée). Remicade® (et ses biosimilaires), Entyvio® et Stelara® IV sont offerts par perfusion intraveineuse (IV) administrable par un professionnel de la santé. Le dosage de ces deux types de médicaments peut se produire à différents intervalles, variant en fonction du médicament et de la réponse.

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

La chirurgie peut être nécessaire chez les personnes dont la maladie est continue et active, et résiste à toutes formes de gestion médicale. Puisque les maladies inflammatoires de l'intestin sont de nature systémique, il n'y a pas que l'intestin qui est touché. Par conséquent, retirer le tissu malade, ce qui est parfois nécessaire, n'élimine pas la maladie.

Comme la colite ulcéreuse ne touche que le gros intestin, retirer cet organe élimine la maladie du tube digestif sans toutefois offrir une guérison. Retirer le côlon peut provoquer d'autres symptômes et d'autres complications. Quoiqu'il existe plusieurs variations de procédures chirurgicales, le chirurgien retire normalement le côlon en entier ou en partie (colectomie), puis passe le bout de l'intestin qui reste à travers un nouvel orifice créé chirurgicalement dans la paroi abdominale (stomie). Le patient peut y attacher un appareil détachable pour recueillir les selles. Une stomie peut être temporaire ou permanente selon la situation particulière. Consultez le site www.mauxdeventre.org pour obtenir des renseignements détaillés portant sur la vie avec une stomie.

Il existe de plus récentes techniques grâce auxquelles les chirurgiens peuvent conserver le muscle anal et créer un sac interne ou réservoir en se servant de l'intestin toujours présent de façon à ce que la vidange du contenu du sac par l'anus ressemble de plus près à la voie anatomique habituelle. Cependant, avec la perte de fonction du côlon, les selles contiennent beaucoup de liquide et sont très fréquentes. Les patients peuvent donc ressentir des symptômes gênants même à la suite d'une chirurgie. Une complication possible est la pochite, soit l'inflammation du sac chirurgicalement créé.

La maladie de Crohn a tendance à récidiver chez près de 75 % des patients, même après l'excision chirurgicale de toute maladie visible et microscopique du tube digestif. L'inflammation peut revenir des mois ou des années après et peut être présente ailleurs dans le corps. Les médecins réservent la chirurgie comme dernière solution, habituellement dans les cas où la gestion médicale a échoué ou pour les complications telles que les obstructions, les fistules et la formation d'abcès.

Une thérapie chirurgicale naissante est la transplantation intestinale, 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?

Votre médecin tentera de trouver les bons médicaments pour contrôler vos symptômes de la maladie inflammatoire de l'intestin. 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. En outre, l'inflammation non traitée occasionne non seulement les symptômes associés à la MII, mais elle peut aussi accroître votre risque de connaître des complications telles que le cancer colorectal dans le futur. 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 active, 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. Généralement, votre médecin pourra vous prescrire une préparation rectale que vous pouvez acheter et utiliser immédiatement afin de ne pas laisser votre maladie non traitée pendant que vous attendez de voir le médecin spécialiste. Toutefois, votre médecin pourrait quand même vous demander de lui signaler 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.

Lorsque vous connaissez des symptômes associés à votre maladie, la première étape consiste habituellement à passer à un traitement plus vigoureux. Demandez à votre médecin de vous expliquer vos options entre les visites. Il pourrait vous demander :

- d'augmenter la dose de votre médicament à prise orale (comprimés),
- d'utiliser une formulation rectale (suppositoire ou lavage), ou
- d'utiliser une combinaison des deux options ci-dessus.

Votre situation personnelle et votre historique influenceront les recommandations de votre médecin. Idéalement, vous devriez avoir un plan en place qui énonce comment vous pouvez procéder si vous connaissez une poussée. Cependant, si vous éprouvez des symptômes graves, vous devez immédiatement obtenir des soins médicaux, même si cela signifie une visite à la salle d'urgence de l'hôpital.

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. Si vous attendez, il y a un risque accru d'avoir besoin de médicaments dont les effets secondaires sont plus importants, tels que des 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, portant le nom d'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.

Autres types de MII

Quoique la plupart des cas de MII consistent en la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse, il en existe d'autres types. Les affections décrites ci-dessous sont des types rares de MII, certaines d'entre elles pouvant être complètement guéries.

Colite ischémique

Le terme « ischémie » fait référence à une circulation sanguine inadéquate vers une certaine partie du corps. Cet apport sanguin insuffisant signifie qu'il n'y a pas assez d'oxygène, de glucose et d'autres matières qui se rendent aux cellules afin de les garder vivantes et en état de bon fonctionnement. La colite ischémique se produit quand la réduction du flux sanguin dans le tube digestif cause de l'inflammation et des lésions, d'où l'apparition des symptômes de la MII. La colite ischémique se manifeste généralement du côté gauche de l'abdomen, où elle est extrêmement douloureuse.

La réduction du flux sanguin peut découler d'un problème lié à la circulation sanguine comme une hypotension artérielle, ou de problèmes localisés réduisant le flux sanguin autour du tube digestif, par exemple des caillots ou des vaisseaux sanguins bouchés ou rétrécis. Cependant, on ne trouve souvent aucune cause identifiable.

Cette affection est souvent traitée par nutrition intraveineuse, ce qui permet de donner une pause aux intestins et de guérir habituellement en une ou deux semaines. Dans certains cas toutefois, une chirurgie s'impose.

Colite de diversion

Il existe plusieurs raisons pouvant mener à une iléostomie ou à une colostomie, dont l'occlusion intestinale, les lésions intestinales, l'infection intestinale et le cancer colorectal. Certaines personnes atteintes de colite ulcéreuse ou de la maladie de Crohn nécessitent une stomie suivant l'ablation de tissus endommagés. Ce type de chirurgie pose de nombreux risques, l'un d'eux étant la colite de diversion. La colite de diversion disparaît souvent une fois le patient complètement guéri de la chirurgie; certains patients nécessitent toutefois un traitement anti-inflammatoire additionnel.

Entérite radique

Cette maladie est une complication de la radiothérapie, en ce sens que la radiation de la région abdominale cause l'irritation et l'inflammation de l'intestin. Les médecins prennent des précautions pour éviter l'exposition de l'intestin aux radiations, mais parfois des dommages se produisent. Bon nombre de patients soumis à la radiothérapie développent une entérite radique aiguë, laquelle est temporaire, alors que d'autres développent une entérite radique chronique qui peut durer des mois, voire des années après la radiothérapie. Les symptômes comprennent la diarrhée, les douleurs et les crampes abdominales, le saignement rectal et les nausées. Pour traiter cette affection, il faut changer l'alimentation de façon à accroître l'apport en nutriments et à permettre à l'intestin de guérir, et prendre des médicaments pour traiter la diarrhée, la douleur et l'inflammation. Si les symptômes sont graves, le patient devra peut-être cesser la radiothérapie et possiblement subir une chirurgie.

Colite microscopique (colite collagène et colite lymphocytaire)

Il existe deux types de colites microscopiques, appelées ainsi parce que l'inflammation est trop petite pour être détectée lors d'une coloscopie et que son diagnostic nécessite l'analyse microscopique d'un fragment de tissu (biopsie). Les colites microscopiques comprennent la colite collagène et la colite lymphocytaire. Il arrive fréquemment que les médecins attribuent les symptômes de la colite microscopique à d'autres maladies, telles que le syndrome de l'intestin irritable, la gastroentérite et la maladie cœliaque. Les symptômes les plus courants sont les douleurs abdominales et la diarrhée aqueuse exempte de sang. Les chercheurs croient que, dans certains cas, cette maladie pourrait être causée par la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) puisque les symptômes peuvent disparaître une fois que l'on cesse de prendre le médicament.

Nous en savons encore peu sur le développement, la progression et le traitement de ces affections. La différence clé entre la colite collagène et la colite lymphocytaire est que la colite collagène suppose un épaississement de la bande collagène sous-épithéliale, contrairement à la colite lymphocytaire. La colite lymphocytaire se présente autant chez les hommes que chez les femmes, alors que la colite collagène est plus fréquente chez les femmes : environ 90 pour cent des cas touchent des femmes typiquement âgées de 50 à 70 ans.

Le traitement consiste à cesser de prendre des AINS si le médecin croit qu'ils en seraient la cause, et dans certains cas il convient de prendre des médicaments tels que l'acide 5-aminosalicylique (5-ASA).

L'avenir

L'avenir repose sur l'éducation et la recherche. L'éducation du public et du corps médical est requise pour souligner l'importance des recherches sur la maladie inflammatoire de l'intestin. Plusieurs des domaines suivants requièrent des recherches additionnelles :

- la chimie de l'intestin normal et de l'intestin lésé;
- l'étude approfondie des changements survenant aux tissus en

présence d'inflammation;
- les facteurs génétiques;
- le rôle de la nutrition;
- les bactéries intestinales;
- l'incidence relative des maladies telle que déterminée par des enquêtes démographiques précises;
- les implications émotionnelles et psychiatriques;
- le rôle des agents infectieux;
- l'étude de la nature de la réponse inflammatoire;
- les essais cliniques sur de nouvelles formes de thérapie.

C'est dans la collaboration entre les médecins et les chercheurs s'intéressant à l'étude de ces maladies, ainsi qu'avec les patients, leur famille et leurs amis, que repose notre meilleur espoir de trouver la cause ou les causes et le remède contre la maladie inflammatoire de l'intestin. Nous vous demandons d'appuyer les initiatives éducatives et de recherche de la Société GI.

Visitez le **www.mauxdeventre.org** pour obtenir des renseignements additionnels sur la maladie inflammatoire de l'intestin. Si vous n'avez pas accès à Internet, c'est avec plaisir que nous vous enverrons les renseignements par la poste. Vous n'avez qu'à composer (sans frais) le 1-855-600-4875.

Notes :

À propos de la Société GI

À titre de chef de file canadien fournissant des renseignements fiables et fondés sur des données probantes pour tout ce qui porte sur le tractus gastro-intestinal (GI), la Société gastro-intestinale s'engage à améliorer la vie des personnes atteintes d'affections gastro-intestinales et hépatiques, à appuyer la recherche, à préconiser l'accès adéquat des patients aux soins de santé et à promouvoir la santé gastro-intestinale et la santé hépatique.

Le bulletin *Du coeur au ventre*MD, publié tous les trois mois, présente les toutes dernières actualités sur la recherche GI, les troubles et maladies GI ainsi que leurs traitements (p. ex., nutrition, médicaments) et beaucoup plus encore. Si vous êtes atteint d'un trouble digestif, vous voudrez consulter ce bulletin informatif et à jour. Abonnez-vous dès maintenant!

La Société GI, en association avec la Société canadienne de recherche intestinale, a produit cette brochure avec les conseils de professionnels de la santé affiliés. Ce document ne vise aucunement à remplacer les connaissances de votre médecin, le diagnostic qu'il a posé ni les soins qu'il vous prodigue. © Société GI 2023.

Formulaire de don/d'abonnement

Détails d'achats

☐ Mon don de_____$ est inclus (admissible pour un reçu à des fins fiscales).

☐ Les frais d'abonnement annuels de 20 $ sont inclus (International 30 $).

Total _____$

Nom (M./Mme/Mlle/Dr/Dre/Autre_____Veuillez encercler un choix)

Nom de la compagnie (facultatif)

Adresse

Ville, Province, Code postal

Numéro de téléphone Courriel

☐ Patient(e) ☐ Ami(e)/Membre de la famille ☐ Professionnel(le)

Diagnostic/Sujets d'intérêt (Cette information facultative nous aide à déterminer quels sujets pourraient vous intéresser et demeure confidentielle. Nous ne vendons jamais nos listes.)

Voulez-vous des renseignements additionnels? Veuillez indiquer les sujets qui vous intéressent.

Méthode de paiement : ☐ Visa ☐ Mastercard ☐ Chèque ci-joint*

Numéro de carte de crédit Date d'expiration

*Veuillez faire votre chèque à l'ordre de « **Société GI** »

Société gastro-intestinale
231-3665 Kingsway
Vancouver, BC V5R 5W2
Téléphone : 1-855-600-4875
Télécopieur : 1-855-875-4429
Courriel : info@mauxdeventre.org
Site Web : www.mauxdeventre.org

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 17065352RR0001