

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Quels repères en 2015 ?

Mots clés :
Maladie inflammatoire de l'intestin [IBD].

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) regroupent la maladie de Crohn (MC) et la recto-colite hémorragique (RCH), caractérisées toutes deux par une inflammation de la paroi d'une partie du tube digestif. Elles entraînent un handicap fonctionnel majeur et un retentissement important sur la qualité de vie. Leur cause reste inconnue, multifactorielle, leur évolution variable, parfois accompagnée de complications sévères, sans traitement curatif actuel. Des synthèses et études apportent des éléments de compréhension¹⁻⁸.

Une répartition très hétérogène

Les MICI peuvent se révéler à tout âge, le plus souvent entre 20 et 30 ans. Plus fréquentes dans les pays développés l'incidence et la prévalence augmentent régulièrement : 10 nouveaux cas en France/100 000 hab/an¹, 15% chez des enfants. Les données du registre EPIMAD² sur 571 patients du Nord de la France ont montré sur 5 ans une progression de l'incidence globale de 7,3 à 9,6/100 000 habitants soit une augmentation de 120% et 170% respectivement pour la MC et la RCH. Chez des migrants le risque de MICI rejoint celui de la population d'accueil, d'où un rôle possible de facteurs environnementaux: pollution, hygiène, alimentation, antibiotiques, appendicectomies, tabac, sans qu'aucune étude ne permette de le confirmer^{1,3}.

Plusieurs critères diagnostiques

Cliniques : douleurs abdominales et diarrhée parfois sanglantes prédominantes, fissures ou fistules de la région anale, parfois associées à de la fièvre, des signes cutanés, articulaires, hépatiques ou oculaires. Dans 20% des cas, l'intensité des troubles peut imposer un arrêt de l'alimentation et une hospitalisation. Au cours de l'évolution peuvent survenir des sténoses, abcès, fistules ou occlusions intestinales. Le risque de cancer du côlon est doublé après 10 ans d'évolution¹.

Biologiques : la calprotectine fécale, hors nomenclature (HN), en présence de signes cliniques et biologiques évocateurs d'inflammation (anémie, CRP, leucocytose, bilan hépatique, créatinine, état nutritionnel), est, au seuil de 50µg/g, un élément différentiel d'un syndrome fonctionnel du côlon irritable. Dans une méta-analyse de 13 études (670 adultes et 371 enfants) sensibilité et spécificité étaient respectivement de 0,93 (0,85-0,97) et 0,96 (0,79-0,99), avec une spécificité moindre chez l'enfant et l'adolescent : 0,76 (0,62-0,86 ; p=0,048). Le dosage de la calprotectine a permis de réduire de 67% le nombre d'endoscopies avec 6% de faux négatifs, chez l'adulte et 9% chez l'enfant⁴.

L'étude simultanée des ASCA (*ac anti-Saccharomyces cerevisiae*, HN) et pANCA (*ac antineutrophiles*

cytoplasmiques périmucléaires) aide à différencier RCH et MC^{5,6}.

Endoscopie : une iléo-coloscopie et une œsogastroscolopie avec biopsies permettent de caractériser les lésions : discontinues à prédominance iléale et sténoses fréquentes dans la MC ; continues sans atteinte iléale et rares sténoses dans la RCH.

Imagerie : entéro-scanner, entéro-IRM, vidéo capsule endoscopique peuvent aider au diagnostic dans des cas difficiles^{5,6}.

Il n'y a pas de traitement curatif des MICI

La thérapeutique a pour objectif un contrôle durable de la pathologie et le maintien de la qualité de vie.

Traitement de crise. Amino salicylates (5-ASA) en 1^{ère} intention. Les effets indésirables (10 à 45%) sont dose dépendants (nausées, épigastralgies, diarrhée, pancréatites, *Stevens Johnson*)³.

Corticostéroïdes, en cas d'échec des 5-ASA, avec 50% de risques d'effets systémiques parfois sévères dans des traitements dépassant 12 semaines : ostéoporose, ostéonécrose de la tête fémorale, myopathies, cataracte^{1,3}.

Traitement de fond. Immunomodulateurs efficaces dans le maintien des rémissions (MC et RCH). Sur 83 patients après 3,5 ans de traitement par *azathioprine* (AZA) et poursuite pendant 18 mois de l'AZA vs placebo, les taux de rechutes étaient respectivement de 21 et 8% (p=0,0195)³.

Biothérapies anti TNF-α dans les formes sévères et résistantes : *infliximab* ou *adalimumab* pour la MC, *infliximab* seulement dans la RCH^{1,5,6}. Il n'y a pas de consensus sur la durée du traitement, adapté au cas par cas, ni sur le maintien de l'efficacité à long terme⁷.

L'alimentation n'influe pas sur le cours de la maladie. Des suppléments (fer, acide folique, zinc) voire une alimentation parentérale peuvent être nécessaires à la demande^{5,6}.

Chirurgie. En dehors de contextes d'urgence, une chirurgie électorale selon l'étendue et la diversité des lésions est réservée aux malades résistant à un traitement médical bien conduit.

Quelles perspectives pour la pratique ?

Beaucoup d'inconnues entourent les MICI, pathologies complexes invalidantes. Aucun test ne peut seul confirmer le diagnostic. Il n'existe à ce jour pas de traitement curatif. Les études sur le long cours ont montré que **20% des patients ne répondent pas aux anti TNF-α et qu'après un an un patient sur deux échappe au traitement.**

En dehors de la possibilité d'anti inflammatoires 5-ASA plus puissants, des recherches sont en cours concernant les thérapies cellulaires qui pourraient freiner l'inflammation et moduler l'immunité. Le développement d'un vaccin induisant la production par le patient lui-même d'anticorps anti TNF-α pourrait être une solution d'avenir.

Références

- INSERM. Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Mai 2011.
- Registre des Maladies Inflammatoires Chroniques du Tube Digestif (EPIMAD). <http://www3.univ-lille2.fr/epiweb/travaux/epimad/>
- Carter MJ et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2004;53(Suppl V):v1-v16.
- Van Rhee PF, Van de Vijver E, Fidler V. Faecal calprotectin for screening of patients with suspected inflammatory bowel disease: diagnostic meta-analysis. *BMJ*. 2010;341:c3369.
- HAS. Maladie de Crohn. Guide affection de longue durée. Mai 2008.
- HAS. Rectocolite hémorragique évolutive. Guide affection de longue durée. Mai 2008.
- Kalla R et al. Crohn's disease. *BMJ*. 2014;349:g6670. doi: 10.1136.