



INFORMATIONS pour le patient

MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) désignent collectivement la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn.

Une maladie inflammatoire chronique de l'intestin a souvent des répercussions importantes sur la vie quotidienne. En particulier lors d'une poussée de la maladie, lorsque de nombreux symptômes se manifestent, mais aussi lorsque la maladie est latente.

Cette brochure contient des informations et des conseils utiles, pour vous-même et pour votre entourage, afin de faire face à votre diagnostic et à ses conséquences.

Équipe IBD de l'UZ Brussel

Dr L. Vandermeulen

Mme M. Barbaraci et Mme M. De Wolf, infirmières

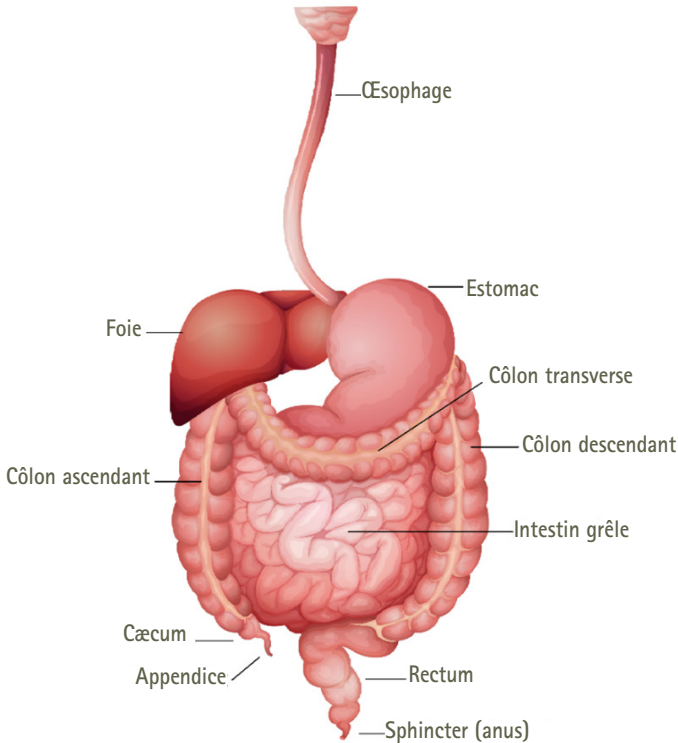


Universitair
Ziekenhuis
Brussel





ANATOMIE DE L'INTESTIN



MALADIE DE CROHN ET RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE

La maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique (aussi appelée colite ulcéreuse ou rectocolite ulcéro-hémorragique) sont deux inflammations chroniques de l'intestin.

En anglais, le terme IBD (Inflammatory Bowel Disease) est utilisé.

Une maladie chronique est une maladie qui, une fois qu'elle s'est développée, ne disparaît plus, telle que le diabète ou l'hypertension. L'évolution d'une MICI peut être très variable et aller de très grave à très légère. Un traitement permanent est généralement la règle.

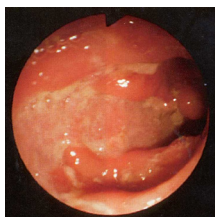
Un état inflammatoire apparaît lorsque l'organisme réagit aux dégâts provoqués aux tissus du corps (à la suite d'une infection ou d'une blessure, par exemple). L'organisme se défend, ce qui provoque des symptômes supplémentaires tels qu'un gonflement, une rougeur, une douleur et de la fièvre. Une fois que l'infection a disparu, le corps répare les dégâts (avec ou sans cicatrices) et les symptômes disparaissent.

Une maladie inflammatoire de l'intestin touche l'intérieur de l'intestin. L'inflammation se déclenche sans cause nette. Un gonflement apparaît, mais souvent aussi des ulcères et des

hémorragies. Les périodes d'inflammation et d'ulcération alternent avec des périodes de rétablissement spontané et de formation de cicatrices.



intestin normal



Maladie de Crohn



Rectocolite
hémorragique

QUAND LA MALADIE APPARAÎT-ELLE ET COMMENT ÉVOLUE-T-ELLE ?

La maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique apparaissent principalement entre 15 à 30 ans, mais elles peuvent toucher des personnes de tous âges.

Environ 15 personnes sur 100 000 sont diagnostiquées chaque année, mais ce chiffre augmente progressivement. Selon les estimations, environ 30 000 personnes sont atteintes d'une MICI en Belgique.

Les périodes d'activité de la maladie (poussées) alternent généralement avec des périodes de latence (rémission).

COMMENT LE DIAGNOSTIC EST-IL ÉTABLI ?

La distinction entre une inflammation ordinaire de l'intestin, provoquée par des virus ou des bactéries et qui guérit seule, et une maladie inflammatoire de l'intestin est parfois difficile à établir. En particulier si vous n'avez qu'une diarrhée et que vous ne présentez pas d'autres symptômes.

L'interrogatoire, l'examen physique et des examens complémentaires sont importants pour établir un diagnostic.

Les examens suivants sont généralement prévus dès le début :

- analyse sanguine et analyse des selles ;
- examen du côlon (coloscopie) ;
- examen de l'intestin grêle (IRM, scanner ou, plus rarement, transit du grêle).

QUELLE EN EST LA CAUSE ?

La cause de la maladie est inconnue à l'heure actuelle, probablement parce que de nombreux facteurs entrent en jeu de manière simultanée. Ainsi, l'alimentation, les infections et la flore intestinale joueraient un rôle et un facteur génétique serait impliqué.

Les anomalies génétiques sont présentes à la naissance. Les gènes déterminent à quoi ressemblera notre corps et comment il fonctionnera. Les personnes atteintes d'une MICI sont

porteuses d'anomalies génétiques qui les rendent sensibles au développement des MICI. On ignore toutefois pourquoi ces gènes deviennent soudain actifs.

Les anomalies génétiques qui ont déjà été découvertes chez les patients atteints d'une MICI concernent notamment des gènes qui interviennent dans le système immunitaire, c'est-à-dire les défenses de notre organisme.

Le système immunitaire s'active lorsque des tissus du corps sont endommagés, par exemple à la suite d'une blessure, de la présence d'un corps étranger ou d'une attaque par des virus ou des bactéries.

Pour se défendre, le corps déclenche une réaction immunitaire en produisant deux types de cytokines (protéines). Des cytokines qui stimulent l'inflammation sont d'abord produites. Plus tard, une fois que l'inflammation est sous contrôle, un deuxième type de cytokines, qui arrête l'inflammation et déclenche la guérison, avec ou sans formation de cicatrices, est produit.

Chez les patients atteints d'une MICI, la réaction immunitaire dans les intestins est perturbée. L'inflammation se déclenche sans cause démontrable. La réaction est anormale, car l'équilibre entre les deux types de cytokines n'est pas atteint.

L'inflammation et l'atteinte du tissu intestinal sain durent donc plus longtemps et la phase de guérison est insuffisante ou débute tardivement, voire pas du tout (la maladie devient chronique).

Les médicaments destinés à traiter les MICI visent généralement à arrêter cette réaction inflammatoire incontrôlée.

QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE LA MALADIE DE CROHN ET LA RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE ?

La grande différence entre les deux maladies est principalement la localisation et la gravité des lésions.

La maladie de Crohn touche principalement le côlon et la dernière partie de l'intestin grêle. Les lésions peuvent toutefois s'étendre à l'ensemble du tube digestif, depuis la bouche jusqu'à l'anus. Elles sont souvent profondes et peuvent traverser la paroi intestinale, créant ainsi des abcès et des fistules.

Une fistule est une connexion anormale entre deux organes et/ou parties du corps, par exemple entre l'intestin et la peau, entre l'intestin et la vessie, entre deux parties de l'intestin ou entre l'intestin et le vagin.

La rectocolite hémorragique débute au niveau de l'anus et reste toujours limitée au côlon. L'atteinte de la paroi intestinale est moins profonde, de sorte qu'il n'existe pas de risque d'abcès ni de fistule.

Poser le diagnostic correct s'avère particulièrement difficile si les lésions sont présentes uniquement dans le côlon. Un examen microscopique permet parfois d'obtenir une réponse, mais dans certains cas, il faut attendre afin de voir comment la maladie évolue pour faire la différence entre la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique.

QUELS SONT LES SYMPTÔMES ?

Les symptômes peuvent être très différents, mais la diarrhée, les douleurs abdominales, la perte de poids et la fièvre sont les plus fréquents dans les deux maladies. Une anémie à la suite de l'inflammation et/ou des hémorragies intestinales est également fréquente.

Les symptômes hors de l'intestin provoqués par la maladie sont moins fréquents. Ils sont appelés atteintes extra-digestives. Il s'agit, notamment, de douleurs articulaires, de lésions cutanées spécifiques (érythème noueux, pyoderma gangrenosum) et de certaines inflammations oculaires.

COMMENT CETTE MALADIE EST-ELLE TRAITÉE ?

Il existe deux types de médicaments destinés à traiter les MICI :

1. Les médicaments ayant un effet immédiat, qui améliorent l'inflammation et les symptômes lors de la phase aiguë. Leur administration est parfois arrêtée dès que la maladie est sous contrôle.
2. Les médicaments qui préviennent le risque de nouvelles poussées à long terme. Moins de poussées de la maladie signifie en effet moins de risques de complications et une meilleure qualité de vie. Ces médicaments doivent être pris en permanence, y compris pendant les périodes sans symptômes.

Si les médicaments ne sont plus d'aucune aide ou si l'intestin est obstrué, une opération est nécessaire.

Les médicaments peuvent toutefois aussi avoir des effets secondaires. Un contrôle chez le médecin et des analyses sanguines sont donc régulièrement nécessaires.

Les patients qui suivent leur traitement correctement et qui se soumettent à tous les contrôles chez le médecin se portent en général mieux que les patients qui ne le font pas.

Les informations concernant vos médicaments sont importantes :

- Signalez toujours les médicaments que vous prenez lorsque vous consultez un médecin d'une autre spécialité. N'oubliez pas de mentionner les médicaments que vous ne prenez pas tous les jours, comme les injections.
- Informez-nous toujours en cas de modification d'un traitement concernant autre maladie que la MICI.

Aperçu des médicaments existants

Phase aiguë	Phase d'entretien
<p><u>Aminosalicylates</u> (mésalazine) (Pentasa, Colitofalk, Claversal) (action maximale après \pm 3 semaines) Surtout pour la rectocolite hémorragique Comprimés, suppositoires et lavements (par l'anus)</p>	<p>Aminosalicylates</p>
<p><u>Antibiotiques</u></p>	
<p><u>Corticoïdes</u> Il en existe différents types : Méthylprednisolone = Medrol Budésonide = Budenofalk/Entocort Dipropionate de béclométasone = Clipper</p>	<p><u>Azathioprine/mercaptopurine</u> = Imuran ou Puri-Nethol (n'agit qu'après 3 à 6 mois)</p>
	<p><u>Méthotrexate</u> (n'agit qu'après \pm 2 mois, injection mensuelle dans la fesse) Principalement pour la maladie de Crohn</p>
<p><u>Anti-TNF (médicaments biologiques)</u> : Il en existe différents types Remicade = infliximab Humira / Amgevita = adalimumab Simponi = golimumab</p>	<p>Remicade (administré à l'hôpital toutes les 6 à 8 semaines) Humira / Amgevita (auto-administration sous-cutanée à domicile tous les 14 jours) Simponi (auto-administration sous-cutanée à domicile une fois par mois) Uniquement pour la rectocolite hémorragique</p>
<p><u>Anti-intégrines (médicament biologique)</u> : l'action débute de 2 à 16 semaines après l'administration</p>	<p>Anti-intégrines (médicament biologique) Entyvio = vedolizumab (administré à l'hôpital toutes les 8 semaines) À partir de 2022, une forme sous-cutanée (injection) sera disponible (administration toutes les 2 semaines)</p>
<p><u>Anti-interleukine 12/23 (médicament biologique)</u> Stelara = ustekinumab</p>	<p>Stelara : première administration par perfusion, puis injection sous-cutanée à domicile toutes les 8 semaines</p>
<p><u>Inhibiteurs de JAK</u> Xeljanz = tofacitinib (pour l'instant : uniquement pour la rectocolite hémorragique) Des inhibiteurs plus sélectifs de JAK sont en cours de développement.</p>	<p>Xeljanz : 2 x 1 comprimé par jour, avec une dose plus élevée pendant les 8 premières semaines</p>

Instructions de prise

Médicament	Prise par rapport au repas	Nombre de prises par jour
Mésalazine (Pentasa, Colitofalk, Claversal, Salazopyrine)	Pas important	1 à 3 x par jour
Imuran	Pas important, mais est mieux toléré le soir pendant ou juste après le repas	Peut être pris en 1 ou 2 x
Medrol	Le matin au petit-déjeuner ou le soir	En une seule dose
Budénoside	Pas important	Peut être pris en 1 ou 3 x
Fer	À jeun avant le petit-déjeuner	1 à 2 x par jour
Calcium	Pas important, mais certains aliments peuvent influencer l'absorption.	1 à 2 x par jour
Questran	Pendant le repas Peut influencer l'action d'autres médicaments	1 à 3, un demi-sachet à un sachet entier.
Flagyl	Pas important, mais éviter la consommation d'alcool	3 x par jour
Ciproxine	De préférence 2 heures après le repas. Ne peut pas être prise en association avec du calcium, du fer ou du zinc	2 x par jour
Xeljanz	Pas important Peut influencer l'action d'autres médicaments !	2 x par jour

Questran

Les autres médicaments que vous prenez peuvent être influencés par la prise de Questran. En particulier les médicaments anticoagulants, les médicaments pour la tension artérielle ou le cœur (diurétiques, bêta-bloquants, digoxine) et les médicaments pour la thyroïde.

Ces médicaments doivent être pris 1 heure avant ou 4 heures après Questran. Certaines vitamines (A, D, E et K) sont également moins bien absorbées.

Prenez de préférence le **calcium 2 heures après le repas si ce dernier contient une grande quantité d'acide oxalique**. L'acide oxalique est notamment présent dans les épinards, la rhubarbe et certains types de céréales complètes.

Il est préférable de ne pas prendre de médicaments contenant du **jus de pamplemousse**, car ce dernier peut perturber la transformation du médicament par le foie.

DOIS-JE SUIVRE UN RÉGIME SPÉCIAL ?

Pendant les périodes actives de la maladie de Crohn, il est possible que vous deviez suivre un régime pauvre en résidus, mais ce n'est que temporaire.

DOIS-JE PRENDRE DES PRÉPARATIONS DE VITAMINES ?

Vous avez la maladie de Crohn et la dernière partie de votre intestin grêle est enflammée ? Dans ce cas, il est fort probable que vous présentiez une carence en vitamine B12, car celle-ci est absorbée dans cette partie de l'intestin. Des injections de vitamine B12 peuvent vous être administrées, souvent tous les deux à trois mois.

D'autres compléments de vitamines sont généralement superflus, en particulier si vos repas sont équilibrés (suffisamment de fruits et de légumes). La prise de longue durée de vitamines (surtout A et D) peut même être nocive. Discutez de préférence de la prise de compléments de vitamines avec votre médecin. Si vous en prenez de votre propre initiative, limitez-les dans le temps.

LE TABAC INFLUENCE-T-IL LA MALADIE ?

Le tabac possède une influence négative sur la **maladie de Crohn**. La maladie connaît une évolution plus grave et les médicaments agissent moins bien. **Il est donc très important d'arrêter de fumer !**



Chez les patients atteints de **rectocolite hémorragique**, la seule constatation ayant pu être faite à l'heure actuelle est que l'arrêt du tabac peut déclencher une poussée de la maladie.

LE DIAGNOSTIC A ÉTÉ ÉTABLI, LE TRAITEMENT A DÉBUTÉ. ET ENSUITE ?

Bien que la maladie soit incurable à l'heure actuelle, les médicaments permettent de connaître de longues périodes de rémission.

La vigilance reste nécessaire, même en l'absence de symptômes. Les patients atteints de la maladie de Crohn, en particulier, peuvent se sentir parfaitement bien alors qu'une inflammation importante est en cours.

L'inverse est aussi possible : vous pouvez continuer à présenter des symptômes malgré la disparition de l'inflammation. Dans ce cas, le traitement ne doit pas être modifié, mais il convient plutôt de rechercher une autre cause aux symptômes.

Il est donc important que vous vous rendiez régulièrement aux consultations. Des contrôles réguliers de l'intestin sont inévitables. La coloscopie (examen de l'intestin) reste le meilleur examen pour surveiller l'activité de la maladie. D'autres examens permettent de retarder la coloscopie, si leur résultat est rassurant, par exemple la combinaison de vos symptômes, de l'examen physique, des résultats de l'analyse sanguine, de l'entérographie par RM (état de l'intestin grêle) et de l'examen des selles.

Dès que l'on constate que votre maladie est sous contrôle, on peut espacer les contrôles.

POUR TERMINER

Vous souhaitez un laissez-passer pour les toilettes ? Renseignez-vous auprès de votre médecin.

Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging

☎ : 016 20 73 12 - www.ccv-vzw.be

Blogs : COLITE (larectocoliteetnous.be)

CROHN (crohnetnous.be)



INFORMATIONS PRATIQUES

ÉQUIPE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

Prof. Dr Hendrik Reynaert	Chef de service
Dr Liv Vandermeulen Dr Maridi Aerts	Chef de clinique
Prof. Dr Sebastien Kindt Dr Wendy Van Laer Dr Sandra Sermeus	Membre de l'équipe clinique
Dr Silke François Dr Magali Surmont	Médecin résident



Consultations UZ Brussel Route 804	02 477 60 11
Infirmière MICI	02 474 95 99
Annulation d'un rendez-vous	02 477 60 11
Informations sur les frais médicaux	02 477 55 40
Service des urgences	02 477 51 00

Cette brochure fournit uniquement des informations de nature générale. Elle ne reprend pas de manière exhaustive les techniques, applications et risques. Des informations complètes, adaptées à la situation spécifique du patient, seront fournies par le médecin/le membre du personnel concerné.

Toute reproduction de texte et d'illustrations est soumise à l'autorisation préalable de l'éditeur responsable.

Pour tout commentaire relatif à cette brochure : patientinformatie@uzbrussel.be

UZ Brussel

Brussels Health Campus

Avenue du Laerbeek 101

1090 Jette

Tél. : 02 477 41 11 www.uzbrussel.be info@uzbrussel.be

Édition : 2022

Éditeur responsable : Prof. Dr M. Noppen

