

LA MALADIE DE CROHN



DÉFINITION

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire pouvant atteindre n'importe quel segment du tube digestif **depuis la bouche jusqu'à l'anus**. C'est une maladie chronique comportant des phases d'activité (ou « poussées ») d'intensité variable alternant avec des phases de rémission plus ou moins complète et prolongée. Elle a été décrite pour la première fois en 1932 par un médecin américain : Burril B Crohn. La maladie peut intéresser simultanément ou successivement **un ou plusieurs segments du tube digestif**. Cependant elle siège le plus souvent :

- ➔ sur le gros intestin ou côlon (il s'agit alors d'une colite : le suffixe -ite désignant une inflammation),
- ➔ sur la partie terminale de l'intestin grêle ou iléon (iléite),
- ➔ ou sur les 2 segments (iléocolite).

QUELLES SONT LES DIFFÉRENCES AVEC LA RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE ?

La rectocolite hémorragique est également une maladie inflammatoire intestinale évoluant par poussées alternant avec des phases de rémission. Les signes cliniques peuvent être proches de ceux de la maladie de Crohn et il est parfois difficile, lors des premières manifestations cliniques, de savoir à laquelle des deux maladies on est confronté.

Il existe cependant une **différence essentielle** : la rectocolite hémorragique reste toujours localisée sur le rectum et le côlon.

LA MALADIE DE CROHN EST-ELLE FRÉQUENTE ?

Sa fréquence varie considérablement d'un pays à l'autre, le taux maximal se trouvant en Europe du Nord-Ouest et aux Etats-Unis. En France, la fréquence de la maladie de Crohn est variable selon les régions. Le nombre de nouveaux cas chaque année est compris entre 4 et 5 pour 100 000 habitants.

Actuellement on dénombre **150 000 personnes atteintes de la maladie de Crohn en France**.

La maladie de Crohn affecte également les 2 sexes, sans doute un peu plus souvent la femme.

Elle est souvent découverte entre 15 et 30 ans mais peut se révéler à tout âge.

QUELLE EST LA CAUSE DE LA MALADIE DE CROHN ?

Elle est encore inconnue, toutefois les recherches permettent de mieux concevoir les mécanismes en cause dans cette affection :

➔ **La maladie de Crohn n'est pas une maladie « héréditaire »** au sens propre du terme, mais il existe un facteur génétique de prédisposition à la maladie, le gène NOD2 ou CARD16 sur le chromosome 16 du génome humain. De nombreux autres gènes sont impliqués dans la maladie, et la fréquence des mutations observées n'est pas la même d'un pays à l'autre. Le risque qu'un enfant né d'un père ou d'une mère ayant une MICI ait un jour la maladie n'est que de 1 % environ.

➔ Il existe d'autre part **des anomalies du système immunitaire intestinal liées à un déséquilibre de la flore intestinale (dysbiose)**. Cette flore microbienne qu'on nomme aujourd'hui le microbiote est moins diversifiée et l'appauvrissement de certaines souches bactériennes est une des caractéristiques de la maladie de Crohn. Même si des progrès considérables ont été obtenus, dans la compréhension de l'origine de cette maladie, on ne sait pas encore très bien quel(s) facteur(s) déclenche(nt) cette réaction immunitaire anormale et ce qui modifie son évolution dans le temps.

➔ Le rôle d'un facteur alimentaire n'a jamais été confirmé. Il n'est donc pas nécessaire, dans la majorité des cas, de suivre un régime restrictif.

➔ De même, le rôle d'un agent infectieux, viral ou bactérien, spécifique de la maladie de Crohn a été souvent évoqué mais n'a jamais été prouvé. On sait par contre qu'**il ne s'agit pas d'une maladie contagieuse**.

➔ **Il ne s'agit pas non plus d'une maladie « psychosomatique »** même si des facteurs psychologiques peuvent moduler l'évolution d'une MICI, comme celle de beaucoup d'autres affections chroniques.

➔ Parmi les facteurs environnementaux **le rôle nocif du tabac** est clairement établi pour la maladie de Crohn.

COMMENT SE MANIFESTE LA MALADIE LORS D'UNE « POUSSÉE » ?

La nature des manifestations cliniques de la maladie de Crohn dépend de sa localisation sur les différents segments du tube digestif (intestin grêle, côlon, rectum, anus...). **Les principales manifestations sont intestinales** : douleurs abdominales, diarrhées avec ou sans émissions sanglantes, atteinte de la région anale (fissure*, fistule*, abcès*). Une altération de l'état général accompagne souvent les poussées : fatigue (asthénie), manque d'appétit (anorexie), amaigrissement, fièvre. Parfois certaines poussées s'accompagnent de **manifestations extra-intestinales** : articulaires (arthrites), cutanées ou oculaires.

COMMENT LE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE DE CROHN EST-IL ÉTABLI ?

Le diagnostic de maladie de Crohn repose sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques (examens complémentaires). En effet, pris isolément, aucun des examens expliqués ci-dessous ne permet de porter le diagnostic. Il n'existe aucun test permettant d'affirmer à lui seul le diagnostic.

Votre médecin vous demandera de pratiquer des examens complémentaires : une **prise de sang** à la recherche de signes d'inflammation, d'anémie ou de certains anticorps (ASCA). On utilise actuellement un dosage dans les selles : la **calprotectine fécale** qui permet de mesurer indirectement l'état inflammatoire de la muqueuse intestinale.

Des **examens radiographiques et/ou endoscopiques** seront réalisés pour préciser l'aspect et l'étendue des lésions. L'échographie dite « haute fréquence » est très utile pour visualiser l'épaisseur de la paroi intestinale.

L'intestin grêle est examiné par scanner (ou tomodynamométrie) et plus précisément par un **entéroscanner** qui est un scanner réalisé après

remplissage du grêle avec un liquide opaque ou avec de l'eau. Pour éviter l'irradiation répétée du scanner on utilise de plus en plus (sauf dans le cadre de l'urgence) l'IRM. **L'IRM** est un peu moins disponible et un peu plus coûteuse que le scanner mais elle donne des informations à peu près comparables. Pour bien voir l'intestin on demandera une **entéro IRM**.

La coloscopie permet d'examiner directement la muqueuse du côlon et de la partie terminale de l'intestin grêle, et de faire des prélèvements (biopsies) qui seront étudiés au microscope. Après préparation convenable, pour vider le côlon des selles, elle est réalisée à l'aide d'un appareil souple introduit par voie anale.

L'examen complet du grêle pourra être réalisé par une mini-caméra de la taille d'une gélule, dite **vidéo capsule**, qu'on avale par la bouche et qui stocke des images tout au long de son transit dans l'intestin.

La principale contre-indication de la vidéo capsule est l'existence d'un rétrécissement (ou sténose*) dans lequel pourrait se bloquer la capsule. Par prudence on peut faire avaler au préalable une fausse capsule de la même taille que la vraie, mais qui se délite automatiquement en 48h lorsqu'elle se bloque dans l'intestin.

DANS CERTAINS CAS, MALGRÉ LA PRATIQUE D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES, LE DIAGNOSTIC NE PEUT ÊTRE POSÉ LORS DE LA PREMIÈRE POUSSÉE. C'EST L'ÉVOLUTION QUI PERMET ALORS DE TRANCHER.

Des efforts très importants ont été réalisés pour harmoniser la façon de décrire la sévérité de la maladie. Des **scores chiffrés** (CDEIS) ont été établis pour mesurer les lésions constatées à l'endoscopie. Un score plus général intégrant les données endoscopiques et radiologiques d'atteinte intestinale a été publié (Score de Lemann).

EXISTE-T-IL DES COMPLICATIONS LIÉES À LA MALADIE ?

Des complications peuvent survenir au cours de la maladie : une poussée grave par son intensité imposant l'hospitalisation, l'arrêt de l'alimentation et un traitement par perfusions pendant quelques jours ; un rétrécissement (sténose) d'un segment intestinal pouvant aboutir à une occlusion* ; un abcès parfois source de fistule (trajet anormal partant de l'intestin malade et s'ouvrant dans un autre organe ou à la peau) ; très rarement une perforation intestinale.

LES POUSSÉES SONT-ELLES FRÉQUENTES ?

Il est impossible de prédire la fréquence des poussées. Ce n'est qu'au fil du temps que l'on peut distinguer les patients dont les poussées sont espacées de ceux qui ont des poussées plus rapprochées. Dans une étude au long cours d'une population scandinave, il a été ainsi décrit plusieurs profils évolutifs ; le plus fréquent (45% des cas) étant une poussée inaugurale relativement virulente suivie, au cours des mois et des années suivantes, de plusieurs poussées moins sévères. Une des ambitions des traitements modernes des MICI est justement de modifier leur histoire naturelle en contrôlant l'inflammation même en dehors des poussées. D'où l'importance de bien poursuivre son traitement même lorsque les symptômes ont disparu.

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS COURAMMENT UTILISÉS DANS LA MALADIE DE CROHN ?

L'origine de la maladie de Crohn demeurant inconnue, le traitement médical a pour objectif de contrôler les symptômes pour mettre fin à la poussée et de maintenir la rémission pour obtenir la cicatrisation de la muqueuse intestinale et de toute forme d'inflammation.

Les principaux médicaments utilisés sont les corticoïdes et les immunosuppresseurs. En effet, **les salicylés tels que le 5ASA** (Pentasa®, Rowasa®, Fivasa®) sont considérés aujourd'hui comme des médicaments beaucoup moins efficaces dans la maladie de Crohn que dans la RCH. Ils sont encore prescrits dans les formes légères et pour la prévention du cancer du côlon.

Les **corticoïdes classiques** (Cortancyl®, Solupred®) peuvent parfois être remplacés par un **corticoïde d'action locale** (le Budésonide) libéré au niveau de la partie terminale du grêle (iléon) et du côlon droit (Entocort® ou Mikicort®). Ces corticoïdes entraînent moins d'effets indésirables que les corticoïdes classiques et peuvent être utilisés dans les poussées légères à modérées de la maladie surtout dans l'intestin grêle ou le début du côlon.

Le traitement par les corticoïdes classiques doit être réservé aux formes plus sévères et/ou plus étendues. Il permet d'obtenir une rémission en 3 à 4 semaines dans plus de 90 % des cas. Il ne nécessite en général pas de régime sans sel sévère. Il peut s'accompagner d'effets secondaires s'il est prescrit plus de 3 mois (gonflements du visage, prise de poids, hypertension artérielle, élévation de la glycémie). Ces effets sont très variables d'un patient à l'autre et sont généralement réversibles à l'arrêt du traitement. Les corticoïdes peuvent aussi favoriser une décalcification. Il est donc recommandé de pas utiliser la cortisone à forte dose (pas plus de 0,8mg/kg) et surtout de ne pas prolonger le traitement au-delà de quelques semaines

en diminuant par paliers toutes les semaines. Sous corticoïdes, il faut prendre régulièrement du calcium et de la vitamine D pour diminuer le risque d'ostéoporose*.

Des **traitements anti-infectieux** (Flagyl®, Ciflox®) sont également utilisés en particulier lorsqu'il existe une infection (abcès) dans l'abdomen ou au niveau de l'anus.

Quand s'installe une corticodépendance, c'est-à-dire l'impossibilité de réduire les corticoïdes au-dessous d'une certaine dose « seuil » (aux alentours de 20mg/j) sans que réapparaissent les symptômes, on doit avoir recours à un **immunosuppresseur** soit par voie orale (Imurel®, Purinéthol®), soit par voie sous-cutanée (Méthotrèxate® Metoject®). Ces médicaments imposent une surveillance clinique et biologique régulière.

Les traitements dits « biologiques » sont utilisés en cas d'échec ou d'intolérance des immunosuppresseurs de première ligne et/ou en cas de corticodépendance. Il cherche, pour les principaux d'entre eux, à bloquer une molécule le TNF alpha, premier facteur produit par l'organisme au cours d'une inflammation.

Les anti-TNF sont des anticorps dirigés contre le TNF alpha :

- le Rémicade®/Inflectra®, Remsima® est administré par perfusion à l'hôpital tous les 2 mois,
- l'Humira® est utilisé en auto-injection sous cutanée à domicile tous les 15 jours.

L'association d'un anti TNF avec un immunosuppresseur classique (Imurel® ou Methotrexate®) est souvent recommandée au moins pendant les 6 premiers mois de traitement pour améliorer l'efficacité et la durée de la réponse thérapeutique. On parle alors de bithérapie ou **combothérapie**.

De nouvelles **molécules différentes des anti-TNF alpha** sont proposées lorsque les anti TNF ne sont plus efficaces :

- l'Entyvio® est administré en perfusion,
- le Stelara® est administré par perfusion à l'hôpital, puis par auto-injection sous-cutanée à domicile.

UNE INTERVENTION CHIRURGICALE EST-ELLE PARFOIS NÉCESSAIRE ?

La chirurgie est nécessaire quand le traitement médical n'est pas efficace ou quand survient une complication. L'intervention consiste en une ablation (résection) du segment d'intestin malade, suivie d'une suture des 2 portions d'intestin (anastomose). La chirurgie permet souvent d'obtenir des rémissions prolongées mais, comme le traitement médical, elle ne guérit pas définitivement la maladie. Des récurrences sont possibles en particulier chez les patients qui n'ont pas été sevrés de tabac et ceux qui n'ont pas suivi correctement un traitement médical post-opératoire.

CE QUE FAIT L'afa :

A voir :

Les fiches thématiques dédiées aux traitements qui expliquent en détail les traitements de la maladie de Crohn.

Les fiches thématiques dédiées aux différents types de chirurgie dans la maladie de Crohn et la RCH.

Toutes les fiches sont disponibles en téléchargement libre sur le site de l'afa :

<https://www.afa.asso.fr/categorie/mediatheque/fiches-thematiques.html>

Voir aussi :

<https://www.afa.asso.fr/categorie/maladie-de-crohn-rch.html>

Vous y trouverez des rubriques telles que : «Traitements», «Conseils et prévention», «Médecines complémentaires»

Les services :

La ligne MICI Infos Services du lundi au vendredi de 14h00 à 18h00 au 0811 091 623 (prix d'un appel local) ou au 01 801 821 81 depuis un téléphone mobile



MICI Connect : la plateforme d'accompagnement et d'échange de l'afa vous propose des outils pour gérer votre alimentation avec une maladie de Crohn ou une RCH. www.miciconnect.com

GLOSSAIRE

Fissure : lésion en forme de crevasse, douloureuse et aux bords relativement nets. Les bords sont nets comme une coupure, rouges ou rosés et très douloureux.

Fistule : conduit anormal faisant communiquer une cavité ou un organe avec un autre ou avec l'extérieur de l'organisme. Un liquide normal ou physiologique circule à travers la fistule.

Abcès : poche de pus formée aux dépens des tissus normaux, résultat des défenses anti-infectieuses.

Sténose : gonflement de la muqueuse intestinale conduisant au rétrécissement de l'intestin qui peut se traduire par une occlusion.

Occlusion : interruption partielle ou totale du transit intestinal.

Ostéoporose : maladie diffuse du squelette caractérisée par une diminution de la masse osseuse et des altérations de la microarchitecture de l'os, rendant le squelette fragile et augmentant le risque de fracture.

