

Maladies inflammatoires chroniques intestinales: une approche globale

juin 2009



Reviewers

Dr. Charles N. Bernstein (président, Canada)

Prof. Michael Fried (Suisse)

Drs. J.H. Krabshuis (France)

Prof. Henry Cohen (Uruguay)

Prof. R. Eliakim (Israël)

Prof. Suleiman Fedail (Soudan)

Dr. Richard Gearry (Nouvelle Zélande)

Prof. K.L. Goh (Myanmar)

Prof. Saheed Hamid (Pakistan)

Dr. Aamir Ghafor Khan (Pakistan)

Drs. A.W. LeMair (Pays Bas)

Prof. P. Malfertheiner (Allemagne)

Prof. Qin Ouyang (Chine)

Prof. J.-F. Rey (France)

Dr. Ajit Sood (Inde)

Prof. Flavio Steinwurz (Brésil)

Dr. Ole Ø. Thomsen (Danemark)

Dr. Alan Thomson (Canada)

Dr. Gillian Watermeyer (Afrique du Sud)

Prof. Jean-Jacques Gonvers (Suisse)

Table des matières

1	Introduction
2	Diagnostic des maladies inflammatoires chroniques intestinales chez les adultes
3	Evaluation des maladies inflammatoires chroniques intestinales
4	Traitement des maladies inflammatoires chroniques intestinales

1 Introduction

Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) représentent un groupe de maladies idiopathiques caractérisées par une inflammation chronique de l'intestin. Ce groupe correspond à deux grandes affections : la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH). Ces deux affections comportent des caractéristiques cliniques et pathologiques distinctes mais il existe également un certain chevauchement.

La pathogénèse des MICI n'est que partiellement connue à ce jour. Des facteurs génétiques et environnementaux tels qu'une modification de la flore bactérienne intraluminaire et une perméabilité intestinale accrue jouent un rôle dans la dérégulation de l'immunité intestinale, avec pour effet des lésions gastro-intestinales.

Incidence globale et différences Est-Ouest

Incidence de la rectocolite hémorragique (RCH):

- L'incidence de la RCH a augmenté à l'Ouest depuis la deuxième guerre mondiale; elle a tendance à se stabiliser
- Elle a augmenté dans les zones qui avaient autrefois une faible incidence (en Europe de l'Est, en Asie et dans les pays en voie de développement).

Incidence de la maladie de Crohn (MC):

- < 1 par 100,000 (mais probablement en augmentation) en Asie et en Amérique du Sud
- 1–3 par 100,000 dans le sud de l'Europe et en Afrique du Sud
- 16 par 100,000 en Nouvelle Zélande et en Australie, 14 par 100,000 au Canada
- 7 par 100,000 aux Etats-Unis (basé uniquement sur des données provenant du Comté d'Olmsted dans le Minnesota)
- La prévalence de la MC paraît être plus élevée dans les régions urbaines que dans les régions rurales et dans les classes socio-économiques plus privilégiées. La plupart des études montrent que, lorsque l'incidence commence à augmenter c'est la classe sociale la plus élevée qui est concernée mais qu'avec le temps la maladie a tendance à toucher tout le monde.

En cas de migration dans un pays développé avant l'adolescence, les individus venant de zones à faible incidence auront une incidence plus importante de MICI. Ceci est particulièrement vrai pour la première génération née dans un zone à haute incidence.

- Une des hypothèses émises pour expliquer la différence d'incidence entre les pays développés et en voie de développement est « l'hypothèse de l'hygiène ». Selon cette hypothèse les personnes qui ont été moins exposées à des infections dans l'enfance ou à des conditions sanitaires insalubres ont tendance à perdre les organismes potentiellement « bienveillants » ou qui favorisent le développement des cellules T régulatrices ; ou bien leur système immunitaire ne développe pas une réponse immune suffisamment étendue faute d'avoir été exposés à des

organismes nocifs. De telles personnes ont une incidence plus élevée de maladies immunitaires chroniques, y compris les MICI.

- Dans les pays développés, la RCH a été la première à se manifester, suivie par la MC. Dans les dernières 20 années, l'incidence de la MC a rattrapé celle de la RCH. Dans les pays en voie de développement dans lesquels les MICI sont en train de faire leur apparition, la RCH est plus fréquente que la MC. Par exemple, en Inde, il a été constaté que le rapport RCH/MC est de 8 :1 (anciennement 10 :1).
- L'incidence de MC connaît un pic dans la troisième décennie et va en diminuant avec l'âge. L'incidence de la RCH est stable, entre les troisième et septième décennies.
- Il existe une tendance ininterrompue vers une augmentation de l'incidence et de la prévalence des MICI en Asie (particulièrement dans l'Asie de l'Est). Cette tendance est également observée au Japon, un pays développé du point de vue socio-économique.
- Alors que chez les jeunes enfants, la MC se rencontre plus fréquemment chez les filles que chez les garçons, l'incidence de la MC a été plus élevée chez les garçons que chez les filles ces 10 dernières années. Il est possible qu'avec le temps nous allons voir une égalisation entre les deux sexes. Le sexe ratio est déjà de 1 :1 pour la RCH.

Différences dans les modes de présentation des MICI entre Est et Ouest

La MC se distingue de la RCH par sa localisation au côlon proximal, par son atteinte périnéale, par ses fistules, par des granulomes à l'histologie et par une atteinte de toute la paroi intestinale alors que dans la RCH l'atteinte est limitée à la muqueuse. Dans la MC, 50% des patients présentent des granulomes et 25% ont des fistules. Il faut noter que les modes de présentation de la MC et de la RCH sont tout à fait semblables dans des régions aussi différentes que l'Amérique du Nord, l'Amérique du Sud, l'Europe, l'Australie et la Nouvelle Zélande.

Il existe cependant aussi des différences. Au Pakistan, par exemple, beaucoup moins de manifestations extra-intestinales ont été rapportées pour la MC et la RCH qu'en Occident (où, si on y inclut les arthralgies, 25% de patients présentent des manifestations extra-intestinales). Au Pakistan peu de patients présentent des lésions péri-anales ou des fistules.

En Inde, par exemple, la MC se présente dix ans plus tard qu'en Occident, l'atteinte colique est plus fréquente, alors que les fistules semblent être moins fréquentes.

2 Diagnostic de la maladie inflammatoire chronique intestinale chez les adultes

Pour pouvoir poser un diagnostic de MICI il est impératif de procéder à un examen clinique complet et à une anamnèse soigneuse. Divers examens parmi lesquels prises de sang, examen des selles, endoscopie, biopsies et imagerie peuvent être utiles pour exclure d'autres origines à la symptomatologie et pour confirmer le diagnostic.

Anamnèse clinique

- Rechercher les symptômes—diarrhées (sang, mucus), douleurs abdominales, vomissements, perte de poids, manifestations extra-intestinales, fistules, maladie péri-anale (dans la MC), fièvre.
- Demander au patient si un ou plusieurs des symptômes actuels se sont présentés dans le passé (il n'est pas rare que des poussées de la maladie se sont déjà produites mais n'ont pas été diagnostiquées dans le passé).
- Durée des plaintes actuelles, réveils nocturnes, congés maladie ou perturbation des activités sociales habituelles.
- Interroger le patient au sujet de possibles manifestations extra-intestinales— parmi lesquelles les arthrites, les inflammations oculaires, les maladies de la peau, l'ostéoporose et les fractures, la maladie veineuse thrombo-embolique.
- Identifier d'éventuels troubles de l'humeur.
- Problèmes de santé récents ou dans le passé—infections intestinales.
- Anamnèse de tuberculose (TB) et contacts connus avec des patients souffrant de TB.
- Voyages.
- Traitement médicamenteux—antibiotiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Antécédents familiaux (MICI, maladie coeliaque, cancer colorectal).
- Tabagisme.

Symptomatologie

Les MICI sont des maladies chroniques intermittentes. Les symptômes peuvent varier de légers à sévères pendant les rechutes et peuvent disparaître ou diminuer pendant les rémissions. En général, les symptômes dépendent du segment de l'intestin atteint.

Symptômes en relation avec une atteinte inflammatoire du tractus digestif

- Diarrhée
 - Selles avec mucus ou sang
 - Diarrhée nocturne
 - Incontinence fécale
- Constipation
 - Peut être un symptôme primaire dans la RCH limitée au rectum (proctite)
 - Jusqu'à une constipation sévère avec absence de passage de gaz, dans les cas d'obstruction intestinale
- Douleurs ou rectorragie lors de la défécation
- Urgences défécatoires sévères
- Ténésmes
- Crampes et douleurs abdominales
 - Fréquemment dans le quadrant inférieur droit dans la MC, ou autour de l'ombilic, dans le quadrant inférieur gauche dans la RCH modérée ou sévère
- Nausées et vomissements peuvent survenir, mais plutôt dans la MC que dans la RCH

Symptômes généraux associés dans certains cas à la RCH et la MC:

- Fièvre
- Anorexie
- Perte de poids
- Fatigue
- Sudations nocturnes
- Retard de croissance
- Aménorrhée primaire

Complications

Les complications intestinales comprennent :

- Hémorragie: saignement abondant provenant des ulcères dans la RCH. Saignement moins habituel dans la MC. Dans la MC, un saignement massif est le plus souvent lié à des ulcérations iléales plutôt qu'à une colite.
 - 5–10% des patients avec MC présentent des ulcères de l'estomac ou du duodénum.
 - Une atteinte de l'intestin grêle proximal est plus fréquente chez les enfants.
- Perforation intestinale.
- Dans la MC, présence d'abcès intra-abdominaux.
- Sténose et obstruction (le rétrécissement de l'intestin peut découler d'une inflammation aiguë avec œdème, ou d'une fibrose chronique).
 - Les sténoses rencontrées dans la MC sont souvent de nature inflammatoire.
 - Les sténoses inflammatoires peuvent répondre à un traitement médical.
 - Les sténoses cicatricielles peuvent nécessiter une intervention endoscopique ou chirurgicale pour lever l'obstruction.
 - Dans la RCH, les sténoses coliques doivent être considérées comme malignes jusqu'à preuve du contraire.
- Fistules et maladie péri-anale :
 - Caractéristiques de la MC.
 - En cas de non-réponse à un traitement médical intensif ou en cas de développement d'abcès, une intervention chirurgicale est indiquée.
 - Risque accru de récurrence.
 - Certaines fistules simples peuvent faire l'objet d'une intervention chirurgicale si un traitement médical n'est pas accessible.
 - Les fistules en direction des voies urinaires ou du vagin ne sont pas rares et peuvent conduire à une pneumaturie ou à une fécalurie ou au passage d'air par le vagin. Il peut en résulter une infection urinaire ou une inflammation de la sphère gynécologique.
- Mégacôlon toxique :
 - Complication relativement rare, potentiellement mortelle de la colite (se caractérise par une dilatation du côlon diagnostiquée par une radiographie de l'abdomen sans préparation. Nécessite un traitement médical agressif et une intervention chirurgicale d'urgence en cas de non-réponse dans les 24h (plus fréquent dans la RCH que dans la MC).
- Cancer:
 - Augmentation significative du risque de cancer colique 8 ans après le diagnostic dans la RCH ; il existe également un tel risque dans la MC si une partie importante du côlon est touchée. Le risque croît en relation avec la

durée de la maladie, du début de la maladie à un jeune âge et s'il existe des antécédents familiaux de cancer colorectal sporadique.

- Dans la RCH, la cholangite sclérosante primitive (CSP) est également associée à un risque accru de développer un cholangiocarcinome et un cancer colorectal. L'incidence de la CSP est également augmentée dans la MC, bien qu'elle soit plus fréquente dans la RCH.
- Dans la MC de l'intestin grêle, il existe un risque accru de développer un adénocarcinome du grêle, mais ceci est rare.

Complications extra-intestinales:

- Frappent jusqu'à 25% des patients souffrant de MICI. 15-20% souffrent d'arthralgies, tandis que les autres patients présentent une maladie inflammatoire touchant un autre système. Certaines complications peuvent précéder un diagnostic de la MICI et certaines peuvent connaître une évolution indépendante de celle de MICI (la colectomie dans le cadre de la RCH n'affecte pas l'évolution de la spondylite ankylosante ou celle de la CSP même si pour beaucoup de patients les arthralgies reflètent le degré d'activité de l'affection intestinale).
- Peuvent faire partie des complications extra-intestinales :
 - Une arthrite, la complication la plus fréquente.
 - D'autres complications extra-intestinales, telles la spondylite ankylosante, le pyoderma gangrenosum, l'érythème noueux, l'iritis, l'uvéite, l'épisclérite et la cholangite sclérosante primitive (CSP).
 - Les patients peuvent présenter de multiples complications extra-intestinales.
 - Une ostéoporose, une maladie thrombo-embolique et des épisodes artériels ischémiques sont tous plus fréquemment rencontrés dans le cadre des MICI que dans la population générale.
 - Les troubles de l'humeur, tels anxiété et dépression, sont plus souvent rencontrés chez les patients souffrant de MICI.
 - La complication hépatique la plus fréquente est probablement la stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD).
 - Une néphrolithiase et des calculs biliaires dans la MC.

Examen clinique

- Général:
 - Aspect général
 - Pâleur
 - Cachexie
 - Ongles en verre de montre
 - Etat de nutrition
 - Fréquence cardiaque et tension artérielle
 - Température corporelle
 - Poids et grandeur
- Abdomen :
 - Présence d'une masse
 - Distension abdominale
 - Sensibilité, douleur à la détente, défense
 - Bruits intestinaux (obstruction)
 - Hépatomégalie
 - Cicatrices opératoires

- Région périanale :
 - Marisques
 - Fissures
 - Fistules
 - Abcès
 - Toucher rectal (recherche d'une éventuelle sténose anale, d'une masse rectale)
- Examen de la bouche, des yeux, de la peau et des articulations
 - Aphtes
 - Arthrite
 - Uvéite, épisclérite
 - Erythème noueux
 - Pyoderma gangrenosum
 - Syndrome de Sweet (dermatite neutrophile aiguë)
 - Cholangite sclérosante primitive (manifestation de la maladie hépatique chronique)
 - Maladie osseuse métabolique

Examens de laboratoire

- Examen des selles :
 - Examens de routine des selles et cultures afin d'éliminer une origine bactérienne, virale ou parasitaire des diarrhées
 - Recherche de *Clostridium difficile* (même sans prise d'antibiotique antérieure)
 - Recherche de sang ou de leucocytes dans les selles. Chez un patient sans antécédent de sang dans les selles, la présence de sang occulte peut renforcer l'indication à une endoscopie digestive basse. Ces examens ne sont que rarement indiqués lorsque la coloscopie est facilement accessible.
 - Recherche de cytomégalovirus (CMV) chez les patients sous immunosuppresseurs ou sous traitement chronique de stéroïdes
 - Calprotectine, lactoferrine, α 1-antitrypsine*

* NB: Ces examens ne s'utilisent que peu dans les pays en voie de développement, mais davantage dans les pays développés avec un accès limité à la coloscopie; les examens peuvent être utilisés efficacement pour distinguer les patients qui ont un faible risque d'avoir une inflammation intestinale. Ils peuvent également être utilisés dans le suivi de patients chez lesquels on a diagnostiqué une MICI pour identifier les signes de reprise de l'activité inflammatoire. Ils sont mentionnés ici en raison de leur capacité d'exclure une inflammation intestinale, plutôt qu'en raison de leur utilisation potentielle comme outil de diagnostic.

- Examens sanguins :
 - Formule sanguine complète (FSC)
 - Vitesse de sédimentation, protéine C-réactive et orosomucoïde ; il n'existe qu'une corrélation imparfaite avec l'inflammation et le degré d'activité de la maladie.
 - Electrolytes et albumine, ferritine (marqueur potentiel de problèmes d'absorption ou de spoliation), calcium, magnésium, vitamine B₁₂.
 - Ferritine sanguine : peut être élevé dans les MICI actives mais peut être dans les normes même en présence d'une carence sévère de fer. La saturation de la transferrine peut également être déterminée dans le cadre de l'évaluation

- d'une anémie. Le dosage du récepteur soluble de la transferrine (sTfR) (si disponible) représente le meilleur test mais il est coûteux.
- Cobalamine sanguine abaissée (peut être un marqueur d'une malabsorption).
 - Enzymes et fonction hépatiques (INR), bilirubine, albumine.
 - Sérologie pour VIH.
 - Anticorps anticytoplasme des polynucléaires (p-ANCA) et anticorps anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) dans des cas de MICI non classifiables.
 - Un antigène p-ANCA positif et des tests ASCA négatifs peuvent évoquer une RCH.
 - Un antigène p-ANCA négatif et des tests ASCA positifs peuvent évoquer une MC.
 - Ces tests ne sont pas nécessaires comme tests de dépistage, en particulier si une endoscopie ou une imagerie radiologique sont prévues pour mieux préciser le diagnostic. L'antigène p-ANCA peut s'avérer positif dans une colite de Crohn et n'est donc pas utile pour distinguer entre une MC d'une RCH en présence d'une colite non classifiable. Les ASCA sont plus spécifiques de la MC.
 - Une sérologie pour maladie coeliaque devrait être pratiquée sauf si le tableau clinique comprend des caractéristiques cliniques atypiques pour une maladie coeliaque, telles fistules, maladie périanale et sang dans les selles.
 - Pour exclure une tuberculose intestinale (dans les régions de haute probabilité pré-test)
 - Test à la tuberculine (Mantoux) (dans certains pays tels le Brésil, le Mantoux est considéré comme positif en présence d'une induration de >10 mm ; tandis qu'aux Etats-Unis il est considéré comme positif pour une valeur de >5 mm.
 - Détermination des taux sériques anti-PPD.
 - Test de détection de la production de Gamma-interféron (QuantiFERON-TB, T-spot-TB) dépistent la présence de lymphocytes T- sensibilisés à des antigènes spécifiques de la TB.

Imagerie et endoscopie

- Radiographie de l'abdomen sans préparation
 - Peut permettre de détecter une colite et dans certains cas, juger de son extension
 - A utiliser quand il existe une suspicion d'obstruction ou de perforation
 - Peut permettre d'exclure un mégacôlon toxique
- Lavement baryté à double contraste/transit baryté du grêle
 - Pas recommandés dans les cas sévères
 - Le transit baryté du grêle est toujours largement utilisé pour évaluer le grêle distal
 - Le lavement baryté peut être utile dans les régions sans accès à l'endoscopie, ou lorsque la coloscopie a été incomplète, ou encore pour juger de la longueur d'une sténose
- Sigmoidoscopie, coloscopie :
 - Recherche d'ulcères, d'inflammation, de saignement, de sténose
 - Biopsies multiples du côlon et de l'iléon terminal
 - Dans les cas de colites fulminantes ou sévères la coloscopie peut être limitée en raison d'un risque accru de perforation

- En cas de non-réponse au traitement conventionnel ; ces examens peuvent être utilisés pour exclure une infection à CMV si le patient est sous un traitement immunosuppresseur chronique, ou une infection à *C. difficile* si l'examen des selles est douteux
- Recherche de dysplasie par coloscopie après 8 ans d'évolution dans la RCH ou dans la colite de Crohn
- Endoscopie digestive haute :
 - En présence de symptômes digestifs hauts (nausées, vomissements, douleurs épigastriques). Presque de routine chez les enfants où une atteinte digestive haute est plus fréquente dans la MC
- Scanner (CT), ultrasonographie, résonance magnétique, y compris entéro-scanner (entéro-CT), entéro-IRM
 - Peuvent être utiles pour déterminer l'étendue et la sévérité de la maladie et pour rechercher une perforation dans la MC. L'ultrasonographie et l'IRM sont préférées au CT, étant donné que les patients sont souvent jeunes et auront très probablement besoin d'examens répétés dans le temps.
- Capsule endoscopique: peut être utile chez les patients avec une suspicion de MC et chez lesquels les premières investigations ont été négatives.
- Entéroscopie « poussée » (push enteroscopy), entéroscopie à double ballonnet
 - Pour évaluer une affection du grêle si celle-ci est hautement suspecte et dans le cas où tous les autres examens sont négatifs
 - Peut être utile pour atteindre des sténoses du grêle afin de permettre une dilatation par ballon.
- Cholangiopancréatographie par résonance magnétique (CPRM) ou cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) s'il existe une suspicion de cholestase
- Densitométrie osseuse (ostéodensitométrie, absorptiométrie biphotonique (DEXA) pour évaluer la densité osseuse dans des cas sélectionnés
- Radiographie pulmonaire afin d'exclure une tuberculose pulmonaire et afin de rechercher de l'air libre sous les coupes diaphragmatiques en cas de perforation.

NB: il est important de veiller à diminuer au maximum la radiologie conventionnelle vu le risque potentiel de lésions malignes induites par les radiations.

Stratégie diagnostique : MICI

Algorithme 1 : Choix en fonction des moyens à disposition

Moyens à disposition limités :

1. Examen clinique
2. Examens des selles pour recherche d'une infection, de sang occulte, de leucocytes
3. Formule sanguine complète, albumine sérique
4. Tests pour VIH et TB dans les populations à haut risque
5. Sigmoidoscopie à l'instrument flexible ou coloscopie, si à disposition
6. Si les examens endoscopiques ne sont pas à disposition, mais qu'il est possible d'effectuer des examens radiologiques, effectuer un transit baryté du grêle et un lavement baryté.

Moyens supplémentaires à disposition :

1. Examen clinique
2. Examen des selles à la recherche d'une infection
3. Examens des selles pour recherche de sang occulte, de leucocytes (ces examens ne sont pas nécessaires si la coloscopie est à disposition)
4. Formule sanguine complète, albumine sérique, ferritine sérique, protéine C-réactive (PCR)
5. Tests pour VIH et TB dans les populations à haut risque
6. Sigmoidoscopie à l'instrument flexible ou coloscopie, si à disposition
7. Si les examens endoscopiques ne sont pas à disposition, mais qu'il est possible d'effectuer des examens radiologiques, effectuer un transit baryté du grêle et un lavement baryté
8. Ultrasonographie abdominale
9. Scanner abdominal

Moyens à disposition non limités :

1. Examen clinique
2. Examen des selles à la recherche d'une infection
3. Formule sanguine complète, albumine sérique, ferritine sérique, PCR
4. Tests pour VIH et TB dans les populations à haut risque
5. Coloscopie
6. Ultrasonographie abdominale
7. IRM abdominale plutôt qu'un CT abdominal, vu l'absence d'irradiation
8. Dans les régions à haute prévalence de tuberculose, effectuer une culture pour TB pendant une endoscopie basse.
9. Transit baryté du grêle en cas de suspicion d'une atteinte du grêle
10. Lavement baryté en cas de suspicion de fistule colique non mise en évidence par CT ou MRI ou si la coloscopie a été incomplète
11. Capsule endoscopique si le diagnostic de MC n'est toujours pas clair

3 Evaluation

Critères diagnostiques

Tableau 1 Diagnostic de la rectocolite hémorragique (RCH) et de la maladie de Crohn (MC)

Diagnostic	RCH	MC
Suspecté	Présence de manifestations cliniques typiques : des investigations complémentaires sont nécessaires	
Suggéré	Présence de manifestations cliniques + imagerie positive ou aspect endoscopique compatible	
Éliminer	<ul style="list-style-type: none"> • Schistosomiase • Amibiase • Tuberculose intestinale (TB) • Colite ischémique • Colite post-actinique • MC colique 	<ul style="list-style-type: none"> • Infections intestinales chroniques (TB du grêle, amibiase, yersiniose) • Lymphogranulome vénérien • Actinomycose • Lymphome intestinal • Diverticulite chronique • Colite ischémique • Maladie de Behçet • RCH • Entéropathie aux AINS
Certain	Diagnostic suggéré + autres causes éliminées + histologie typique des fragments prélevés. Dans les régions à haute prévalence de TB : cultures pour TB négatives (biopsie ou intestin réséqué)	

Tableau 2 Critères diagnostiques de l'OMS pour la maladie de Crohn

Critères	Cliniques	Radiologiques	Endoscopiques	Biopsies	Pièces de résection
Lésions discontinues ou segmentaires		+	+		+
Aspect en pave ou ulcères longitudinaux		+	+		+
Inflammation transmurale	+	+		+	+
Granulomes non caséeux				+	+
Fissures et fistules	+	+			+
Lésions péri-anales	+				

Tableau 3 Score d'activité de la recto-colite hémorragique (adapté de Truelove and Witts, *Journal of Crohn's and Colitis* 2008;2:1–23)

	Légère	Modérée	Sévère
Nombre de selles sanglantes/jour	< 4	4 ou plus <i>si</i>	≥ 6 <i>et</i>
Pouls	< 90/min	≤ 90/min	> 90/min <i>ou</i>
Température	< 37.5 °C	≤ 37.8 °C	> 37.8 °C <i>ou</i>
Hémoglobine	> 11.5 g/dL	≥ 10.5 g/dL	< 10.5 g/dL <i>ou</i>
VS	< 20 mm/h	≤ 30 mm/h	> 30 mm/h <i>ou</i>
<i>Ou</i> PCR	Normale	≤ 30 mg/L	> 30 mg/L

PCR, protéine C-réactive; VS, vitesse de sédimentation.

Tableau 4 Score d'activité de Sutherland pour la colite ulcéreuse (nécessite une sigmoïdoscopie ou une coloscopie). (Source: Sutherland et al., *Gastroenterology* 1987;92:1894–8)

Score	0	1	2	3
Fréquence des selles	Normale	1–2 x/jour en plus du nombre habituel	3–4 x/jour en plus du nombre habituel	5 x/jour en plus du nombre habituel
Saignement par le rectum	Aucun	Traces	Manifeste	Principalement du sang
Aspect de la muqueuse	Normal	Légère friabilité	Friabilité modérée	Exsudation, saignement spontané
Evaluation par le médecin	Normal	Maladie légère	Maladie modérée	Maladie sévère

Total du score d'activité (= somme des sous-scores): score 2 : rémission; score 3–5 : activité légère; score 6–10 : activité modérée; score 11–12 : activité sévère.

Tableau 5 Score d'activité simplifié de Harvey–Bradshaw pour la maladie de Crohn (Lancet 1980;i:514)

Score	0	1	2	3	4
Bien-être général	Bon	Moyen	Médiocre	Mauvais	Très mauvais
Douleurs abdominales	Absentes	Légères	Modérées	Sévères	
Diarrhée	1 point pour chaque selle liquide par jour				
Masse abdominale	Absente	Douteuse	Certaine	Certaine, avec défense	
Complications	1 point pour chaque item présent : arthralgies, uvéite, érythème noueux, pyoderma gangrenosum, aphtes, fissure anale, nouvelle fistule ou abcès				

Total du score d'activité (= somme des sous-scores): score ≤ 4 : rémission; score 5–8 : maladie modérément active; score ≥ 9 : activité marquée.

Comment faire la différence entre RCH et MC

Tableau 6 Caractéristique permettant de faire la différence entre la rectocolite hémorragique (RCH) et la maladie de Crohn (MC)

	Caractéristiques typiques de la RCH	Caractéristiques typiques de la MC
Cliniques	Diarrhées fréquentes de petit volume, avec besoins impérieux En général, diarrhées sanglantes	Diarrhées accompagnées de douleurs abdominales et de malnutrition Stomatite Masse abdominale Lésions péri-anales
Endoscopiques et radiologiques	Inflammation colique superficielle diffuse Atteinte du rectum mais peut être inégale Erosions et ulcères superficiels Saignement spontané	Lésions asymétriques transmurales Principalement atteinte de l'iléon et du côlon droit Aspect pavimenteux Ulcères longitudinaux Fissures profondes
Histopathologiques	Inflammation diffuse de la muqueuse ou de la sous-	Inflammation granulomateuse

	Caractéristiques typiques de la RCH	Caractéristiques typiques de la MC
	muqueuse	
	Déformation de l'architecture des cryptes	Fissures ou ulcères aphtoïdes présents ; inflammation transmurale fréquente
Marqueurs sérologiques	Anticorps anticytoplasme des polynucléaires	Anticorps anti- <i>Saccharomyces cerevisiae</i>

Eléments diagnostiques à considérer

- Après une première attaque le patient devrait être suivi pendant 3 à 6 mois si les caractéristiques cliniques, radiologiques, endoscopiques ou histopathologiques sont absentes
- Instaurer un traitement pour TB et observer l'effet thérapeutique chez les patients chez lesquels il est difficile de faire la distinction entre MC et TB intestinale.
- Une inflammation diffuse à la coloscopie et des cultures de selles négatives ne suffisent pas pour pouvoir poser un diagnostic de RCH. Un tel diagnostic requiert des changements chroniques dans le temps (par exemple, 6 mois, en l'absence d'autres diagnostics) et des signes d'inflammation chronique à l'histologie
- Il est nécessaire d'instaurer une surveillance pour le cancer colorectal chez les patients avec une RCH ou une colite de Crohn évoluant depuis longtemps.

Diagnostic différentiel

Tableau 7 Principaux diagnostics différentiels pour la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn

	RCH	MC
Diagnostics différentiels principaux	Colite aiguë auto-limitée (ASLC)	TB intestinale
	Colite amibienne	Maladie de Behçet
	Schistosomiatose	RCH
	MC	Entéropathie aux AINS
	Cancer colorectal	Syndrome de l'intestin irritable (SII)
	Syndrome de l'intestin irritable (SII) (s'il existe des signes inflammatoires, ce n'est pas un SII)	Maladie coeliaque
	TB intestinale	
Autres diagnostics différentiels	Entéropathie aux AINS	
	Colite infectieuse, colite ischémique, colite post-actinique, purpura de Henoch-Schönlein, colite collagène ou lymphocytaire, maladie de Behçet, colite compliquée par VIH	Colite ischémique, colite microscopique, colite post-actinique, colite de diversion, diverticulite chronique, entéropathie médicamenteuse (p. ex. AINS), entérite à éosinophiles, lymphome intestinal, cancer colorectal

MC, maladie de Crohn; VIH, virus de l'immunodéficience humaine; SII, syndrome de l'intestin irritable; AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens; TB, tuberculose; RCH, rectocolite hémorragique.

MICI et tuberculose intestinale

- Il est impératif d'exclure une tuberculose intestinale avant de poser un diagnostic de MICI.
- L'hypothèse d'une association causale entre *Mycobacterium paratuberculosis* et MICI n'a pas été prouvée.
- Dans les populations à haut risque, un traitement antituberculeux d'épreuve est justifié s'il n'a pas été possible d'exclure une TB, et les stéroïdes doivent être arrêtés.
- La séquence de symptômes dans la TB est la suivante : fièvre, douleurs abdominales, diarrhée ; dans la MC la séquence est la suivante : douleurs abdominales, diarrhée et fièvre (cette dernière est souvent absente).
- En ce qui concerne le diagnostic différentiel entre TB et MC, l'évaluation de la TB est continue tandis que la MC connaît des rémissions et des récives.
- Une ascite et une hépatosplénomégalie peuvent être présentes dans une TB, toutes deux sont inhabituelles dans la MC.

Tableau 8 Diagnostic différentiel entre tuberculose et maladie de Crohn

Caractéristiques	TB	CD
Cliniques	Antécédents de TB ou TB actuelle	Fistules
	Contact avec la TB	Abcès de la paroi intestinale
	Moins fréquemment fistules, abcès abdominaux, ou atteinte de la région péri-anale	Atteinte anale et périrectale
	RX thorax anormale (pas toujours)	Selles sanguinolentes
Endoscopiques		Perforation intestinale
		Récidive après résection intestinale
	Ulcères superficiels irréguliers, transverses sans distribution segmentaire prédominante	Peut mimer les modifications rencontrées dans la TB
	Pseudopolypes	Caractéristiques moins fréquentes dans la TB intestinale (favorisant ainsi le diagnostic de MC) :
	Caecum > iléon	— Ulcération longitudinale
	Atteinte de la valve iléo-caecale (béance)	— Aspect de pavé
	— Ulcération aphtoïde	
	— Iléon > caecum	
	— Valve iléo-caecale peut être sténosée ou ulcérée	

Caractéristiques	TB	CD
Histopathologiques	Gros granulomes, denses, confluents	Granulomes non caséeux (nécrose peut être retrouvée dans $\leq 50\%$ des cas)
	Granulomes sous muqueux	
	Nécrose caséuse et sténose de la sous-muqueuse	
	Présence de caseum dans la paroi intestinale et dans les ganglions lymphatiques mésentériques	
	Bacilles acide-alcool-résistants (BAAR)	
	Inflammation sous muqueuse disproportionnée	
	Ulcères bordés d'agrégats d'histocytes épithélioïdes	
Examens spécifiques	Test d'amplification génique par réaction en chaîne par polymérase (PCR)	
	Culture pour BK	
	Mantoux	
	Détermination du taux sérique anti-PPD	
	Test de détection de la production de IFN- γ	
	RX thorax pour TB pulmonaire	
	ASCA et p-ANCA n'ont aucune valeur pour distinguer TB et MC	
Scanner, résonance magnétique, ultrasonographie	Caecum > iléon	Iléon > caecum
	Epaississement asymétrique	Epaississement symétrique
	Ascite	Mésentère épaissi, adipeux et oedémateux
	Petits ganglions péri-caecaux	Ganglions mésentériques de 3-8 mm
	Ganglions mésentériques >1 cm avec calcification et atténuation centrale	Projections digitiformes de mésentère épaissi qui s'étendent à la surface de la séreuse
	Mésentère adipeux inhabituel	

ASCA, antigène anti-*Saccharomyces cerevisiae*; MC, maladie de Crohn; VIC, valvule iléo-caecale; IFN- γ , Gamma-interféron; p-ANCA, anticorps anticytoplasme des polynucléaires; PPD, « purified protein derivative » (test de Mantoux); TB, tuberculose.

4 Traitement des MICI

Introduction

Il est impératif de fournir au patient des explications sur la maladie et de lui fournir une information individuelle. Une participation active du patient dans la prise de décision est à encourager.

La prise en charge des MICI requiert souvent, pour contrôler la maladie, un traitement à long terme avec une combinaison de médicaments. Les médecins devraient être au courant des possibles interactions et des effets secondaires des médicaments. Une intervention chirurgicale s'avère souvent nécessaire et il est important qu'une collaboration étroite soit établie entre chirurgien et médecin afin d'optimiser le traitement du patient.

La prise en charge des MICI devrait se baser sur :

- RCH vs. MC (ceci est cependant d'une importance moindre au début de la prise en charge)
- Localisation de l'atteinte et son phénotype
- Sévérité
- Complications
- Réponse symptomatique individuelle
- Tolérance à la prise en charge médicale
- Accès du patient aux possibilités diagnostiques et thérapeutiques
- Evolution antérieure de la maladie et sa durée, ainsi que le nombre de rechutes sur une période d'une année.

Les objectifs du traitement sont:

- D'améliorer et de conserver le bien-être général du patient (avec optimisation de la qualité de vie subjective)
- De traiter la maladie aiguë
 - En éliminant les symptômes et en réduisant au minimum les effets secondaires et les effets négatifs à long terme.
 - En réduisant l'inflammation intestinale et en obtenant, si possible, une guérison de la muqueuse
- De maintenir des rémissions sans utilisation de stéroïdes (en diminuant la fréquence et la sévérité des rechutes et la dépendance aux stéroïdes)
- De prévenir les complications, les hospitalisations et le recours à la chirurgie
- De maintenir un bon état nutritionnel

Régime et style de vie :

- L'impact du régime alimentaire sur l'activité inflammatoire de la RCH et de la MC est mal connu, mais des modifications diététiques peuvent contribuer à une diminution de la symptomatologie :
 - Il est souhaitable de diminuer l'apport en fibres alimentaires pendant les poussées de la maladie. La prise de produits laitiers peut être maintenue sauf en cas d'intolérance
 - Un régime pauvre en résidus peut aider à diminuer la fréquence des selles

- Un régime riche en résidus peut être indiqué dans la proctite ulcéreuse (affection limitée au rectum où la constipation, plus que la diarrhée, est un problème)
- Il n'existe que peu de données suggérant qu'une réduction des oligosaccharides, des disaccharides et des monosaccharides fermentables et les polyols (édulcorants) diminue les symptômes dans les MICI
- Des modifications hygiéno-diététiques et dans le style de vie peuvent conduire à une diminution de l'inflammation dans la MC :
 - Un régime liquidien, une diète élémentaire ou le jeûne peuvent contribuer à diminuer les symptômes obstructifs. Une alimentation uniquement entérale peut calmer la maladie inflammatoire, en particulier chez les enfants
 - Cesser de fumer est bénéfique aux patients souffrant de MC quant à l'évolution de leur maladie. Cesser de fumer est également bénéfique d'un point de vue santé générale aux patients souffrant de RCH (un arrêt de la fumée peut provoquer des poussées de RCH)
- Une diminution et une meilleure gestion du stress peuvent conduire à une amélioration des symptômes ou à une meilleure gestion de la maladie par les patients. Un soutien par un psychologue/psychiatre peut être utile et il est impératif de prêter attention à une comorbidité psychiatrique.

Traitements pharmacologiques des MICI

- Aminosalicylés—anti-inflammatoires
 - Comprennent:
 - Acide 5-aminosalicylique (5-ASA), mésalazine
 - Médicament disponible aux Etats-Unis et en Europe de l'Ouest pour la prise orale : sulfasalazine, mésalamine, olsalazine, balsalazide et par voie rectale : mésalamine (sous forme de lavements, de mousse) ou de suppositoire
 - Sont utiles pour traiter les poussées de colite et pour maintenir la rémission
 - Aminosalicylés pour le traitement de la RCH pendant la rémission :
 - 5-ASA sous forme orale ou rectale
 - Traitement combiné de 5-ASA per os et par voie rectale
 - 5-ASA par voie rectale est supérieur aux stéroïdes par voie rectale
 - Dans la MC, la sulfasalazine est surtout efficace dans les atteintes coliques
 - Les patients sous traitement de sulfasalazine devront également recevoir de l'acide folique
 - Il est important d'utiliser des doses adéquats : 2.0-4.8 g/jour pour la maladie active, ≥ 2 g/jour comme traitement d'entretien
- Corticostéroïdes (stéroïdes):
 - Suppriment généralement efficacement l'inflammation et produisent un soulagement rapide des symptômes
 - Sont indiqués dans les MICI pour les poussées aiguës qui ne répondent pas à des doses adéquats de 5-ASA
 - Ne jouent pas de rôle dans le maintien de la rémission
 - Les effets secondaires en limitent l'utilisation à long terme
 - La voie d'administration dépend de la localisation et de la sévérité de la maladie
 - Intraveineuse (méthylprednisolone, hydrocortisone)
 - Orale (prednisone, prednisolone, budésonide, dexaméthasone)

- Rectale (lavement, mousse, suppositoire)
- Immunomodulateurs
 - Comprennent:
 - Thiopurines: 6-mercaptopurine (6-MP) et azathioprine (AZA) pour le traitement de la RCH et de la MC
 - Inhibiteurs de la calcineurine : ciclosporine A dans la RCH ou tacrolimus dans la MC.
 - Méthotrexate (MTX) dans la MC et dans la RCH (bien qu'il n'existe pas de données dans la RCH, l'expérience clinique suggère que cela vaut la peine de l'essayer car c'est un remède peu coûteux et qui est peut-être plus facilement disponible dans les pays où les anti-TNF ne le sont pas)
 - La réponse aux thiopurines et au MTX est assez lente (2-3 mois) alors qu'elle est rapide (<1 semaine) avec la ciclosporine
 - Ne conviennent pas pour le traitement des poussées aiguës (à l'exception de la ciclosporine dans la RCH aiguë sévère)
 - Peut être utilisés pour ou être efficaces :
 - Pour réduire ou supprimer la dépendance aux corticostéroïdes dans les MICI
 - Chez quelques patients sélectionnés avec MICI lorsque les aminosalicylés et les corticostéroïdes se sont révélés inefficaces ou seulement partiellement efficaces
 - Pour maintenir la rémission dans la MC et dans la RCH après échec d'un traitement avec les aminosalicylés
 - Comme traitement primaire des fistules
 - Comme traitement alternatif lors d'une rechute de la MC après traitement de stéroïdes
 - En cas de dépendance aux stéroïdes pour maintenir la rémission et supprimer les stéroïdes
 - Avant d'instaurer un traitement par AZA ou 6-MP, une mesure de l'activité de la thiopurine méthyltransférase (TPMT) ou l'étude du génotype de la TPMT peut être utile pour déterminer les doses à utiliser. Si les taux de TPMT sont trop bas les risques sont trop grands et ces médicaments ne doivent pas être utilisés. Lorsque la mesure de l'activité de la TPMT n'est pas possible, il faut effectuer une FSC à 2 semaines, 4 semaines et toutes les 4 semaines par la suite. Une mesure de la FSC est indiquée tous les mois, même lorsque le dosage de la TPMT ou l'étude du génotype de la TPMT sont disponibles
 - Les inhibiteurs de la calcineurine sont à réserver à des situations particulières:
 - L'utilisation de la ciclosporine se limite presque exclusivement à la RCH sévère
 - L'utilisation du tacrolimus se limite presque exclusivement à la MC quand tous les autres traitements reconnus ont échoué
 - Un traitement par les inhibiteurs de la calcineurine doit être interrompu dans les six mois pour limiter la néphrotoxicité ; dans ce cas, d'autres immunosuppresseurs, tels AZA, 6-MP ou MTX, devront être instaurés si un traitement de ciclosporine est envisagé
 - Le taux de colectomie est élevé 12 mois après instauration d'un traitement de ciclosporine

- Après un traitement i.v. de ciclosporine, il est recommandé de passer à un traitement per os dès qu'une réponse clinique a été observée, ou alors ajouter 6-MP, AZA ou MTX
- Anticorps dirigés contre les facteurs de nécrose des tumeurs (anti-TNF α) (mais pas comme traitement de première ligne) :
 - Infliximab, Adalimumab et Certolizumab ont été acceptés par la FDA aux Etats-Unis pour le traitement d'une MC modérée à sévère lorsqu'aucune réponse suffisante n'est observée avec les traitements standards
 - L'infliximab s'utilise comme traitement de secours dans la RCH sévère réfractaire aux stéroïdes
 - Il existe un risque accru de réactivation d'une TB latente ou d'une hépatite B, qui sont endémiques dans de nombreux pays en voie de développement
 - La durée de l'effet d'une perfusion d'infliximab est d'à peu près 8 semaines ; une administration du médicament à intervalles réguliers entraîne un meilleur taux de rémission qu'un traitement épisodique. En cas de réponse sous optimale, la dose peut être augmentée de 5 mg/kg à 10 mg/kg, ou bien l'intervalle entre les doses peut être raccourci. L'adalimumab et le certolizumab sont administrés par voie sous cutanée toutes les 2 et 4 semaines respectivement. Pour l'adalimumab, on peut augmenter la fréquence des injections à une injection par semaine en cas de réponse sous optimale
 - L'association avec un immunosuppresseur est contestée, étant donné les résultats contradictoires des études SONIC et COMMIT. Dans les services à faibles ressources, un traitement d'entretien à intervalles réguliers demeure un rêve et un traitement épisodique représente actuellement la seule possibilité (avec le risque inhérent d'apparition d'anticorps). L'AZA devrait, si possible, être administré de façon concomitante, ce qui diminuerait l'apparition des anticorps et améliorerait l'efficacité (comme rapporté dans l'étude SONIC)
 - L'infliximab est le seul traitement qui a fait ses preuves dans le traitement des fistules, selon des études randomisées, contrôlées et possédant une puissance suffisante
 - Le risque de développement d'un lymphome est très faible, mais demeure une source d'inquiétude. Le risque de développer d'autres cancers peut être augmenté
 - Le risque de développer des infections, mineures ou sérieuses, demeure préoccupant
 - Si un traitement échoue ou si le patient ne supporte plus un anti-TNF, un autre anti-TNF peut s'avérer efficace.
- Antibiotiques:
 - Le métronidazole et la ciprofloxacine sont les antibiotiques les plus utilisés dans le traitement de la MC
 - Peuvent être utilisés pour traiter les complications de la MC (maladie péri-anale, fistules, masse inflammatoire, prolifération bactérienne dans le cadre de sténoses intestinales)
 - Il n'existe aucune étude randomisée contrôlée qui démontre l'efficacité du métronidazole et/ou de la ciprofloxacine dans le traitement des fistules péri-anales, mais ces médicaments représentent typiquement un traitement de première ligne

- Il existe un risque accru de développer une affection à *Clostridium difficile* et une recherche de *C. difficile* et d'autres pathogènes devrait être effectuée chez les patients présentant un épisode de diarrhée aiguë
- Il n'existe pas de données qui montrent qu'un traitement d'antibiotiques est efficace dans la RCH, mais ceux-ci sont utilisés dans la colite fulminante.
- Probiotiques:
 - Des modifications de la flore intestinale peuvent être à l'origine ou aggraver une MICI
 - Beaucoup de patients utilisent les probiotiques, mais il n'existe pas de preuves qu'ils sont efficaces dans la RCH ou la MC
 - Il existe quelques études qui suggèrent qu'*Escherichia coli* Nissle 1917 n'est pas moins bon que le 5-ASA, mais le taux de réponse dans ces études était bas. VSL#3, un produit combinant 8 probiotiques, a été montré efficace pour diminuer les poussées de pouchite (inflammation de la poche iléo-anale dans la RCH) dans trois études italiennes
- Traitements expérimentaux :
 - Dans la RCH : molécules anti-adhésion, anticytokines, protéines anti-inflammatoires
 - Dans la MC: molécules anti-adhésion, anticytokines, traitement dirigé contre les molécules d'activation des cellules T, cellules souches mésenchymales
- Traitements symptomatiques et suppléments
 - Anti-diarrhéiques tels le loperamide (Imodium) si la colite n'est pas fulminante ; choléstyramine si le patient a subi une résection iléale
 - Analgésiques tels le paracétamol, voire codéine si le paracétamol ne suffit pas
 - Suppléments nutritionnels pour les patients souffrant de malnutrition ou pendant les périodes d'alimentation orale déficiente
 - Apport de Vit B₁₂ en cas de carence
 - Suppléments de vitamine D si l'endroit où vit le patient ne permet pas une exposition au soleil pendant une bonne partie de l'année
 - Suppléments de vitamine D et de Calcium de routine chez les patients traités par les stéroïdes
 - Suppléments multivitaminés de routine pour tous les patients
 - En présence d'une anémie ferriprive chronique, on administrera le fer par voie parentérale (soit sous forme d'injections intramusculaires hebdomadaires ou sous forme intraveineuse) si la prise orale de fer n'est pas tolérée.

Différents formes de la maladie et traitements médicamenteux

Tableau 9 Synthèse des différents formes de la maladie et du traitement médicamenteux

	RCH distale	RCH étendue	MC
Légère	5-ASA par voie rectale ou per os Stéroïdes par voie rectale	5-ASA topique et per os	Pour atteinte colique seule : sulfasalazine ou autre 5-ASA Métrondazole ou ciprofloxacine pour maladie péri-anale Budésonide pour

	RCH distale	RCH étendue	MC
			maladie iléale et/ou du côlon droit
Modérée	5-ASA par voie rectale ou per os Stéroïdes par voie rectale	5-ASA topique et per os	Stéroïdes oraux AZA ou 6-MP MTX Anti-TNF
Sévère	5-ASA par voie rectale ou per os Stéroïdes per os ou i.v. Stéroïdes par voie rectale	Stéroïdes i.v. Ciclosporine i.v. Infliximab i.v.	Stéroïdes per os ou i.v. MTX s.c. ou i.m. Infliximab i.v. Adalimumab s.c. Certolizumab s.c.
Réfractaire	Stéroïdes per os ou i.v. + AZA ou 6-MP	Stéroïdes per os ou i.v. + AZA ou 6-MP ou infliximab ou ciclosporine	Infliximab i.v. Adalimumab s.c. Certolizumab s.c.
Rémission	5-ASA per os ou par voie rectale AZA ou 6-MP per os	5-ASA per os AZA ou 6-MP per os	AZA ou 6-MP ou MTX
Péri-anale			Antibiotiques oraux AZA ou 6-MP Infliximab i.v.

5-ASA, dérivés de l'acide 5-aminosalicylique; 6-MP, 6-mercaptopurine; AZA, azathioprine; i.m., intramusculaire; i.v., intraveineux; MTX, méthotrexate; s.c., sous cutané; TNF, tumor necrosis factor.

NB: Budésonide uniquement pour les atteintes modérées de l'iléon et/ou du côlon proximal.

Interventions chirurgicales

Les patients souffrant de MICI peuvent avoir besoin d'une hospitalisation pour une intervention chirurgicale ou pour une maladie réfractaire au traitement médicamenteux—ceci représente au moins la moitié des coûts attribuables aux MICI.

Interventions chirurgicales dans la MC

- 70–75% des patients souffrant de la MC auront besoin d'une intervention chirurgicale à un moment ou à un autre, afin de soulager les symptômes si le traitement médicamenteux a échoué ou afin de traiter les complications
- La chirurgie ne guérit que rarement la MC ; les rechutes sont fréquentes après une intervention chirurgicale
- La chirurgie peut cependant amener une rémission de longue durée chez certains patients souffrant de MC

- Les différentes interventions comprennent :
 - Le drainage d'abcès
 - La résection segmentaire
 - La stricturoplastie qui épargne le grêle
 - La confection d'une anastomose iléorectale ou iléocolique
 - Une iléostomie ou une colostomie temporaire dans les cas de fistules péri-anales sévères.

Interventions chirurgicales dans la RCH

- 25–30% des patients souffrant d'une RCH pourront avoir besoin d'une intervention chirurgicale lorsque le traitement médical n'est pas totalement efficace ou en présence de dysplasies
- Une résection chirurgicale est considérée comme curative dans la RCH
- Les différentes options chirurgicales comprennent :
 - L'iléostomie temporaire
 - La proctocolectomie totale plus iléostomie définitive
 - La confection d'une anastomose iléo-anale avec poche pelvienne.

Interventions chirurgicales et traitements médicamenteux

- Corticostéroïdes: diminuer graduellement la dose afin d'éviter les complications chirurgicales
 - Corticostéroïdes depuis <1 mois : peuvent être arrêtés d'un coup après l'intervention chirurgicale
 - Corticostéroïdes (≥ 20 mg/jour) depuis 1-3 mois : réduire la dose journalière de 5 mg chaque semaine suivant la chirurgie
 - Corticostéroïdes depuis 3–6 mois: réduire la dose journalière de 2.5 mg chaque semaine
 - Corticostéroïdes depuis >6 mois : réduire lentement la dose journalière de ≤ 1 mg par semaine une fois la dose de 10 mg/jour atteinte
 - Dans la mesure que possible il faudrait essayer de diminuer la dose de stéroïdes avant une intervention chirurgicale. Une dose de prednisone de >30 mg/jour avant l'intervention est associée à des résultats opératoires beaucoup moins bons
- Azathioprine: pas de risque augmenté dans une situation périopératoire
- Traitement périopératoire d'anti-TNF avec infliximab, adalimumab ou certolizumab
 - Comporte un risque accru de devoir procéder à une colectomie d'urgence dans la colite aiguë sévère
 - Pas de risque accru dans la MC
- Traitement de fond de la MC en postopératoire avec 5-ASA per os ou 6-MP/AZA afin de réduire la fréquence et la sévérité des récurrences. Les données suggèrent que le métronidazole est le médicament de choix pour le traitement de maintien—il est peu coûteux et peut être le médicament de choix dans les pays à faibles ressources (même si son efficacité est limitée par les effets secondaires tels dysgueusie et neuropathie). Par contre, les données concernant le 5-ASA manquent de solidité et par ailleurs ce médicament est plus cher.
- Il faut souligner la nécessité d'arrêter de fumer—mesure la plus efficace que peuvent prendre les patients pour diminuer le risque de récurrence.

Stratégies thérapeutiques dans le traitement des MICI

Algorithme 2—Traitement de la RCH

Choix en fonction des moyens à disposition

Niveau 1—Moyens à disposition limités

1. Dans les régions endémiques et lorsque l'accès aux méthodes de diagnostic est limité, introduire un traitement anti-amibien.
2. Dans les régions endémiques pour la TB, envisager un traitement anti-TB pendant un mois et juger de la réponse au traitement.
3. Instaurer un traitement de sulfasalazine (médicament le moins cher) pour tous les cas de colite légère à modérée et pour le maintien de la rémission. Différentes préparations de mésalazine sont à disposition : Asacol 800 mg, Lialda (Etats-Unis) ou Mezavant (Europe) comprimés de 1200 mg et Pentasa sachets de 2 g. Les doses plus élevées peuvent faciliter la compliance, sans effets secondaires dus au sulfamidé.
4. Lavements de stéroïdes pour la maladie colique distale.
5. Prednisone per os pour les maladies modérées à sévère (la maladie aiguë sévère nécessite des stéroïdes i.v.).
6. Lorsqu'une colite aiguë sévère ne répond pas aux stéroïdes i.v. ou si le patient souffre d'une colite chronique résistante ou dépendante des stéroïdes, il faut penser à effectuer une colectomie. Cette décision thérapeutique devrait être prise rapidement dans le cas d'une colite ulcéreuse aiguë sévère. Utiliser pour cela les critères d'Oxford ou de Suède au jour 3 d'un traitement par stéroïdes i.v.
7. Il faut impérativement rechercher le CMV dans les cas réfractaires.
8. 5-ASA si la rémission ne peut être maintenue. Azathioprine dans le cas d'une dépendance aux stéroïdes. Au cas où l'azathioprine n'est pas disponible ou en cas d'intolérance à l'azathioprine, envisager un traitement de méthotrexate.

*Les lavements de stéroïdes peuvent parfois être confectionnés avec des produits localement disponibles, parfois à moindres frais.

Niveau 2—ressources à disposition :

1. Traiter la TB et les parasites si c'est le 1er diagnostic.
2. Utiliser la sulfasalazine pour des cas légers à modérés.
3. Asacol comprimés de 800 mg, Lialda/Mezavant comprimés de 1200 mg, Pentasa sachets de 2 g sont maintenant à disposition et peuvent contribuer à faciliter la compliance, sans effets secondaires dus au sulfamidé.
4. Lavements ou suppositoires de 5-ASA en cas de maladie distale. Peuvent être utilisés pour le maintien de la rémission dans les cas de maladie distale en lieu et place de 5-ASA per os. Les lavements de stéroïdes représentent également une option pour le traitement de la maladie distale, mais sont peu adaptés pour le maintien de la rémission.
5. Un traitement combiné de 5-ASA per os et par voie rectale peut s'avérer plus efficace dans la maladie distale active ou même en cas de pancolite active.

6. En cas de récurrence sous traitement de 5-ASA, envisager l'azathioprine ou 6-MP ; en cas d'échec de l'azathioprine, envisager le méthotrexate.

Niveau 3—Si les moyens à disposition ne sont pas limités :

1. Envisager d'utiliser la ciclosporine dans la colite aiguë sévère.
2. Envisager d'utiliser l'infliximab dans la colite aiguë sévère ou dans la colite modérément sévère dépendante ou résistante aux stéroïdes.
3. Azathioprine ou 6-MP.

* En Chine, quelques remèdes traditionnels chinois sont considérés comme utiles comme alternative dans le traitement de l'anémie. Ils ne sont pas utilisés en Occident. Parmi les remèdes chinois proposés : poudre d'indigo naturel, poudre pour le traitement des affections de la gorge (poudre *xilei*), Yunnan blanc, ou des prescriptions orales telles décoctions d'anémone pulsatile ainsi que quelques composants utilisés dans la médecine chinoise, tels que racine d'anémone pulsatile, racine de *Coptis*, écorce de l'érable de l'Amur, racine de skullcap de Baikal et curcumin.

*Algorithme 3—Traitements de la MC**

Niveau 1—Moyens à disposition limités :

1. Dans les régions endémiques et quand il n'y a qu'un accès limité aux moyens diagnostiques, administrer un traitement anti-amibien.
2. Dans les régions endémiques pour la TB, envisager un traitement anti-TB d'un mois et juger de la réponse au traitement.
3. Sulfasalazine (traitement le moins cher) pour toutes les colites légères à modérées et pour le maintien de la rémission.
4. Lavements de stéroïdes* pour la maladie colique distale.
5. Essai de métronidazole pour la maladie iléocolique ou colique.
6. Prednisone per os pour la maladie modérée à sévère.
7. Envisager une intervention chirurgicale en cas d'atteinte d'un court segment de l'intestin grêle.
8. Azathioprine ou méthotrexate.
9. Métronidazole en postopératoire pour le maintien de la rémission.

* Les lavements de stéroïdes peuvent parfois être confectionnés avec des produits localement disponibles, parfois à un moindre coût.

Niveau 2—Moyens supplémentaires à disposition

1. Traiter la TB et les parasites si c'est le 1^{er} diagnostic.
2. Salazopyrine pour les formes légères à modérées de MC.
3. Le budésonide peut être utilisé pour les atteintes iléales et iléocoliques (côlon droit) légères.
4. En l'absence de rémission après un traitement de stéroïdes considérer un traitement d'azathioprine (ou de 6-MP) ; en cas d'échec de l'azathioprine envisager le méthotrexate.

Niveau 3—Moyens à disposition non limités :

1. Un traitement d'infliximab, d'adalimumab ou de certolizumab peut être envisagé pour les maladies modérées à sévères cortico-dépendantes ou cortico-résistantes.
2. Les immunosuppresseurs tels 6-MP, azathioprine peuvent également être très utiles dans le traitement des fistules de la MC.
3. Le tacrolimus peut être envisagé en cas d'échec des anti-TNF.

* En Chine, quelques remèdes traditionnels chinois sont considérés comme utiles comme alternative dans le traitement de l'anémie. Ils ne sont pas utilisés en Occident. Parmi les remèdes chinois proposés : poudre d'indigo naturel, poudre pour le traitement des affections de la gorge (poudre *xilei*), Yunnan blanc, ou des prescriptions orales telles décoctions d'anémone pulsatile ainsi que quelques composants utilisés dans la médecine chinoise, tels que racine d'anémone pulsatile, racine de *Coptis*, écorce de l'érable de l'Amur, racine de skullcap de Baikal et curcumin.

*Algorithme 4—fistules périanales**Niveau 1—Moyens à disposition limités*

1. Métronidazole.
 - 1a. Intervention chirurgicale en cas d'abcès.
2. Ciprofloxacine.
3. Traitement combiné de métronidazole et de ciprofloxacine. Ces antibiotiques peuvent être utilisés pour le maintien de la fermeture d'une fistule si le patient les tolère à long terme.
4. Une intervention chirurgicale devrait se discuter rapidement et si un traitement d'entretien à long terme par antibiotiques est nécessaire.

Niveau 2—Moyens supplémentaires à disposition

1. Métronidazole.
 - 1a. Intervention chirurgicale en cas d'abcès.
2. Ciprofloxacine.
3. Traitement combiné de métronidazole et de ciprofloxacine. Ces antibiotiques peuvent être utilisés pour le maintien de la fermeture d'une fistule si le patient les tolère à long terme.
4. Une intervention chirurgicale devrait se discuter rapidement et si un traitement d'entretien d'antibiotiques est nécessaire.
5. AZA/6-MP pour le maintien de la fermeture d'une fistule.

Niveau 3—Moyens à disposition non limités :

1. Métronidazole.
 - 1a. Intervention chirurgicale en cas d'abcès.
2. Ciprofloxacine.

3. Traitement combiné de métronidazole et ciprofloxacine. Ces antibiotiques peuvent être utilisés pour le maintien de la fermeture d'une fistule si le patient les tolère à long terme.
4. Une intervention chirurgicale devrait se discuter rapidement et si un traitement d'antibiotiques à long terme est nécessaire, en particulier s'il s'agit d'une fistule simple.
5. Azathioprine/6-MP pour le maintien de la fermeture de la fistule.
6. Infliximab.
7. Adalimumab en cas d'échec de l'infliximab ou comme alternative à l'infliximab.
8. Intervention chirurgicale pour les fistules compliquées.