

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Ulcerative Colitis (UC)



ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Recommandations ECCO-EFCCA sur la rectocolite hémorragique (RCH), destinées aux patients

Salvatore Leone*¹, Alejandro Samhan-Arias*², Itamar Ben-Shachar³, Marc Derieppe⁴, Filiz Dinc⁵, Isabella Grosu⁶, Charlotte Guinea⁷, Jarkko Lignell⁸, Gediminas Smailys⁹, Sigurborg Sturludóttir¹⁰, Seth Squires¹¹, Paolo Gionchetti¹², Rami Eliakim**¹³, Janette Gaarenstroom**¹⁴.

*Ces auteurs ont également contribué à ce document en tant que premiers auteurs.

**Ces auteurs ont également contribué à ce document en tant que derniers auteurs.

¹AMICI Onlus - Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino, Via A. Wildt, 19/4, 20131 Milan, Italie ; ²ACRCH ESPAÑA - Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España. C/ Enrique Trompeta 6, Bajo 1. C.P. 28045. Madrid, Espagne ; ³CCFI - Fondation israélienne pour la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, POB 39957, Tel Aviv 61398 ; ⁴AFA - Association François Aupetit, 32 rue de Cambrai, 75019 Paris, France ; ⁵inflatuvar barsak hastalıkları dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, Caferağa Mah. Moda Caddesi No: 20 Borucu Han. K:1 Büro No: 103 Kadıköy, Istanbul, Turquie ; ⁶ASPIIR - Asociația Persoanelor cu Boli Inflamatorii Intestinale din România (Association roumaine des personnes atteintes de MICI), Calea Mosilor 268, Bucarest, Roumanie ; ⁷Crohns & Colitis UK – CRCHK, 45 Grosvenor Road, St Albans, Hertfordshire AL1 3AW, Royaume-Uni ; ⁸CCAFIN - Crohn ja colitis ry, Kuninkaankatu 24 A, 33210 Tampere, Finlande ; ⁹Klaipeda University Hospital, Department of Pathology, Liepojos g. 41, LT-92288 Klaipeda, Lituanie ; ¹⁰Crohn's og Colitis Ulcerosa samtökin á Island, P.o. Box. 5388, 125 Reykjavik, Islande ; ¹¹Royal Alexandra and Vale of Leven Hospitals, Department of Gastroenterology, Corsebar Road, Paisley, Écosse, Royaume-Uni, PA2 9PN ; ¹²University of Bologna, Department of Medical and Surgical Sciences, Via Massarenti, 9, 40138 Bologne, Italie ; ¹³Gastroenterology and Hepatology, Sheba Medical Center, 52621 Tel Hashomer, Israël ; ¹⁴University Medical Center Utrecht, Department of Gastroenterology, Heidelberglaan 100, P.O. Box 85500, 3584 GX Utrecht, Pays-Bas (jusqu'en septembre 2015).

Sociétés savantes médicales organisatrices et correspondantes : European Crohn's and Colitis Organisation, Ungargasse 6/13, 1030 Vienne, Autriche ; European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations, rue des Chartreux, 33-35 Bruxelles B 1000 Belgique.

Remerciements

L'ECCO et l'EFCCA remercient toutes les personnes ayant contribué aux Recommandations ECCO-EFCCA destinées aux patients. Elles tiennent à souligner le travail accompli par les rédacteurs médicaux, Sanna Lonnfors et Andrew McCombie, qui ont contribué de façon substantielle à celles-ci.

Politique de diffusion

Les Recommandations ECCO-EFCCA destinées aux patients sont basées sur les Recommandations cliniques ECCO sur la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Pour accéder aux Recommandations cliniques ECCO, suivez sur ce lien : <https://www.ecco-ibd.eu/index.php/publications/ecco-guidelines-science.html>

N'hésitez pas à diffuser les Recommandations ECCO-EFCCA destinées aux patients. Veuillez noter que toute traduction de ces recommandations doit être soumise à l'approbation de l'ECCO et de l'EFCCA.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Exonération de responsabilité

Les Recommandations ECCO-EFCCA destinées aux patients ont pour but de faciliter l'information et la responsabilisation des patients et de les renseigner sur les bonnes pratiques à l'échelle européenne. Certaines d'entre elles peuvent varier selon les pays, car les traitements proposés ne sont pas toujours identiques d'un pays à l'autre. Toute décision thérapeutique relève du médecin et ne doit pas être exclusivement basée sur le contenu de ces recommandations. L'European Crohn's and Colitis Organisation, l'European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations et/ou leur personnel et/ou les contributeurs aux recommandations ne peuvent être tenus responsables des informations publiées de bonne foi dans ces Recommandations ECCO-EFCCA destinées aux patients.

Politique de conflits d'intérêts de l'ECCO

L'ECCO applique avec diligence une politique de divulgation des conflits d'intérêts éventuels. Les déclarations de conflit d'intérêts doivent être faites sur un formulaire utilisé par l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Elles ne sont pas seulement conservées dans le Bureau de l'ECCO et dans les bureaux de la rédaction de JJC, elles peuvent aussi faire l'objet d'un examen public sur le site internet ECCO (<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-disclosures.html>), donnant ainsi un aperçu exhaustif des conflits d'intérêts éventuels des auteurs.

Introduction

L'European Crohn's and Colitis Organization est la plus grande association mondiale de spécialistes des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Outre la formation et la recherche, ses objectifs englobent le développement de nouvelles connaissances. Lorsqu'elle élabore des recommandations pratiques sur les MICI, l'ECCO conjugue l'expertise des meilleurs spécialistes issus de différentes disciplines afin de produire ces documents de référence de façon collaborative et consensuelle.

En 2006, l'ECCO a publié ses premières recommandations sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie de Crohn^{1,2}. Depuis, à la suite de l'intérêt continu manifesté pour l'établissement d'un point de vue européen commun sur les MICI, quinze recommandations ECCO ont déjà été publiées au total. Elles portent sur différents sujets liés à la colite ulcéreuse (RCH), appelée également rectocolite hémorragique (RCH), depuis la prise en charge générale de cette pathologie³ jusqu'à des thèmes très spécifiques, tels que la RCH chez l'enfant⁴.

Par ailleurs, depuis sa fondation, l'EFCCA (European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations) a eu pour principal objectif d'améliorer la qualité de vie des patients en diffusant les bonnes pratiques pour eux et leurs familles, notamment par des interventions pédagogiques, la sensibilisation du public, l'encouragement de la recherche et le développement de nouveaux outils thérapeutiques.

Dans le cadre d'une initiative visant à améliorer l'impact de ces consensus sur les MICI, l'ECCO et l'EFCCA ont conjugué leurs efforts afin de proposer les recommandations suivantes aux patients atteints de colite ulcéreuse/rectocolite hémorragique.

Les recommandations figurant dans ce document sont un recueil des constatations les plus importantes sur le diagnostic et le traitement de la RCH. Leur objectif est d'aider les patients à mieux comprendre la façon dont la RCH est diagnostiquée et traitée par les

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



professionnels de santé. Elles se répartissent en cinq grandes catégories thématiques : diagnostic, activité de la maladie, rémission, chirurgie, cancer colorectal et complications extra-intestinales. Les mots soulignés renvoient à un glossaire à la fin de ce document pour en expliquer la terminologie utilisée. En outre, pour permettre à un plus grand nombre de patients de lire et de comprendre facilement ces recommandations, elles ont été adaptées dans un format convivial.

Le diagnostic de rectocolite hémorragique (RCH)

Le traitement qui vous est prescrit dépend de l'étendue de la maladie au niveau de votre côlon et rectum. Ce facteur permet au médecin ou au personnel soignant d'opter pour un traitement par voie orale et/ou locale. L'étendue de la maladie a une influence sur le moment auquel la surveillance de votre maladie doit démarrer et sur la fréquence de cette surveillance.

L'endoscopie est le moyen privilégié de déterminer le type de RCH que vous présentez, car elle permet de confirmer le degré d'inflammation de votre intestin. La RCH peut être classée en 3 types différents : proctite, colite distale ou colite étendue/pancolite.

Les experts conviennent que la coloscopie est la meilleure méthode à utiliser pour classer la RCH. On distingue généralement trois types de RCH : proctite, colite distale ou colite étendue/pancolite (dépassant l'angle colique gauche).

Il y a deux raisons majeures pour lesquelles la RCH doit être classée selon l'étendue de la maladie. 1. Ce classement influence le type de traitement. 2. Il détermine le degré de prise en charge du patient. S'agissant du traitement, les suppositoires constituent souvent la première ligne de traitement de la proctite. Les lavements sont prescrits dans les cas de colite distale, et les traitements par voie orale (souvent en association avec un traitement par voie locale) dans les cas de pancolite.

S'agissant du suivi, déterminer l'étendue de la maladie est capital pour identifier les patients présentant des risques de cancer colorectal. Les patients présentant une proctite n'ont pas besoin de surveillance par coloscopie, mais celle-ci est nécessaire pour ceux atteints de colite distale ou de pancolite.

Il est utile, pour les médecins, de classer la RCH selon son degré de gravité, car cela les aide à choisir le traitement le plus approprié. La gravité a une incidence sur le choix du traitement (local, systémique ou chirurgical) ou sur la nécessité d'en démarrer un. Les indices de sévérité de la maladie n'ont pas encore été correctement validés. Les examens cliniques, les analyses de laboratoires, l'imagerie et les mesures endoscopiques, dont les biopsies, aident les médecins à se prononcer sur le traitement à adopter. La définition de la rémission n'est pas non plus entièrement établie. Pour la définir au mieux, il convient d'examiner certaines mesures cliniques (c.-à-d. nombre de selles sans saignement ≤ 3), tout en vérifiant l'absence de signes de la maladie visibles à l'endoscopie. L'absence de signes d'inflammation aigüe dans la biopsie est également une donnée utile.

La prise en charge des patients est déterminée en partie par le degré de gravité de la maladie. La sévérité de l'inflammation permet de décider si le patient ne recevra aucun traitement, s'il recevra un traitement par voie orale ou intraveineuse ou s'il subira une intervention chirurgicale. De nombreux indices de sévérité de la maladie ont été proposés, mais aucun n'a encore été validé (c.-à-d. ne s'est montré exact et utile). Il est généralement reconnu que l'association des mesures cliniques, des résultats d'examens de laboratoire (taux de protéine C-réactive et examen des selles pour évaluer le taux de calprotectine fécale), de techniques d'imagerie (radiologie, p. ex.) et d'examens endoscopiques (y compris les biopsies) aide les médecins dans la prise en charge de leurs patients.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



La définition de la rémission reste encore à être complètement adoptée par les experts. À l'heure actuelle, la meilleure définition de la rémission résulte de la combinaison des symptômes des patients et des résultats de la coloscopie. Les patients sont considérés en rémission lorsqu'ils n'ont pas plus de trois selles par jour sans saignement et ne présentent pas d'inflammation visible à la coloscopie. Il est préférable aussi qu'aucune inflammation ne soit constatée à l'analyse de leurs biopsies au microscope.

Les symptômes de la RCH

Les symptômes de la RCH dépendent du degré d'inflammation du côlon et de la gravité de la maladie. La présence de sang dans les selles, les diarrhées, les saignements rectaux, le ténesme ou l'impériosité des selles (urgences défécatoires) sont les symptômes les plus courants. Les patients atteints de RCH ont souvent besoin d'aller à la selle pendant la nuit. En outre, le fait de ne pas se sentir bien de manière générale, la perte d'appétit et la fièvre sont souvent les signes d'une poussée sévère.

Les symptômes graves de la RCH sont généralement corrélés avec une inflammation sévère du côlon et l'étendue de la maladie dans celui-ci ; on mesure l'inflammation du côlon par la coloscopie et la biopsie.

Le symptôme le plus courant présenté par les patients atteints de RCH est la présence de sang dans les selles. Il est signalé par plus de 90 % des patients. **Dans les cas de pancolite active**, les patients présentent des diarrhées chroniques généralement accompagnées de saignements rectaux ou, au moins, avec la présence de sang visible dans les selles. Parmi les symptômes rapportés par ces patients, citons aussi l'impériosité des selles, le ténesme, la présence de glaires ou de sang dans les selles, les selles nocturnes et les crampes ou douleurs abdominales (souvent dans la partie inférieure gauche de l'abdomen) avant la défécation, soulagées ensuite par celle-ci. En outre, si une personne est atteinte d'une inflammation sévère, elle présentera souvent de la fièvre, de la tachycardie, une perte de poids, une distension abdominale ou une réduction des bruits intestinaux. En revanche, **dans les cas de proctite**, les patients se plaignent généralement de saignements rectaux, d'urgences fécales, de ténesme et parfois de constipation sévère.

Antécédents du patient

De nombreuses questions doivent être posées au patient pour établir ses antécédents médicaux complets. Le médecin devra, par exemple, lui demander quand les symptômes ont commencé et quel est le type de symptômes dont il souffre. Ces symptômes peuvent être les suivants :

- présence de sang dans les selles
- urgences fécales sévères
- consistance et fréquence des selles
- ténesme
- douleurs abdominales
- incontinence fécale
- selles nocturnes
- Certains symptômes ne sont pas directement liés aux intestins (douleurs articulaires, p.ex.).

Le médecin doit également interroger le patient sur :

- ses voyages récents
- son contact avec des maladies infectieuses susceptibles d'affecter les intestins
- les médicaments qu'il prend (antibiotiques et AINS, p. ex.)
- ses habitudes en matière de tabagisme

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



- ses pratiques sexuelles
- la présence dans sa famille de membres atteints d'une MC, d'une RCH ou d'un cancer du côlon
- une appendicectomie qu'il aurait subie.

Le diagnostic de RCH doit être soupçonné à partir des symptômes cliniques suivants : sang dans les selles, urgences fécales, fréquence des selles, ténésme, douleurs abdominales, incontinence fécale et selles nocturnes. Le médecin ou le personnel soignant doit interroger le patient sur ses antécédents familiaux de MICI et de cancer du côlon. Il doit aussi lui demander s'il présente des symptômes oculaires, buccaux, cutanés ou articulaires. Les colites infectieuses (dues au contact avec des bactéries lors de voyages à l'étranger) ou induites par des médicaments (des AINS comme l'ibuprofène, p. ex.) doivent être envisagées et exclues.

Il a été observé que l'appendicectomie pratiquée pour une appendicite confirmée diminue le risque de déclarer une RCH ultérieurement dans la vie. La RCH est également moins sévère lorsque le patient a subi cette intervention pour une appendicite « réelle » à un âge plus précoce.

Si un membre de votre famille est atteint d'une MC ou d'une RCH, vous présentez un risque plus élevé de développer une RCH.

Les études montrent que, si une personne a subi une appendicectomie pour une appendicite confirmée à un âge plus précoce, il y a moins de probabilités qu'elle développe une RCH ; la réduction du risque observée est élevée puisqu'elle est de 69 %. En outre, si vous développez une RCH après avoir subi une appendicectomie, il est moins probable que celle-ci soit sévère. Il convient de noter que l'appendicectomie n'empêche pas le développement d'une CSP. À l'heure actuelle, on ignore si l'appendicectomie réalisée après le développement d'une RCH affecte l'évolution de la maladie.

Les personnes ayant un lien de parenté au premier degré avec des patients présentant une RCH ont 10 à 15 fois plus de probabilités de développer cette maladie. Mais comme ce risque est très faible en soi, il n'est augmenté que de 2 % pour les parents au premier degré. Par conséquent, cette augmentation du risque n'est pas telle qu'elle doive influencer significativement la décision d'avoir ou non des enfants chez les patients atteints de RCH.

Examen physique

L'examen physique doit porter sur les points suivants :

- état général
- rythme cardiaque
- température corporelle
- tension artérielle
- poids
- taille
- examen abdominal pour évaluer la distension abdominale et la douleur
- examen anorectal

Lorsqu'un médecin ou le personnel soignant procède à un examen physique, les résultats de cet examen dépendront de la gravité et de l'étendue de la RCH. Si l'activité de la maladie est légère ou modérée, l'examen ne révélera pas grand-chose à part la présence de sang au cours de l'examen anorectal. Si la personne présente une inflammation sévère, elle peut avoir de la fièvre, de la tachycardie, une perte de poids, une sensibilité au niveau du côlon, une distension abdominale ou une réduction des bruits intestinaux.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Tests de diagnostic

Les premiers examens doivent comprendre une numération formule sanguine (NFS), le dosage de l'urée, de la créatinine, des électrolytes, des enzymes hépatiques, du taux de vitamine D, de la CRP et du fer. La calprotectine fécale est un marqueur précis de la présence d'une inflammation du côlon. La CRP et la VS sont des mesures utiles pour évaluer la réponse à un traitement en présence d'une forme sévère de la maladie. Le médecin doit également dépister les diarrhées infectieuses, y compris l'infection par la bactérie Clostridium difficile. Il doit vérifier si le patient a été vacciné contre plusieurs maladies virales ou s'il présente une tuberculose.

Idéalement, au diagnostic, chaque patient doit disposer d'une NFS complète et des résultats des marqueurs inflammatoires (CRP et VS), des électrolytes, du bilan hépatique et des analyses d'échantillons de selles effectuées. La calprotectine fécale, obtenue par l'examen des selles, indique précisément s'il y a une inflammation du côlon. Cependant, les tests de mesure de l'inflammation peuvent être normaux dans le cas de colites distales d'intensité légère ou modérée. La NFS peut révéler (a) une numération plaquettaire élevée du fait de l'inflammation persistante, (b) une anémie et de faibles taux de fer indiquant la chronicité ou la sévérité de la maladie et (c) une augmentation des globules blancs évoquant la possibilité d'une infection.

Hormis les cas de proctite, les taux de CRP tendent à être élevés lorsque le patient présente des symptômes sévères. Un taux élevé de CRP est généralement corrélé avec une VS plus élevée, un taux de fer plus faible et des taux d'albumine faibles. Ces marqueurs peuvent aussi être utilisés pour évaluer si une personne présentant une colite aiguë grave a besoin d'une intervention chirurgicale. Des taux élevés de CRP et VS peuvent aussi indiquer la présence d'une infection. Autrement dit, on ne peut pas se contenter de les utiliser seuls pour distinguer la RCH d'autres causes des symptômes présentés. Il en résulte que le médecin et le personnel soignant doivent aussi écarter les autres causes possibles, comme des bactéries (Clostridium difficile, Campylobacter ou E. coli, p. ex.) ou des parasites (amibes, p. ex.).

Coloscopie

Lorsqu'une RCH est suspectée, une coloscopie (de préférence avec iléoscopie) et des biopsies dans plusieurs sites des intestins (y compris, le rectum) sont les meilleurs moyens de confirmer le diagnostic et la gravité de la maladie. En cas de poussée sévère, des radiographies abdominales seront réalisées et la maladie active sera confirmée par une recto-sigmoïdoscopie en méthode de première ligne.

L'admission immédiate à l'hôpital se justifie pour les patients présentant les critères d'une colite grave afin d'éviter un retard dans la prise de décision pouvant conduire à une augmentation de la mortalité et de la morbidité péri-opératoires.

La coloscopie avec intubation de l'intestin grêle et les biopsies sont les meilleures méthodes pour confirmer un diagnostic suspecté de RCH. Ceci permet au médecin et au personnel soignant d'observer une plus grande partie du côlon et peut s'avérer plus efficace qu'une recto-sigmoïdoscopie. Cependant, il convient de tenir compte de la disponibilité des ressources et de la gravité de la maladie soupçonnée. La coloscopie et la préparation colique sont à éviter chez les patients atteints de colite grave à cause de la perte de temps potentielle et du risque de perforation du côlon.

Quand un patient chez qui l'on soupçonne une RCH présente une maladie d'intensité sévère, une simple radiographie de l'abdomen peut être initialement pratiquée, mais elle

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



ne garantit pas le diagnostic. La recto-sigmoïdoscopie, contrairement à la coloscopie, peut alors être utilisée pour en avoir la confirmation.

Si la RCH est inactive, les résultats de l'endoscopie peuvent permettre de prévoir l'évolution de la maladie. Il sera utile de réaliser une nouvelle endoscopie si la RCH redevient active. Un nouvel examen endoscopique est également utile si le patient doit prendre des corticoïdes pour maintenir sa rémission ou n'atteint pas le stade de la rémission même avec la prise de corticoïdes. Enfin, l'endoscopie est utile dans le cas où une colectomie est envisagée.

D'après les études, si aucun signe d'inflammation n'est visible à la coloscopie, la probabilité que le patient rechute ou ait besoin d'une colectomie à l'avenir est moindre. En outre, la probabilité qu'il ne présente pas de symptômes pendant l'année qui suit la coloscopie est plus élevée. Le site de la maladie, déterminé par la coloscopie, est également important pour prédire les résultats futurs, évaluer le risque de cancer et décider du traitement à prescrire. Cependant, malgré l'importance apparente de la coloscopie pour déterminer le site de la maladie, aucune étude n'a jamais été effectuée sur les coloscopies de contrôle pratiquées après la première coloscopie effectuée lors du diagnostic.

En présence d'une sténose (c.-à-d. un rétrécissement) du côlon, le médecin doit chercher à savoir si celle-ci n'est pas provoquée par un cancer. Il convient d'effectuer plusieurs biopsies du côlon et une intervention chirurgicale peut être envisagée. Parfois, l'intubation endoscopique de tout le côlon n'est pas possible. Dans ce cas, on peut utiliser des procédures d'imagerie, comme le lavement baryté en double contraste ou la coloscopie virtuelle.

Lorsque la colite ulcéreuse remonte à longtemps, une sténose du côlon (c.-à-d. un rétrécissement) est un signe potentiel de tumeur maligne du côlon et exige une évaluation minutieuse par une coloscopie et des biopsies. Si la coloscopie est incomplète à cause de la sténose, il est possible de recourir au lavement baryté en simple ou double contraste pour évaluer ce rétrécissement et le côlon qui lui est adjacent. Le coloscanner permet d'évaluer la structure des tissus à proximité de la sténose du côlon, ainsi que la pathologie extra-intestinale (c.-à-d. les tissus en dehors des intestins). C'est donc un examen à privilégier dans cette situation.

Le terme de colite indéterminée ne s'utilise que pour les échantillons provenant des résections. Si le médecin ne sait pas si vous avez une MC ou une RCH après avoir fait pratiquer tous les examens possibles, votre maladie sera désignée par le terme de MICI indéterminée.

« MICI indéterminée » est la terminologie la plus appropriée dans les cas où il n'est pas possible de faire définitivement la distinction entre la colite ulcéreuse, la maladie de Crohn ou d'autres causes de colite. Ce terme s'applique lorsque la distinction ne peut être effectuée après avoir pris en compte les antécédents médicaux, l'aspect endoscopique, l'histopathologie, les multiples biopsies des muqueuses et la radiologie appropriée. La colite indéterminée est un terme réservé aux anatomopathologistes pour décrire l'échantillon d'une colectomie qui présente des caractéristiques à la fois de la RCH et de la MC.

Traitement médical de la rectocolite hémorragique active

Proctite

Un suppositoire de 5-ASA à la dose de 1 g une fois par jour est le traitement précoce privilégié de la proctite de forme légère ou modérée. Les lavements de 5-ASA en mousse peuvent également être utilisés. De manière générale, les traitements locaux, comme les suppositoires, ont l'intérêt de déposer une dose maximale du médicament au niveau de l'organe considéré, ici le rectum. En outre, les patients semblent les préférer aux lavements. L'association d'un 5-ASA par voie locale à un 5-ASA oral ou à un corticoïde local est plus efficace pour traiter la maladie que l'un ou l'autre utilisé seul. Le 5-ASA oral, utilisé en monothérapie, c.-à-d. seul, n'est pas aussi efficace que lorsqu'il est prescrit en association. Les proctites plus résistantes peuvent nécessiter un traitement par des immunosuppresseurs et/ou des anti-TNF.

Les 5-ASA sont le meilleur traitement de la proctite ; de nombreuses études démontrent qu'ils réduisent les symptômes et améliorent les résultats visibles à la coloscopie et à l'analyse des biopsies. En outre, les suppositoires sont plus efficaces que les lavements, car ils ciblent le site de l'inflammation et sont décelés dans le rectum d'un plus grand nombre de patients au bout de 4 heures (40 % contre 10 %). Aucune augmentation de l'efficacité n'a été observée avec la prise d'une dose supérieure à 1 gramme par jour de 5-ASA et la prise une fois par jour est tout aussi efficace que plusieurs prises par jour.

De nombreuses études montrent que la méسالazine par voie locale est plus efficace que les stéroïdes topiques pour réduire les symptômes et améliorer les résultats constatés lors de la coloscopie et à l'examen des biopsies. Les corticoïdes par voie locale doivent être réservés aux personnes intolérantes aux 5-ASA par voie locale.

Pour le traitement de la proctite, le 5-ASA par voie locale est plus efficace que le 5-ASA oral, utilisé seul. Cependant, lorsque la maladie ne s'étend pas au-delà de 50 cm de la marge anale, le traitement combiné de 5-ASA oral et local semble plus efficace que l'utilisation de chacun de ces agents en monothérapie. L'association de 5-ASA par voie locale et de corticoïdes locaux est également utile. Si le traitement combiné de 5-ASA local ou oral et de corticoïdes locaux ne réussit pas à traiter la maladie, il est possible d'y ajouter de la prednisolone par voie orale. En cas d'échec de toutes les autres thérapies, il convient de prescrire un traitement par immunosuppresseur ou anti-TNF.

Colite distale

La colite distale active d'intensité légère ou modérée se traite au stade précoce par l'association d'un lavement d'aminosalicylate de 1 g par jour en association avec une dose de méسالazine orale supérieure à 2,4 g par jour. Le traitement combiné de 5-ASA oral et local est plus efficace que les corticoïdes et les aminosalicylates par voie locale utilisés seuls. Il est aussi plus efficace que les aminosalicylates oraux utilisés seuls. Le 5-ASA par voie locale donne de meilleurs résultats dans le traitement de la maladie que les corticoïdes locaux utilisés en monothérapie. Prendre la dose de 5-ASA une fois par jour ou plusieurs fois par jour en la divisant ne change rien. En cas d'échec du 5-ASA, des corticoïdes systémiques peuvent être utilisés. En présence de la forme grave de la maladie, le patient doit être admis à l'hôpital pour recevoir un traitement intensif.

Les études montrent clairement que le 5-ASA, par voie locale comme par voie orale, est efficace pour le traitement de la colite distale. Par conséquent, la combinaison de 5-ASA par voie locale et orale est le traitement de première ligne de la colite distale légèrement à modérément active. Il a été observé que ces 5-ASA sont plus efficaces et ont une action plus rapide lorsqu'ils sont utilisés en association plutôt que seuls. Les résultats de nombreuses études montrent que le 5-ASA par voie rectale est plus efficace que les

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



corticoïdes par voie rectale, bien que certaines études montrent aussi que le dipropionate de béclo méthasone (un stéroïde) est aussi efficace que le 5-ASA par voie rectale. Selon plusieurs études encore, il n'y a pas d'avantage à diviser la dose de 5-ASA. Celui-ci peut donc être pris une fois par jour. Cependant, il a été observé qu'une augmentation de la dose donnait de meilleurs résultats chez les patients. La dose minimum recommandée pour la colite distale est de 2,4 g par jour.

Parfois, dans les cas de colite distale, lorsque le 5-ASA n'est pas efficace ou n'est pas bien toléré par les patients, on peut envisager des corticoïdes oraux. Ceux-ci peuvent avoir une action plus rapide, mais risquent aussi de causer plus d'effets indésirables. Il faut compter en moyenne 9 à 16 jours avant que les 5-ASA n'agissent et la réponse sera plus rapide avec un traitement combiné qu'avec un traitement oral seul. Si les symptômes d'un patient atteint de colite distale sous 5-ASA s'aggravent, qu'il présente des saignements rectaux 10 à 14 jours après le début du traitement ou que tous ses symptômes ne sont pas soulagés au bout de 40 jours, un traitement complémentaire (généralement par corticoïdes oraux) doit être instauré.

Pancolite

La pancolite de forme légère ou modérée se traite au stade précoce par du 5-ASA oral à une dose supérieure à 2,4 g par jour. Celui-ci doit être associé à un 5-ASA par voie locale, s'il est toléré, afin d'accroître les chances de maintenir la rémission. Prendre la dose de 5-ASA une fois par jour ou plusieurs fois par jour en la divisant ne change rien. En cas de non-réponse au 5-ASA, des corticoïdes systémiques peuvent être prescrits. La forme grave de la pancolite nécessite une hospitalisation en vue d'un traitement intensif.

Le 5-ASA oral induit une rémission de la RCH active de forme légère ou modérée. En outre, le traitement combiné de 5-ASA par voie orale et locale est plus efficace que le 5-ASA oral utilisé seul ; un essai clinique montre qu'il induit une rémission chez 64 % des patients contre 43 % pour ceux sous 5-ASA oral seul. Chez les patients atteints de pancolite, prendre la dose de 5-ASA une fois par jour est tout aussi efficace que de la diviser.

Des corticoïdes oraux seront introduits si la maladie légèrement ou modérément active ne répond pas au 5-ASA. De la même manière, si le patient est déjà sous plus de 2 grammes par jour de 5-ASA ou d'immunomodulateurs en tant que traitement d'entretien et présente une rechute, il faut instaurer des corticoïdes. Les corticoïdes ont montré leur efficacité pour induire une rémission dans deux études au moins. Si une personne présente une pancolite grave, elle doit être hospitalisée car cette maladie menace potentiellement son pronostic vital.

Colite grave

En présence de diarrhées accompagnées de sang plus de six fois par jour et de signes de toxicité systémique (c.-à-d. un rythme cardiaque de plus de 90 battements par minute, une fièvre supérieure à 37,8°C, un taux d'hémoglobine inférieur à 10,5 g/dl ou une VS supérieure à 30 mm/h ou un taux de CRP supérieur à 30 mg/l), le patient présente une RCH grave et doit être admis à l'hôpital pour y recevoir un traitement intensif.

Environ un patient atteint de RCH sur six connaît une poussée sévère à un moment quelconque de sa maladie. Les RCH graves doivent être traitées sérieusement. Malgré les avancées réalisées dans les traitements au cours du siècle dernier, 2,9 % des patients admis dans les hôpitaux du Royaume-Uni pour une colite ulcéreuse grave décèdent, contre moins de 1 % de ceux admis dans des centres spécialisés. En raison du risque de décès lié à la colite ulcéreuse grave, il est important de reconnaître les poussées sévères. La poussée sévère dans la colite ulcéreuse est définie par six selles sanglantes par jour et

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



l'un des symptômes suivants : (a) rythme cardiaque rapide (plus de 90 battements par minute), (b) fièvre, (c) anémie ou (d) taux élevés de CRP ou VS.

Tous les patients présentant une poussée sévère doivent être admis à l'hôpital pour suivre un traitement intensif qui comprendra au départ des corticoïdes par voie IV et, si un patient ne répond pas aux corticoïdes IV au bout de trois jours, il faudra le passer à la ciclosporine, au tacrolimus ou à l'infliximab. En cas d'échec du traitement médical, une intervention chirurgicale est nécessaire. Les décisions sur les traitements médicaux intensifs et les interventions chirurgicales doivent être prises rapidement, mais aussi avec précaution. Si l'intervention est trop tardive, davantage de complications risquent de se produire pendant celle-ci.

La colite ulcéreuse active de forme sévère doit être traitée par des corticoïdes par voie IV. On peut utiliser la ciclosporine par voie IV. Il convient aussi de prescrire de l'héparine de bas poids moléculaire pour prévenir le risque de caillots sanguins. Le patient sera pris en charge par une équipe composée d'un gastroentérologue et d'un chirurgien spécialiste du côlon et du rectum.

La meilleure manière d'évaluer la réponse aux corticoïdes par voie IV est de procéder à des examens médicaux aux environs du troisième jour. En cas de RCH très active ne répondant pas aux corticoïdes IV, il faut envisager d'autres options thérapeutiques, notamment la chirurgie. La ciclosporine ou l'infliximab ou le tacrolimus peut être approprié dans un traitement de deuxième ligne. S'il n'y a pas d'amélioration dans les 4 à 7 jours suivant le traitement de sauvetage, la colectomie est recommandée.

L'une des décisions les plus difficiles que doit prendre un gastroentérologue est de savoir quand recommander/conseiller une colectomie à un patient. Cependant, le gastroentérologue en collaboration avec le chirurgien doit se montrer aussi déterminé que possible et ceux-ci ne doivent pas se laisser troubler par les réticences compréhensibles du patient au point de décider de retarder l'intervention. Si l'intervention intervient trop tardivement, cela augmente le risque de complications et même de décès durant la colectomie.

Des mesures objectives (c.-à-d. des mesures non influencées par les émotions du patient ou du médecin) sont nécessaires pour aider le gastroentérologue dans cette prise de décision importante : soit traiter la colite ulcéreuse grave par une colectomie, soit prescrire des médicaments tels que la ciclosporine, l'infliximab ou le tacrolimus. Les marqueurs cliniques (c.-à-d. des selles très fréquentes), biochimiques (c.-à-d. un taux élevé de CRP) et radiologiques (c.-à-d. une dilatation du côlon) sont des mesures objectives qui peuvent être utilisées dans le processus de décision. Il est aussi important dans celui-ci de tenir compte des circonstances spécifiques à chaque patient. À titre d'exemple, la ciclosporine par voie intraveineuse est contre-indiquée chez les patients présentant un faible taux de cholestérol ou de magnésium, en raison des risques accrus d'effets indésirables neurologiques.

Traitement médical pour maintenir la rémission

Le choix d'un traitement d'entretien se fonde sur plusieurs facteurs :

- l'étendue de la maladie dans le côlon
- la fréquence des poussées
- l'échec éventuel d'un précédent traitement d'entretien
- le degré de sévérité de la poussée la plus récente
- le traitement prescrit pour parvenir à une rémission au cours de la dernière poussée
- l'innocuité du traitement d'entretien

- la prévention du cancer

Le choix du bon traitement pour maintenir les patients en rémission dépend de plusieurs facteurs. Un traitement local seul sera probablement suffisant chez les patients atteints de proctite, tandis qu'un traitement par voie orale sera nécessaire chez ceux présentant une colite distale ou une pancolite. En outre, si un patient montre des antécédents de brefs intervalles entre les poussées, un traitement intensif lui apportera davantage de bénéfice parce qu'il peut allonger cet intervalle. Si un médicament s'est avéré inefficace dans le cadre d'un traitement d'entretien, il ne faut pas le réessayer. Si une poussée récente a été plus sévère, un traitement plus intensif doit être instauré. La gravité d'une poussée à un moment donné permet de prédire la probabilité d'une future poussée. Si un patient nécessite un traitement par corticoïdes pour parvenir à la rémission, il lui faudra probablement un traitement intensif pour la maintenir. Les effets indésirables des médicaments doivent être pesés par rapport à leurs bénéfices en termes de prévention des poussées et du cancer.

Aminosalicylés

Les 5-ASA par voie orale sont le traitement d'entretien de première ligne lorsque le patient répond aux 5-ASA ou aux corticoïdes (par voie orale ou rectale). Le 5-ASA par voie rectale est le traitement d'entretien de première ligne pour la proctite et peut également être utilisé pour la colite distale. Le traitement combiné de 5-ASA par voie orale et rectale peut être prescrit comme traitement d'entretien de deuxième ligne.

De nombreuses études ont montré l'efficacité des 5-ASA oraux dans le maintien de la rémission. En outre, deux études montrent que les 5-ASA par voie rectale maintiennent la rémission chez les patients atteints de colite distale. Il a été observé que le traitement combinant un 5-ASA oral et des lavements de 5-ASA est plus efficace pour maintenir la rémission que le 5-ASA oral seul. Une étude menée auprès de patients au Royaume-Uni montre que 80 % d'entre eux préfèrent le traitement oral en monothérapie. Le traitement par voie orale semble donc plus acceptable pour le patient que le traitement par voie rectale.

Le 5-ASA oral n'est pas efficace à une dose inférieure à 1,2 g par jour. S'agissant du traitement par voie rectale, 3 g par semaine en plusieurs doses suffisent pour maintenir la rémission. La dose peut être modifiée/ajustée en fonction de l'efficacité du traitement. Dans certains cas, des doses plus élevées, avec ou sans 5-ASA par voie locale, peuvent être utiles. La prise de 5-ASA une fois par jour ne provoque pas plus d'effets indésirables. On préfère recourir à d'autres 5-ASA oraux plutôt qu'à la sulfasalazine (même si elle est légèrement plus efficace) parce qu'ils provoquent moins d'effets indésirables. Tous les 5-ASA oraux disponibles sont efficaces. Aucune preuve solide ne démontre la supériorité d'un 5-ASA particulier par rapport aux autres dans le traitement d'entretien.

La dose minimale à laquelle le 5-ASA oral est efficace est de 1,2 g par jour. Compte tenu qu'il n'y a pas d'augmentation des effets indésirables avec des doses supérieures de 5-ASA, il est possible de prescrire des doses plus élevées dans certains cas. Prendre le 5-ASA en une fois ou en plusieurs fois par jour ne fait aucune différence. La prise en une fois par jour est préférable parce qu'elle améliore l'observation du traitement. Si les 5-ASA oraux ont une efficacité comparable à celle de la sulfasalazine, ils ont la préférence car ils provoquent moins d'effets indésirables. Globalement, aucune preuve solide ne démontre la supériorité d'un 5-ASA particulier par rapport aux autres.

Le traitement à long terme par 5-ASA est recommandé parce qu'il peut réduire le risque de cancer du côlon.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Une étude montre qu'un traitement régulier par 5-ASA diminue de 75 % le risque de cancer du côlon. Par conséquent, il faut l'envisager sérieusement dans un traitement d'entretien.

Thiopurines

Si des corticoïdes sont nécessaires pour maintenir la rémission, le patient doit être traité par une thiopurine.

L'azathioprine est plus efficace que les 5-ASA pour réduire les symptômes et l'inflammation (visible à la coloscopie) chez les patients nécessitant des corticoïdes pour rester en rémission. En outre, plus de la moitié des patients cortico-dépendants sous azathioprine resteront en rémission sans corticoïdes pendant trois ans. Par conséquent, l'azathioprine doit être instaurée chez les patients subissant des poussées après le sevrage des corticoïdes.

Les patients présentant une RCH modérément active, qui ne répondent pas aux thiopurines, doivent être traités par un anti-TNF ou du tacrolimus. Si un traitement n'est pas efficace, il doit être cessé et la chirurgie doit également être une option.

Idéalement, il convient de réévaluer, par coloscopie et biopsie, les patients atteints de RCH qui sont cortico-dépendants et ne répondent pas aux thiopurines, afin de confirmer le diagnostic et de s'assurer de l'absence d'autres complications. Une stratégie thérapeutique visant à cesser les corticoïdes doit être évoquée avec le patient et un traitement par anti-TNF doit être envisagé. Il est clairement démontré que le traitement par anti-TNF est efficace pour la RCH de forme modérée ou sévère lorsque le patient ne répond pas aux corticoïdes ou aux immunomodulateurs. Le tacrolimus peut également être envisagé, mais les preuves à l'appui de ce traitement sont moins convaincantes.

Si le patient ne répond pas ou cesse de répondre à l'un de ces traitements de la RCH, il faut envisager la chirurgie. La colectomie, bien qu'elle ne soit pas sans risque, permet d'ôter le côlon atteint et donc de « guérir » la RCH. Le traitement par immunosuppresseurs ou immunomodulateurs est inutile et irrationnel s'il n'y a pas d'amélioration de la maladie, en raison du risque accru de complications durant et après la chirurgie en cas d'intervention tardive.

Tous les patients doivent être placés sous traitement d'entretien. Un traitement selon le besoin du patient peut être instauré en présence d'une maladie dont l'étendue est limitée (proctite, p. ex.).

Il est important de poursuivre votre traitement, même si vous vous sentez mieux, parce que les patients qui observent leur traitement ont moins de probabilités de présenter des poussées que ceux qui ne le respectent pas. En fait, l'observation du traitement semble être le facteur le plus important pour déterminer le maintien ou non de la rémission. À titre d'exemple, une étude montre que les personnes ayant respecté moins de 80 % de leurs ordonnances de 5-ASA dans le cadre d'un traitement d'entretien risquent cinq fois plus de subir une rechute que celles qui en ont suivi plus de 80 %.

Les thiopurines peuvent être utilisées dans les cas suivants : activité légère ou modérée de la maladie avec une rechute précoce ou des rechutes fréquentes chez les patients sous traitement par 5-ASA à la dose optimale ; et intolérance aux 5-ASA, lorsque la prise de corticoïdes est nécessaire pour maintenir la rémission ou lorsque la rémission est obtenue avec un traitement par ciclosporine (ou tacrolimus). Une fois la réponse au traitement par anti-TNF obtenue, il y a deux options possibles pour maintenir la rémission. La première consiste à prendre l'une des thiopurines. La seconde est de rester sous le traitement par anti-TNF, avec ou sans thiopurines. Si vous présentez une colite

grave qui répond aux corticoïdes par voie IV, à la ciclosporine ou à l'infliximab, on peut envisager des thiopurines en traitement d'entretien. Cependant, si vous répondez à l'infliximab, poursuivre votre traitement par infliximab est également indiqué. Si les thiopurines ne se sont pas montrées efficaces dans votre cas, vous pouvez essayer de maintenir votre rémission avec un traitement par anti-TNF. Chez les patients atteints de colite grave et naïfs de traitement par thiopurine, qui répondent aux corticoïdes, à la ciclosporine ou au tacrolimus, les thiopurines sont adaptées pour maintenir la rémission.

Dans plusieurs études, il a été observé que les thiopurines sont efficaces pour maintenir la rémission chez les patients atteints de RCH, bien que les preuves en faveur de leur utilisation dans la RCH soient plus faibles que dans la MC. Une étude récente a montré la supériorité de l'azathioprine sur les 5-ASA pour maintenir la rémission sans corticoïdes à six mois (53 % des patients sous azathioprine sont restés en rémission contre 21 % sous 5-ASA). En outre, les thiopurines peuvent être utilisées après une rémission obtenue avec la ciclosporine (ou le tacrolimus) ; cette approche diminue le risque de devoir pratiquer une colectomie à la fois à court terme (c.-à-d. 1 an) et à long terme (c.-à-d. 5 ans).

Il y a également l'option de traitement par anti-TNF. Les études montrent que l'infliximab aide les patients à parvenir à une rémission, à la maintenir et à cesser les corticoïdes ; il contribue aussi probablement à prévenir la colectomie. Il a été également observé que l'adalimumab aide les patients atteints de RCH de forme modérée à sévère à parvenir à une rémission et à la maintenir, et qu'il contribue à la réduction des symptômes et de l'inflammation du côlon et à l'arrêt des corticoïdes.

Une autre option possible consiste à combiner les thiopurines avec un traitement par anti-TNF. Cette approche diminue le risque d'une mauvaise réaction ou d'une perte d'efficacité de l'anti-TNF si des anticorps anti-TNF sont produits. Il a été observé dans une étude que le traitement combiné d'infliximab et d'azathioprine contribue davantage au sevrage des corticoïdes que si ces agents sont utilisés seuls. Cette association contribue probablement aussi à prévenir la colectomie. En outre, il est possible d'interrompre l'azathioprine après les six premiers mois de traitement combiné parce que les anticorps qui empêchent l'action de l'infliximab et sont inhibés par les thiopurines tendent à apparaître dans les tout premiers mois du traitement par anti-TNF.

Interventions chirurgicales dans la MC

Le risque de complications chirurgicales est plus élevé lorsque l'opération intervient tardivement.

Une procédure par étape (colectomie en premier lieu) doit être pratiquée dans les cas aigus lorsqu'il n'y a pas de réponse au traitement médical ou si le patient a pris 20 mg de prednisolone ou plus par jour pendant plus de six semaines.

Une intervention pratiquée par un chirurgien ayant des compétences en matière de laparoscopie, le cas échéant, peut être un avantage pour le patient.

Dans les cas de colite aiguë grave, il est important que des chirurgiens et des gastroentérologues expérimentés collaborent ensemble pour assurer une prise en charge sûre du patient. S'il est important d'essayer un traitement médical avant d'envisager une chirurgie, il est tout aussi capital de ne pas repousser inutilement la décision d'une intervention chirurgicale. Retarder l'intervention chirurgicale alors que celle-ci est nécessaire mène souvent à des résultats moins bons pendant et après celle-ci. Par conséquent, en cas d'échec du traitement médical, le patient doit envisager la chirurgie. Celle-ci doit être effectuée en deux ou trois étapes (c.-à-d. colectomie et iléostomie en premier lieu) lorsque le patient présente une colite aiguë grave ou a reçu beaucoup de corticoïdes. Et cela parce que cette intervention consiste à ôter le côlon pour permettre

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



aux patients de se rétablir et de recommencer à s'alimenter correctement. Après la colectomie, celui-ci peut envisager d'opter pour une anastomose iléo-anale (AIA) avec réservoir iléal ou de poursuivre avec une iléostomie. Le fait de commencer par une colectomie permet aussi d'exclure le diagnostic de maladie de Crohn ; si une maladie de Crohn est identifiée dans un prélèvement de côlon, cela signifie que l'AIA avec réservoir iléal n'est pas adaptée. Il peut y avoir un bénéfice à ce que la colectomie soit pratiquée par laparoscopie, parce que celle-ci peut aboutir à un rétablissement plus rapide et susciter moins de complications.

Les AIA avec réservoir iléal doivent être effectuées dans des centres/services spécialisés de référence, ayant l'expérience de ce type d'intervention. Cette approche semble avoir pour résultat de réduire les complications et peut même contribuer à « sauver » l'AIA avec réservoir iléal, si des complications se produisent.

L'AIA avec réservoir iléal est une opération chirurgicale complexe. Par conséquent, les chirurgiens et hôpitaux qui en réalisent un grand nombre tendent à avoir de meilleurs résultats et moins de complications que ceux qui n'en pratiquent que peu, d'où l'importance d'être pris en charge dans de tels centres/services.

Les femmes désireuses de préserver leur fertilité doivent envisager d'autres options chirurgicales, avec à la fois un gastroentérologue et un chirurgien spécialiste du côlon et du rectum, car les chances d'avoir un enfant à la suite d'une telle intervention sont plus faibles. Ces options sont la colectomie subtotal, l'iléostomie terminale ou l'anastomose iléo-rectale.

Une femme sur deux ayant subi une AIA avec réservoir iléal ne peut plus avoir d'enfants et cette intervention triple le risque d'infertilité par rapport au traitement médical de la RCH. (Le taux d'infertilité des femmes après une AIA avec réservoir iléal est de 48 % contre 15 % chez les femmes sous traitement médical). Ceci est probablement dû aux adhérences créées dans les trompes de Fallope par l'intervention chirurgicale. Par conséquent, les femmes en âge de, et ayant l'intention de, procréer doivent être informées sur les options alternatives, comme l'iléostomie permanente ou l'anastomose iléo-rectale. L'avantage de l'anastomose iléo-rectale est qu'elle ne semble pas réduire la fertilité. Son inconvénient est la persistance de l'inflammation du rectum (avec le risque associé de cancer colorectal).

L'anastomose iléo-rectale doit être envisagée dans des cas particuliers. Lorsque cette intervention est pratiquée, le rectum conservé doit faire l'objet d'une surveillance régulière par le gastroentérologue.

L'anastomose iléo-rectale n'est généralement pas une bonne option parce qu'elle n'élimine pas les symptômes de la RCH et que ceux-ci risquent de persister dans le rectum conservé. Néanmoins, une personne sur deux ayant subi une anastomose iléo-rectale aura toujours son rectum au bout de dix ans et la qualité de vie après cette intervention est acceptable par rapport à celle après une AIA avec réservoir iléal. Par conséquent, elle peut être envisagée par certains patients atteints de RCH, en particulier par les femmes en âge de procréer. Néanmoins, le rectum devra faire l'objet d'une surveillance en raison du risque de cancer colorectal.

La prise d'une dose égale ou supérieure à 20 mg de prednisolone (ou un médicament équivalent) pendant plus de six semaines accroît le risque de complications chirurgicales. Par conséquent, un sevrage des corticoïdes doit être effectué avant la chirurgie, dans la mesure du possible.

Il a été observé, dans de nombreuses études, que les patients prenant 20 mg de prednisone ou plus par jour pendant plus de six semaines ont davantage de probabilités de présenter des complications chirurgicales. Par conséquent, le sevrage des corticoïdes doit être instauré avant l'intervention, dans la mesure du possible.

De plus, en cas de sevrage des corticoïdes après l'intervention chirurgicale, il est important de ne pas provoquer de troubles liés à l'arrêt des corticoïdes, qui se caractérisent par une baisse de la tension artérielle et de faibles taux de sodium et de glycémie.

La prise de thiopurines ou de ciclosporine avant l'intervention chirurgicale n'augmente pas le risque de complications post-opératoires. Mais la prise d'infiximab avant l'intervention chirurgicale peut augmenter le risque de complications post-opératoires.

La prise de thiopurines ou de ciclosporine avant l'intervention chirurgicale ne semble pas augmenter le risque de complications post-opératoires après la colectomie. Les résultats de certaines études montrent que l'infiximab semble augmenter le risque de complications immédiatement après l'intervention chirurgicale, et il est probable que celles-ci soient liées à un risque accru d'infection résultant de l'immunosuppression. Mais par ailleurs, dans plusieurs autres études, cette augmentation du risque de complications post-opératoires avec l'infiximab n'a pas été constatée. Ceci n'est donc pas une certitude. On ne sait pas si le tacrolimus augmente le risque de complications post-opératoires en raison du manque d'études à ce sujet.

Complications chirurgicales : pochite

Le diagnostic de pochite comprend des symptômes et certaines anomalies constatées à l'examen endoscopique et à l'analyse histologique. La pochite est plus fréquente lorsque la maladie n'est pas limitée uniquement au côlon avant l'intervention chirurgicale, qu'elle est présente ailleurs que dans les intestins (c.-à-d. dans le cas de la CSP) ou que le patient est non-fumeur, présente une sérologie p-ANCA positive ou a pris des AINS.

Les symptômes liés à la pochite sont : des selles fréquentes et liquides, des crampes abdominales, des urgences fécales, un ténésme et une gêne au niveau de la région pelvienne. Elle peut aussi s'accompagner de saignements rectaux, fièvre ou manifestations extra-intestinales. Les symptômes seuls ne permettent pas de déterminer qu'il s'agit d'une pochite. La cuffite, une inflammation de la bande muqueuse rectale, par exemple, peut provoquer des symptômes similaires. De la même manière, la maladie de Crohn dans le réservoir et le syndrome du réservoir irritable (l'équivalent du syndrome de l'intestin irritable) peuvent provoquer des symptômes similaires. Par conséquent, il faut procéder à une endoscopie du réservoir iléal pour confirmer le diagnostic. L'inflammation du réservoir semble différente de celle provoquée par la RCH parce qu'il s'agit d'une pathologie différente. Il convient de pratiquer des biopsies pendant l'endoscopie du réservoir pour s'assurer qu'il s'agit bien d'une pochite et non d'une autre affection comme une maladie de Crohn ou une infection à *C. difficile*.

Certains facteurs de risque sont associés au développement d'une pochite. Une colite plus étendue avant l'intervention chirurgicale, une iléite de reflux (c.-à-d. une inflammation de l'iléon terminal), l'étendue de la maladie à l'extérieur du côlon (en particulier, la CSP), le fait d'être non-fumeur et l'usage régulier d'AINS augmentent la probabilité de développer une pochite. Si ces facteurs n'empêchent pas un patient d'être traité par une AIA avec réservoir iléal, ils doivent être évoqués dans la discussion avec lui.

Les symptômes les plus fréquents de la pochite sont un nombre accru de selles liquides, l'impériosité des selles, les crampes abdominales et une gêne au niveau de la région

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



pelvienne (c.-à-d. dans la partie inférieure de l'abdomen et à proximité de l'anus). La fièvre et les saignements sont rares. En l'absence de symptômes, une endoscopie du réservoir est nécessaire.

Les symptômes de la pochite sont des selles fréquentes et liquides, des crampes abdominales, des urgences fécales, un ténésme et une gêne au niveau de la région pelvienne. Elle peut aussi s'accompagner de saignements rectaux, fièvre ou manifestations extra-intestinales. Les saignements rectaux sont plus souvent liés à l'inflammation de la bande muqueuse rectale qu'à la pochite. Une incontinence fécale peut se produire en l'absence de pochite après une AIA avec réservoir iléal, mais elle est plus fréquente dans les cas de pochite.

Le métronidazole ou la ciclosporine sont efficaces chez la plupart des patients présentant une pochite, bien que la meilleure méthode de traitement ne soit pas clairement établie. La ciclosporine induit moins d'effets indésirables. Les antidiarrhéiques (lopéramide, par ex.) peuvent réduire le nombre de selles liquides (en présence ou en l'absence de pochite).

Les antibiotiques sont le meilleur moyen de traiter la pochite. Le métronidazole ou la ciclosporine sont les antibiotiques les plus couramment prescrits. Il semble que la ciclosporine soit plus efficace pour réduire les symptômes et améliorer les résultats visibles à l'endoscopie du réservoir et qu'elle provoque moins d'effets indésirables. Il faut également envisager les antidiarrhéiques (lopéramide, par ex.) chez les patients ayant subi une AIA avec réservoir iléal parce qu'ils peuvent réduire significativement le nombre de selles liquides, que ceux-ci présentent ou non une pochite.

Lorsque la rémission de la pochite est induite par des antibiotiques, le VSL#3 peut contribuer à maintenir la rémission. Il peut aussi éviter l'apparition de la pochite, s'il est instauré immédiatement après l'AIA avec réservoir iléal.

Une fois la rémission obtenue dans la pochite chronique, le traitement avec le mélange probiotique concentré VSL#3 contribue au maintien de la rémission. Il a été observé que l'utilisation de VSL#3 à titre préventif peut prévenir la première apparition de pochite aigüe au cours de la première année suivant l'intervention chirurgicale : seulement 10 % des patients ayant pris du VSL#3 développent une pochite contre 40 % sous placebo. La raison de l'efficacité du VSL#3 est en grande partie inconnue, mais on pense qu'elle est peut-être due au fait qu'il augmente la diversité bactérienne et diminue la diversité fongique dans l'AIA avec réservoir iléal.

Complications : cancer colorectal

Les patients souffrant de longue date d'une pancolite ont un risque plus élevé de développer un cancer du côlon.

Ce risque chez les patients atteints de RCH est de 2 % au bout de 10 ans, 8 % au bout de 20 ans et 18 % au bout de 30 ans. En outre, le degré de risque est élevé chez les personnes présentant une pancolite, moyen chez celles présentant une colite distale et faible chez celle atteintes de proctite. Par conséquent, plus la durée de la RCH est longue et plus la partie du côlon atteinte est importante, plus le risque de développer un cancer du côlon est élevé.

Certains patients atteints de RCH présentent un risque plus élevé de développer un cancer du côlon que d'autres.

Ce sont des patients qui ont :

- une CSP

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



- des polypes post-inflammatoires
- des membres de leur famille qui présentent ou ont présenté un cancer du côlon
- une inflammation plus sévère ou persistante.

Les facteurs de risque de cancer du côlon les plus courants sont la cholangite sclérosante primitive (CSP) et l'activité histologique ou clinique de la maladie. Le risque pour les patients présentant une CSP de déclarer un cancer du côlon au cours de leur existence peut atteindre le taux de 31 %. Il a également été observé que les polypes sont des facteurs de risque importants, bien que l'augmentation du risque puisse être causée par des dysplasies interprétées à tort comme des polypes inflammatoires. Les antécédents familiaux de cancer du côlon sont associés à un risque accru de déclarer cette pathologie, bien que ceci n'ait pas été observé dans toutes les études.

Le médecin doit évaluer le risque de cancer du côlon lors de la coloscopie de dépistage ou de la première coloscopie de surveillance six à huit ans après la manifestation des premiers signes de RCH. Le niveau de risque dépend de l'étendue du côlon touchée par la maladie et de la gravité de l'inflammation.

Le niveau de risque de cancer du côlon présenté par le patient peut être déterminé lors de la coloscopie de dépistage ou de la première coloscopie de surveillance six à huit ans après la manifestation des premiers signes de RCH. Les facteurs de risque sont les suivants : (a) pancolite, (b) inflammation constatée à l'analyse histologique et/ou à l'examen endoscopique, (c) pseudopolypes et (d) antécédents familiaux de cancer colorectal. Le risque est élevé chez les personnes présentant trois de ces facteurs de risque ou plus, et faible chez celles qui en présentent deux ou moins.

Il convient de pratiquer une coloscopie tous les ans ou tous les deux ans à compter de la huitième année suivant le diagnostic chez les personnes atteintes de colite distale ou de pancolite présentant un risque élevé, et tous les 3 ou 4 ans chez celles ayant un risque faible. S'il n'y a pas de signes cancéreux constatés à l'analyse au microscope ou d'inflammation constatée à l'examen histologique et/ou endoscopique après deux coloscopies de surveillance consécutives, l'intervalle de surveillance peut être augmenté (et peut passer, p. ex., de tous les ans ou tous les deux ans à tous les trois ou quatre ans).

Les 5-ASA peuvent réduire le risque de cancer du côlon. En présence d'une CSP, de l'acide ursodéoxycholique doit être prescrit pour diminuer ce risque. On ne sait pas si les thiopurines peuvent ou doivent être prescrites pour réduire le cancer du côlon.

Pour inhiber, retarder ou inverser la formation et la progression du cancer, on a recours à des agents de chimioprévention. Les 5-ASA sont un exemple d'agent de chimioprévention utilisé dans les cas de RCH. Il a été observé, dans de nombreuses études, que les 5-ASA diminuent le risque de cancer du côlon chez les patients atteints de RCH et peuvent même le diviser par deux. Par ailleurs, les suppléments d'acide folique, le calcium, les multivitamines ou les statines ne réduisent pas le risque de cancer du côlon dans les cas de RCH. Et on ne sait pas si les thiopurines sont efficaces à cet égard.

Parfois, les patients atteints de RCH présentent également une CSP et ceux-ci ont alors un risque bien plus élevé de développer un cancer du côlon. Ce risque peut s'élever à 31 % au cours de leur vie. Heureusement, il a été observé que l'acide ursodéoxycholique réduit l'incidence de cancer du côlon chez les patients atteints de RCH et de CSP, et il doit donc leur être prescrit de façon habituelle.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Autres complications

Les facteurs psychologiques peuvent affecter l'évolution de la RCH. Le risque de rechute de la maladie peut être plus élevé chez les patients souffrant de stress ou de dépression. Les patients souvent déprimés ont une moins bonne qualité de vie liée à la santé et les patients anxieux sont moins susceptibles de suivre leur traitement de manière rigoureuse.

Il a été démontré, dans de nombreuses études menées sur des patients atteints de RCH, que le stress psychologique et l'activité de la maladie étaient corrélés. Des études montrent que la dépression, l'anxiété ou le stress fortement perçu peuvent accélérer les poussées, bien que d'après une étude, la probabilité de rechuter n'est pas plus élevée chez les patients atteints de dépression. Par conséquent, les preuves à cet égard sont quelque peu divergentes. Il a néanmoins été observé que la dépression et le neuroticisme (un trait de personnalité qui se caractérise par une instabilité émotionnelle, de l'anxiété, de la crainte et de l'inquiétude) sont associés à une moins bonne qualité de vie. L'anxiété et les sautes d'humeur semblent être corrélées avec la non-observation du traitement médical de la RCH.

Le médecin et le patient doivent discuter des effets psychologiques de la maladie et de la qualité de vie liée à la santé. Il convient de donner des informations et des explications personnalisées (c.-à-d. individualisées) sur la RCH. L'association d'une autogestion par le patient et de rendez-vous centrés sur le patient peut améliorer le contrôle de la maladie.

Les perceptions en matière de santé jouent sur l'expérience de la maladie par le patient. Les patients psychologiquement déprimés peuvent avoir des difficultés à traiter les informations importantes sur leur maladie. Le fait de leur en faire prendre conscience peut améliorer la communication entre eux et le médecin ou les professionnels de santé. Il est important que les patients soient informés individuellement de leur état et qu'un soutien leur soit fourni sur le plan émotionnel. Et cela parce que les patients qui comprennent moins bien leur maladie ont tendance à être plus préoccupés et inquiets. L'usage des soins de santé est fortement lié aux facteurs psychosociaux. La non-observation des conseils médicaux a été rapportée chez plus de 40 % de patients. Or c'est là où la relation entre le patient et le médecin ou le personnel de santé est essentielle. Les guides d'autogestion et les consultations axées sur le patient améliorent le contrôle de la maladie par ce dernier. Les brochures d'information ne semblent pas utiles en elles-mêmes et peuvent même aggraver les résultats pour les patients. En outre, les programmes d'éducation thérapeutique des patients n'ont pas ou ont peu d'influence sur l'évolution de leur maladie ou leur bien-être psychologique.

Complications extra-intestinales : os et articulations

Chez les patients atteints de RCH, de l'arthrite (c.-à-d. des douleurs articulaires et un gonflement des articulations) peut parfois se déclarer dans les articulations des bras et des jambes (ce qu'on appelle l'« arthrite périphérique ») ou dans la partie inférieure du dos (ce qu'on appelle l'« arthrite axiale »). Lorsque l'arthrite touche les grosses articulations des bras et des jambes, le traitement prescrit pour la RCH soulage généralement ces symptômes. Si ces symptômes persistent alors que ceux de la RCH disparaissent, des AINS peuvent être utilisés à court terme. Les injections locales de corticoïdes et la kinésithérapie sont également utiles pour traiter l'arthrite périphérique. Si celle-ci persiste, on pourra avoir recours à la sulfasalazine. La kinésithérapie intensive associée aux AINS a davantage fait ses preuves dans le traitement de l'arthrite touchant la partie inférieure du dos. Cependant, il vaut mieux éviter les AINS à cause de leur profil d'innocuité défavorable. Dans le cas de l'arthrite axiale, la sulfasalazine, le méthotrexate

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



et l'azathioprine ne sont pas efficaces ou le sont peu. Les anti-TNF constituent un bon traitement pour la spondylarthrite ankylosante ; il en va de même lorsque le patient ne tolère pas les AINS ou n'y répond pas.

Les recommandations sur le traitement des arthropathies (c.-à-d. des maladies articulaires) liées à la RCH sont basées sur des études portant sur les spondylarthropathies (c.-à-d. des maladies articulaires), en particulier la spondylarthrite ankylosante (c.-à-d. l'arthrite au niveau de la colonne vertébrale). Aucune étude bien conçue n'a été effectuée dans le domaine des MICI. Par conséquent, les recommandations sont déduites d'autres domaines thérapeutiques.

S'agissant de l'arthrite périphérique, le traitement de la RCH sous-jacente par des corticoïdes, des immunomodulateurs et des anti-TNF devrait résoudre cette affection. Si le traitement de la RCH sous-jacente n'allège pas les douleurs articulaires, le patient doit envisager de prendre des AINS à court terme. Si les AINS peuvent potentiellement aggraver la RCH sous-jacente, ce risque semble faible. La kinésithérapie peut soulager les symptômes. L'utilisation d'inhibiteurs de la COX-2 (étoricoxib et célécoxib, p. ex.) semble plus sûre et induit un moindre risque de poussée de la maladie que les AINS habituels. La sulfasalazine peut apporter un bénéfice dans les arthropathies touchant les grosses articulations. L'infliximab peut aussi avoir un effet bénéfique sur l'arthrite périphérique.

S'agissant des arthropathies axiales dans la RCH, la plupart des traitements sont basés sur les résultats d'études relatives à la spondylarthrite ankylosante. La kinésithérapie intensive et les AINS peuvent être utilisés, bien que les AINS doivent être évités à long terme. On peut envisager des injections locales de corticoïdes. La sulfasalazine, le méthotrexate et l'azathioprine ne sont pas efficaces dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante accompagnée de symptômes axiaux. Chez les patients présentant une spondylarthrite ankylosante active, qui ne tolèrent pas les AINS ou n'y répondent pas, les anti-TNF sont recommandés. L'adalimumab et l'infliximab ont tous deux montré une innocuité et une efficacité suffisantes dans le traitement de cette pathologie.

L'ostéopénie permet de prévoir l'ostéoporose à l'avenir, mais présente peu de risque direct. Cependant, en présence de certains critères (c.-à-d. un T-score inférieur à -1,5), il faut prescrire du calcium et de la vitamine D. L'ostéoporose doit être traitée en cas de fracture antérieure (même si les T-scores sont normaux).

Le traitement par une dose de 500 à 1 000 mg de calcium par jour et de la vitamine D (800 à 1 000 UI par jour) renforce la densité osseuse chez les patients atteints de MICI. Cependant, aucune étude n'a été réalisée sur son effet dans la prévention des fractures chez ces patients. Par conséquent, la recommandation générale d'un traitement par des bisphosphonates en raison d'une réduction de la densité osseuse n'est pas envisageable. Ceci dit, les femmes ménopausées ou celles présentant une ostéoporose induite par des corticoïdes bénéficieront de ce traitement. Globalement, chez les patients présentant une faible densité osseuse et des facteurs de risque supplémentaires, ce traitement doit être envisagé.

L'indicateur le plus solide de futures fractures est l'existence d'une fracture antérieure au niveau de la colonne vertébrale, y compris chez les personnes présentant une densité osseuse normale. Par conséquent, il convient de traiter en conséquence tous les patients ayant déjà subi des fractures.

Peau

Les traitements par anti-TNF peuvent provoquer une inflammation cutanée. Celle-ci disparaît généralement lorsque le médicament n'est plus administré. En cas d'incertitude

sur la cause de l'inflammation cutanée, le patient doit être orienté vers un dermatologue. À cet égard, le traitement à utiliser sera essentiellement basé sur ce qui se passe dans d'autres maladies chroniques. Ces traitements peuvent inclure des corticoïdes par voie topique, des agents kératolytiques par voie topique, de la vitamine D, du méthotrexate ou la modification ou l'interruption du traitement par anti-TNF.

Les traitements par anti-TNF prescrits dans les cas de RCH peuvent parfois provoquer des troubles cutanés comme un psoriasis ou de l'eczéma. Ceux-ci affectent environ 22 % des patients sous anti-TNF. Les lésions cutanées ne sont pas corrélées avec les symptômes des MICI, mais sont plus courantes chez les femmes. Les traitements topiques par corticoïdes, agents kératolytiques (acide salicylique, urée), émoullissants, analogues de la vitamine D et rayons ultraviolets (UV) (UVA ou UVB à bande étroite) entraînent une rémission partielle ou totale chez plus de la moitié des patients. Globalement, 34 % des personnes présentant des problèmes cutanés doivent finalement interrompre les anti-TNF parce qu'elles n'arrivent pas à maîtriser ces problèmes. Heureusement, ceux-ci disparaissent une fois que le traitement par anti-TNF est interrompu.

Yeux

Un patient présentant des problèmes oculaires doit être orienté vers un ophtalmologue. L'épisclérite (c.-à-d. une inflammation de l'œil) peut ne pas exiger de traitement systémique et répond généralement aux AINS ou aux corticoïdes par voie topique. L'uvéïte se traite par des corticoïdes, soit locaux soit systémiques. Les immunomodulateurs, y compris les anti-TNF, peuvent être utiles dans les cas plus persistants.

L'uvéïte et l'épisclérite sont les symptômes oculaires les plus courants causés par les MICI. L'épisclérite peut ne pas être douloureuse et se présenter sous la forme d'yeux rouges, mais une sensation de démangeaison et de brûlure peut aussi se produire. L'inflammation peut se guérir seule, sans traitement. Mais elle répond généralement aux AINS et aux corticoïdes par voie topique ou aux simples analgésiques administrés parallèlement au traitement de la RCH sous-jacente.

L'uvéïte (c.-à-d. l'inflammation de l'uvée) est moins courante, mais a potentiellement des conséquences plus sévères. Lorsqu'elle est liée à la RCH, elle se déclare fréquemment dans les deux yeux ; elle est insidieuse au début et dure longtemps. Le patient se plaint de douleurs oculaires, d'une vision floue, d'une sensibilité à la lumière et de maux de tête. Comme il s'agit d'une maladie grave et qu'elle peut entraîner la perte de la vue, la personne atteinte d'une uvéïte doit immédiatement consulter un ophtalmologue (c.-à-d. un médecin spécialiste de l'œil). Le traitement comprend généralement des corticoïdes à la fois par voie topique et systémique. Il a été observé que l'azathioprine, le méthotrexate, l'infliximab et l'adalimumab sont tous bénéfiques dans les cas résistants.

Foie et vésicule biliaire

Parfois, la RCH peut provoquer des troubles au niveau du foie, de la vésicule biliaire, des voies biliaires ou de la bile. C'est ce que l'on appelle des troubles hépatobiliaires. Le médecin devra vérifier cela si le bilan hépatique présente des résultats anormaux. On a recours à l'échographie et à la sérologie pour rechercher les causes des maladies infectieuses ou auto-immunes. La CSP est l'un des troubles hépatobiliaires possibles et le meilleur moyen de la diagnostiquer est la cholangio-IRM. Les patients présentant une CSP présentent plus de risque de développer un cancer.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Le bilan hépatique des patients atteints d'une MICI présente couramment des résultats anormaux. La CSP est la cause la plus fréquente des troubles hépatiques chez les patients atteints d'une MICI, bien que d'autres affections puissent coexister dans les MICI (cirrhose, calculs biliaires et hépatite chronique, p.ex.). Certains médicaments (azathioprine, p. ex.) utilisés pour le traitement des MICI peuvent aussi induire des résultats anormaux au niveau du bilan hépatique. Généralement, les troubles hépatiques apparaissent au cours des examens de routine avant que les symptômes ne se déclarent. Si l'échographie est normale, que la probabilité d'effets indésirables provoqués par des médicaments est écartée, que les examens sérologiques pour le dépistage d'autres maladies hépatiques sont négatifs, les résultats anormaux dans le bilan hépatique sont probablement dus à une CSP. Le test de diagnostic habituel de la CSP est la cholangio-IRM. En présence d'une CSP, l'image montrera des voies biliaires irrégulières avec des zones rétrécies et d'autres dilatées. Si la cholangio-IRM ne révèle rien, il faut pratiquer une biopsie. Il est important de s'assurer de l'existence ou non d'une CSP parce que celle-ci augmente le risque de développer un cancer du côlon chez les patients atteints de RCH. Par conséquent, ceux qui présentent une CSP nécessitent une surveillance accrue.

Sang et coagulation

Le risque de caillots sanguins et de décès à la suite de caillots sanguins est deux fois plus élevé chez les patients présentant une RCH que chez les autres personnes. En présence d'un risque de caillots dans les vaisseaux sanguins, la prévention peut être effectuée de façon mécanique (bas de contention p. ex.) ou à l'aide de médicaments (héparine, p.ex.). Le traitement des caillots sanguins dans le cadre d'une RCH doit suivre les options de traitement par anticoagulants établies, en tenant compte du risque potentiellement accru d'hémorragies.

Pour des raisons en grande partie inconnues, les patients atteints de RCH présentent un risque plus élevé de développer des caillots dans les veines, ce que l'on appelle une thrombose veineuse. Il est important de traiter cette dernière, car elle peut entraîner des complications et même le décès. Il convient de diagnostiquer ces caillots sanguins à l'aide des techniques d'imagerie appropriées comme l'échographie ou la phlébographie. En termes de traitement, des anticoagulants doivent être prescrits pour traiter les caillots sanguins. Si une personne présente un second épisode de caillots sanguins, un traitement à long terme doit être envisagé. On ignore si les patients atteints d'une MICI présentent davantage de complications hémorragiques dues aux anticoagulants que les autres. Quoiqu'il en soit, les patients atteints de RCH doivent se méfier des longs voyages et des contraceptifs oraux, car ils augmentent le risque de caillots sanguins.

Des suppléments de fer sont nécessaires en cas d'anémie par carence en fer. Il faut aussi vérifier que les patients ne présentent pas une carence en fer sans anémie. Le fer par voie IV est plus efficace et mieux toléré que sous la forme de comprimés oraux. En présence d'une anémie sévère, d'une intolérance au fer par voie orale ou d'une réponse insatisfaisante au fer par voie orale, du fer par voie IV doit être prescrit. Si des résultats rapides sont nécessaires, le fer par voie IV peut être prescrit conjointement avec un agent érythropoïétique.

En présence d'une anémie et d'un déficit de fer établi, une supplémentation en fer doit être instaurée. Dans le cas d'une carence en fer sans anémie, il faut adopter une approche individualisée. Le principal objectif thérapeutique en présence d'une anémie avec carence en fer est d'administrer du fer en quantité suffisante pour augmenter l'hémoglobine. Idéalement, les taux d'hémoglobine doivent être augmentés de plus de 2 g/dl ou jusqu'aux valeurs normales dans un délai de 4 semaines. Il convient aussi de

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

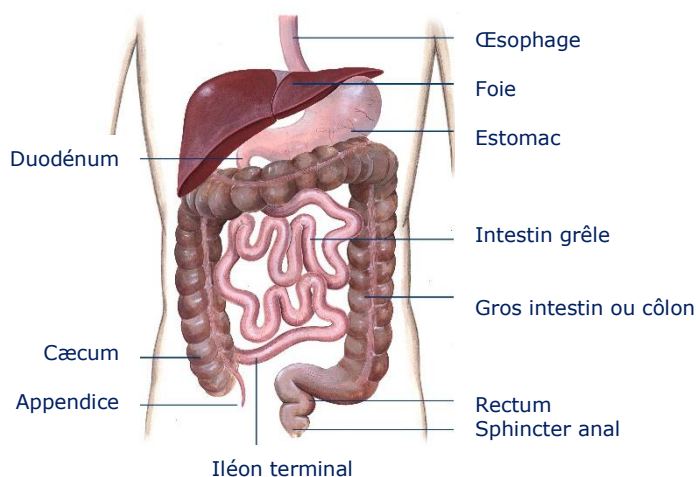


reconstituer les réserves de fer (coefficient de saturation de la transferrine supérieur à 30 %), de soulager les symptômes liés à l'anémie et d'améliorer la qualité de vie. Les coefficients de saturation de la transferrine supérieurs à 50 % et les taux de ferritine dépassant 800 g/l sont considérés comme toxiques et doivent être évités.

La supplémentation en fer peut être administrée par voie orale, intramusculaire ou intraveineuse. Le mode sera déterminé en fonction des symptômes, des causes, de la gravité et de la présence ou non de problèmes de santé autres que la RCH chez le patient. Bien que le traitement par voie orale soit le mode de prédilection des gastroentérologues, il entraîne fréquemment des symptômes gastro-intestinaux comme des nausées, des flatulences et des diarrhées. En outre, 90 % du fer n'est pas absorbé et ceci peut donc conduire à une exacerbation de la MICI. De ce fait, les injections de fer par voie IV gagnent en popularité. Cependant, bien qu'elles soient efficaces, entraînent des résultats plus rapides et soient plus sûres que le fer par voie orale, elles ne sont toujours pas le traitement usuel. Globalement, les patients qui doivent prendre du fer par voie IV sont ceux qui présentent une anémie sévère et une forte inflammation, ne tolèrent pas le fer oral ou n'y répondent pas et sont sous médicament pour stimuler la production de globules rouges.

Glossaire

Illustration anatomique du tractus gastro-intestinal



© Hendrik Jonas für Agentur BAR M Berlin

Terme	À quoi le terme se rattache-t-il ?	Définition
5-ASA ou acide 5-aminosalicylique ou mésalazine	Médicament	Médicament par voie topique utilisé pour traiter les MICI, de préférence la RCH, et dans certains cas la MC. Le 5-ASA est également connu sous le nom de mésalazine et peut être administré par voie orale ou par voie rectale sous forme de lavement, mousse ou suppositoire.
6-TGN	Médicament	Métabolite actif de l'azathioprine ou de la mercaptopurine.
Abcès	Complication de la MC	Accumulation de tissus liquéfiés, connus sous le nom de pus, enfermés dans une partie quelconque du corps. L'abcès est le résultat d'une réaction défensive de l'organisme face à l'intrusion d'un corps étranger.
Acide ursodéoxycholique	Traitement	Médicament administré par voie orale aux patients atteints de CSP (cholangite sclérosante primitive, une maladie hépatique chronique caractérisée par une inflammation et une fibrose des voies biliaires à l'intérieur et à l'extérieur du foie) afin de protéger le foie et prévenir le cancer colorectal.
Adalimumab	Médicament	Anti-TNF, appartenant au groupe des médicaments biologiques (fabriqués par procédé biotechnologique), couramment utilisés dans le traitement des MICI. Il est injecté sous la peau (voie sous-cutanée) par le patient lui-même ou par

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		un infirmier.
Adhérences	Complication chirurgicale	Parties de l'intestin qui s'accrochent à cause de réactions inflammatoires. Les adhérences peuvent provoquer une occlusion et des douleurs.
Agent érythropoïétique	Médicament	Médicament stimulant la production de globules rouges.
Agent kératolytique	Médicament	Médicament utilisé pour éliminer les verrues et autres lésions.
AIA (anastomose iléo-anale) avec réservoir iléal	Chirurgie	Intervention chirurgicale pratiquée chez les patients atteints de RCH, qui consiste à restructurer l'extrémité de l'intestin grêle sous forme de réservoir afin qu'il fasse le travail du gros intestin avant que celui-ci n'ait été ôté.
AINS ou anti-inflammatoires non stéroïdiens	Médicament	Médicaments qui soulagent la douleur et réduisent la fièvre et l'inflammation extra-intestinale. Les plus courants sont l'aspirine et l'ibuprofène. Mais ils doivent être évités chez les patients atteints de MICI car ils peuvent accroître le risque de poussées.
Aminosalicylate	Médicament	Médicament utilisé pour traiter les MICI, connu également sous le nom de 5-ASA.
Anastomose iléo-rectale	Chirurgie	Intervention chirurgicale, dans laquelle le rectum est conservé, mais l'iléon lui est raccordé. Ceci à la différence de l'AIA avec réservoir iléal, dans laquelle on procède à l'ablation du rectum.
Anémie	Maladie	Trouble caractérisé par un nombre anormalement faible de globules rouges sains ou d'hémoglobine. L'anémie peut provoquer une sensation de fatigue et de faiblesse.
Anémie liée à une maladie chronique	Trouble lié aux MICI ou à d'autres maladies inflammatoires.	Il s'agit ici de l'anémie résultant d'une maladie chronique comme une MICI ou d'un autre processus inflammatoire.
Anémie par carence en fer	Maladie	Affection qui se manifeste par une baisse des globules rouges dans le sang à cause d'une carence en fer.
Antibiotiques	Médicament	Médicaments utilisés dans le traitement des infections causées par des bactéries. Ils ne sont pas efficaces contre les virus.
Antidiarrhéique	Médicament	Médicament soulageant les symptômes de la diarrhée. Le plus courant est le loperamide.
Anti-TNF	Médicament	Médicaments biologiques (fabriqués par procédé biotechnologique) couramment utilisés dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Les plus courants sont l'infliximab, l'adalimumab, le certolizumab et le golimumab.
Appendicectomie	Chirurgie	Ablation de l'appendice par un chirurgien. Elle est généralement pratiquée en cas d'appendicite.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Appendicite	Maladie	Inflammation de l'appendice, celui-ci étant une extension du côlon. L'appendicite peut provoquer, entre autres, des douleurs, une perte d'appétit, de la fièvre ou une perforation de l'appendice.
Arthrite	Maladie liée aux MICI	Inflammation d'une ou de plusieurs articulations qui provoque des douleurs et un gonflement au niveau des articulations.
Arthrite axiale	Maladie liée aux MICI	Maladie des articulations ; peut affecter la colonne vertébrale et les hanches.
Arthrite périphérique	Maladie	Inflammation des articulations affectant les grosses articulations des membres.
Arthropathie		Maladie ou trouble anormal affectant une articulation.
Auto-immune	Qualificatif d'une maladie	Une maladie auto-immune est une maladie dans laquelle le système immunitaire s'attaque aux cellules saines de l'organisme.
Azathioprine	Médicament	Voir thiopurines
Baryum (produit de contraste)	Test de diagnostic	Substance utilisée dans certains examens radiologiques pour améliorer la visualisation des structures anatomiques.
Biopsie(s)	Test de diagnostic	Une biopsie est un échantillon de tissu prélevé dans l'organisme afin de l'examiner de plus près. Le prélèvement est effectué sur la paroi intestinale pendant la coloscopie.
Biphosphonates	Médicament	Composés qui ralentissent la perte osseuse et augmentent la densité osseuse.
Budésonide	Médicament	Médicament appartenant à la classe des corticoïdes. Le budésonide a une action anti-inflammatoire et il est utilisé sous forme orale pour traiter les poussées aiguës dans la MC iléo-cæcale et la RCH affectant l'extrémité haute du côlon. Les corticoïdes sont également des hormones produites naturellement par les glandes surrénales.
Calprotectine fécale	Examen	Protéine libérée dans l'intestin lorsque le côlon est enflammé. Les taux de calprotectine fécale n'augmentent qu'en présence d'une inflammation du côlon. Par conséquent, ils sont plus utiles pour mesurer l'inflammation que les taux de CRP ou la VS, car ces derniers ne sont pas spécifiques aux MICI. Le patient doit fournir un échantillon de selles pour la mesurer.
Cancer du côlon	Maladie liée à la RCH/MC ou au traitement.	Connu aussi sous le nom de cancer colorectal. Les patients présentant une MICI ont un risque accru de développer un cancer du côlon. Celui-ci peut, entre autres, provoquer des symptômes comme la présence de sang dans les selles, une modification des habitudes de défécation, des grosseurs au niveau de l'abdomen et une perte de poids.
Carence en fer	Maladie	Taux de fer insuffisant dans le sang.
Carence en fer sans anémie	Maladie	Affection dans laquelle le taux de fer dans le sang n'est pas suffisant, mais pas au point de provoquer une anémie.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Centré sur le patient	Autre	Les soins centrés sur le patient visent à respecter les besoins individuels du patient, à y répondre et à faire en sorte que toutes les décisions cliniques soient guidées par les valeurs du patient.
Chirurgien spécialiste du côlon et du rectum	Autre	Chirurgien ayant pour spécialité la chirurgie du rectum, de l'anus et du côlon.
Cholangio-IRM ou cholangiographie par imagerie par résonance magnétique	Examen	Examen spécial à l'aide d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique afin d'explorer les troubles hépatobiliaires.
Ciclosporine	Médicament prescrit pour la RCH	Inhibiteur de la calcineurine, prescrit pour diminuer l'activité du système immunitaire. Ce médicament peut donc être utilisé dans le traitement de la RCH.
Ciprofloxacine	Médicament	Antibiotique également utilisé pour traiter les MICI et la pochite.
Clostridium difficile	Maladie	Bactérie susceptible de provoquer des symptômes semblables à ceux des MICI.
Colectomie	Chirurgie	Ablation du côlon par un chirurgien. Elle précède l'AIA avec réservoir iléal chez les patients atteints de RCH.
Colectomie subtotale	Chirurgie	Contrairement à la colectomie, la colectomie subtotale consiste en l'ablation d'une partie du côlon et non de la totalité de celui-ci.
Colite distale	Qualificatif d'une maladie	Colite ulcéreuse qui ne se développe pas au-delà de la partie gauche du côlon et peut être efficacement traitée par des médicaments topiques.
Colite indéterminée	Qualificatif d'une maladie	Dans les cas où il n'est pas possible de dire si une personne présente une MC ou une RCH, on parle de colite indéterminée. Cependant, le terme de colite indéterminée ne s'utilise que pour les échantillons provenant des résections.
Côlon (voir l'illustration)	Partie du corps	Connu également sous le nom de gros intestin.
Coloscopie	Examen	Examen au cours duquel un endoscope avec une caméra est inséré dans le rectum et le côlon tout entier pour analyser l'activité de la maladie et effectuer des biopsies.
Coloscopie virtuelle	Examen	Peut être effectuée avec un appareil de tomodensitométrie (TDM) ou d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Il s'agit d'une méthode permettant de visualiser l'intérieur du côlon sans utiliser d'endoscope.
Corticoïdes	Médicament	Classe de médicaments qui imitent les effets des hormones produites naturellement par les glandes surrénales et agissent comme immunosuppresseurs. L'hydrocortisone et la prednisolone sont les deux corticoïdes couramment utilisés dans le traitement des MICI.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Créatinine	Examen	Une analyse de la créatinine permet d'évaluer comment fonctionnent les reins.
CRP (protéine C réactive)	Examen	Examen sanguin effectué pour mesurer l'inflammation dans l'organisme. Il est certes utile de détecter l'inflammation dans l'organisme. Cependant, un taux élevé de CRP ne signifie pas forcément que l'inflammation se situe dans le côlon. Par conséquent, d'autres analyses doivent être effectuées pour voir si l'origine de l'inflammation se situe dans le côlon du patient atteint de MICI.
Colite ulcéreuse ou RCH	Qualificatif d'une maladie	La RCH, également appelée colite ulcéreuse, est l'une des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.
CSP	Maladie	Cholangite sclérosante primitive, une maladie hépatique chronique caractérisée par une inflammation et une fibrose des voies biliaires à l'intérieur et à l'extérieur du foie
Dysplasie cervicale	Maladie	Modification anormale du tissu recouvrant le col de l'utérus.
Échographie	Examen	Méthode d'imagerie employant des ultrasons pour évaluer les organes.
Effets indésirables	Médicament	Effet (nocif) non souhaité d'un médicament ou d'une intervention.
Électrolytes	Examen	Minéraux (sodium, potassium et chlore, p.ex.) présents dans le sang et autres fluides permettant le passage du courant électrique. Ils sont mesurés par un examen sanguin. Les MICI peuvent générer des taux d'électrolytes anormaux.
Endoscopie	Examen	Intervention consistant à insérer, dans l'organisme, un long tube muni d'une caméra à l'extrémité, afin d'analyser directement les organes concernés. L'endoscopie la plus couramment pratiquée chez les patients atteints de MICI est la coloscopie ou l'iléocoloscopie.
Endoscopique	Examen	Adjectif tiré d'endoscopie.
Entérographie par IRM (imagerie par résonance magnétique)	Examen	Examen utilisant les ondes magnétiques pour réaliser des images de l'intestin grêle, à l'aide d'un produit de contraste administré par voie orale, à des fins de diagnostic. Il n'émet donc pas de radiations.
Entéroscopie assistée	Examen	Examen de l'intestin grêle à l'aide d'un endoscope spécial.
Érythème noueux	Maladie liée aux MICI	Inflammation cutanée.
Étendue de la maladie	Qualificatif d'une maladie	Désigne la mesure dans laquelle le côlon est affecté par la RCH ou la MC. L'étendue de la maladie ne doit pas être confondue avec sa gravité qui désigne la profondeur et l'étendue de l'inflammation. L'étendue de la maladie est utile pour classer la RCH en proctite, colite distale ou pancolite et pour classer la MC selon qu'elle affecte

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		l'intestin grêle, le gros intestin ou le tractus gastro-intestinal supérieur.
Exploration endoscopique de l'intestin grêle par vidéo-capsule	Examen	Examen au cours duquel le patient avale une capsule contenant un appareil photo miniature. Celui-ci prend des images du tractus gastro-intestinal.
Fertile	Autre	Une personne fertile est une femme apte à être fécondée.
Fistule(s)	Complication de la MC	Ulcère(s) s'étendant à travers la paroi intestinale et créant un canal anormal entre l'intestin et la peau ou entre l'intestin et un autre organe. La fistule simple a un seul trajet et la fistule complexe en a plusieurs. La MC fistulisante est une forme de MC.
Fistulographie	Examen	Examen radiographique de la fistule.
Fistulotomie	Chirurgie	Ouverture chirurgicale d'une fistule.
Fracture	Autre	Rupture d'un os causée par un événement donné ou par la tension continue imposée à l'os.
Gastroentérologue	Autre	Médecin spécialisé dans les maladies gastro-intestinales comme les MICI.
Héparine de bas poids moléculaire	Médicament	Médicament couramment utilisé pour prévenir les caillots sanguins.
Histologique	Examen	Consiste à examiner au microscope le tissu cellulaire prélevé au cours des biopsies.
Iléocoloscopie	Examen	Examen du côlon et de l'iléon par endoscopie.
Iléoscopie	Examen	Examen par endoscopie de l'iléon, la partie terminale de l'intestin grêle.
Iléostomie terminale	Chirurgie	Consiste à sectionner la partie terminale de l'intestin grêle, à la relier à l'extérieur à travers la paroi de l'abdomen et à la suturer à la peau pour former une stomie. Une personne ayant subi une iléostomie terminale porte une poche sur le ventre pour recueillir les selles.
Imagerie	Examen	Production d'une image d'une partie de l'organisme à l'aide d'une diversité de techniques, comme la radiologie, l'échographie, la TDM ou l'IRM. Les techniques d'imagerie sont souvent nécessaires pour évaluer la partie de l'organisme affectée par les MICI.
Immunomodulateur	Médicament	Les immunomodulateurs affaiblissent ou stimulent l'activité du système immunitaire. Les immunosuppresseurs sont des immunomodulateurs couramment utilisés dans le traitement des MICI, car on pense que celles-ci sont au moins en partie provoquées par une suractivité du système immunitaire.
Immuno-suppresseur	Médicament	Classe de médicaments utilisés pour ralentir l'activité du système immunitaire, notamment les stéroïdes, les thiopurines, le méthotrexate, les anti-TNF et le védolizumab. Étant donné que les MICI peuvent être causées par une suractivité du

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		système immunitaire, les immunosuppresseurs peuvent être utiles pour les traiter.
Indices de sévérité de la maladie	Examen	L'indice de sévérité de la maladie est un moyen de mesurer la gravité de la maladie en fonction des symptômes du patient et de certains examens (apparence du côlon à l'endoscopie, p. ex.). Généralement, les maladies plus graves ont des scores plus élevés. À titre d'exemple, citons l'indice d'activité de la colite ulcéreuse (Ulcerative Colitis Disease Activity Index ou UCDAI) ou l'indice d'activité de la maladie de Crohn (Crohn Disease Activity Index ou CDAI).
Infliximab	Médicament	Médicament anti-TNF biologiquement couramment utilisé dans le traitement des MICI. Il est administré aux patients par perfusion sanguine.
Inhibiteurs de la calcineurine	Médicament	Agents immunosuppresseurs utilisés pour traiter les MICI et prévenir les rejets d'organes chez les patients ayant subi une greffe.
Inhibiteurs de la COX-2	Médicament	Il s'agit d'un AINS plus spécifique avec moins d'effets indésirables et mieux toléré dans les MICI.
Intubation endoscopique	Examen	Insertion d'un tube dans l'organisme à l'aide d'un endoscope.
IRM ou imagerie par résonance magnétique	Examen	Examen utilisant les ondes magnétiques pour prendre des images de différentes parties du corps à des fins de diagnostic. Il n'émet donc pas de radiations.
IV ou intraveineux	Médicament	Médicament administré dans le sang par injection dans les veines
Lactoferrine	Examen	Protéine libérée dans l'intestin lorsque le côlon est enflammé. Le patient doit fournir un échantillon de selles pour la mesurer.
Laparoscopique	Chirurgie	La chirurgie laparoscopique est une technique chirurgicale qui consiste à pratiquer de petites incisions sur le patient et y insérer des caméras pour voir le site de l'intervention chirurgicale. Comme les incisions sont plus petites, le rétablissement est généralement plus rapide qu'après une intervention chirurgicale classique.
Lavement	Médicament	Fluide injecté dans la partie inférieure du côlon par le rectum. Permet au médecin d'effectuer des examens ou d'administrer des médicaments.
Lavement baryté en double contraste	Examen	Procédure au cours de laquelle des radiographies du côlon et du rectum sont prises après insertion d'un liquide contenant du baryum dans le rectum. Le baryum met en évidence le côlon et le rectum sur la radiographie, ce qui contribue à faire ressortir les anomalies.
Lopéramide	Médicament	Médicament antidiarrhéique classique. Voir antidiarrhéique.
Maladie localisée	Qualificatif d'une maladie	Maladie limitée à un organe ou à une zone localisée du côlon.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Maladie(s) chronique(s)	Qualificatif d'une maladie	Maladie(s) qui affecte(nt) une personne pendant une longue durée (généralement durant toute sa vie). Les MICI sont des maladies chroniques.
Malnutrition	Complication de la MC	Nutrition inadéquate résultant, par exemple, d'une sous-alimentation, d'une alimentation mal équilibrée ou d'une malabsorption (voir malabsorption).
MC ou maladie de Crohn	Qualificatif d'une maladie	Maladie inflammatoire chronique de l'intestin. La maladie de Crohn peut affecter toutes les parties du tractus gastro-intestinal. Elle touche souvent l'intestin grêle, contrairement à la RCH.
Médicaments biologiques	Médicament	Protéines, généralement des IG (immunoglobulines), produites par des cellules génétiquement modifiées ; par exemple, les agents anti-TNF ou le védolizumab.
Mésalazine	Médicament	Médicament utilisé pour traiter les MICI. La mésalazine peut être administrée par voie orale ou rectale.
Méthotrexate	Médicament	Médicament appartenant à la classe des immunosuppresseurs, couramment utilisé dans le traitement de la MC. Il n'est pas aussi efficace dans le traitement de la colite ulcéreuse/rectocolite hémorragique.
Métronidazole	Médicament	Antibiotique couramment utilisé pour traiter la pochite et la MC fistulisante.
MICI	Maladie	Acronyme de maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Il s'agit d'un terme collectif désignant la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse/rectocolite hémorragique.
MICI non classifiée	Qualificatif d'une maladie	Lorsqu'on n'arrive pas à déterminer si une personne présente une MC ou une RCH après que tous les examens ont été effectués, on parle de MICI non classifiée.
NFS	Analyse sanguine	Numération et Formule Sanguine, comptage des différents globules sanguins.
Occlusion, occlusif	Complication de la MC	Se manifeste lorsque l'inflammation provoquée par la MC épaissit la paroi intestinale, provoquant ainsi un rétrécissement de l'intestin, ou lorsque l'intestin développe des adhérences qui bloquent le flux du contenu digestif.
Oral	Médicament	Un médicament par voie orale est un médicament pris par la bouche.
Ostéopénie	Maladie	Fragilisation des os non suffisamment significative pour être considérée comme une ostéoporose.
Ostéoporose	Maladie	Problème de santé se manifestant par une fragilisation des os qui expose les personnes touchées à un risque plus élevé de fracture.
p-ANCA	Examen	Anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles avec fluorescence périmoléculaire. p-ANCA est l'acronyme du terme anglais Perinuclear Anti-Neutrophil Cytoplasmic Antibodies. Ces anticorps sont détectés dans le sang.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Pancolite	Qualificatif d'une maladie	RCH affectant la totalité du côlon.
Pochite	Complication	Inflammation du réservoir iléal (voir AIA avec réservoir iléal)
Poussée ou rechute	Qualificatif d'une maladie	Maladie en état d'activité. Il s'agit du contraire de la rémission. Une personne qui a une poussée présente des symptômes et une inflammation.
Pyoderma gangrenosum	Maladie	Inflammation cutanée provoquant des ulcères douloureux que l'on rencontre parfois chez les patients atteints de MICI. Elle est causée par des mécanismes de maladie auto-immune, et non par une infection.
Rechute	Qualificatif d'une maladie	Réactivation de la maladie.
Rectal	Partie du corps	Qualifie l'extrémité du côlon, que l'on appelle le rectum. Lorsque, par exemple, un médicament est administré dans le rectum par l'anus, il l'est par voie rectale.
Rectum	Partie du corps	Partie terminale du côlon, aboutissant à l'anus.
Rémission	Qualificatif d'une maladie	On parle de rémission lorsque la maladie n'est plus active ; la rémission est le contraire d'une « poussée » ou d'une « rechute », termes qui sont utilisés pour décrire une personne présentant une maladie active.
Résection	Chirurgie	Ablation de la totalité ou d'une partie d'un organe ou d'un tissu par une intervention chirurgicale.
Sacro-iliite	Maladie	Inflammation de l'articulation qui se situe entre le sacrum et les os iliaques.
Saturation de la transferrine	Examen	Mesure de la capacité de fixation du fer dans l'organisme. Les taux inférieurs à 16 % indiquent une carence en fer.
Selles	Autre	Matières fécales.
Sérologie	Examen	Examen du sérum et des autres fluides corporels.
Sérologique	Examen	La sérologie est l'analyse du sérum et des autres fluides corporels. Elle est généralement utilisée pour diagnostiquer les anticorps dans le sérum.
Séton	Chirurgie	Fil de drainage utilisé pour maintenir ouvert le trajet d'une fistule et éviter l'accumulation de pus et la formation d'un abcès.
Sevrage	Médicament	Le sevrage d'un médicament consiste à le diminuer progressivement chez le patient et non brutalement. Il doit être pratiqué dans le cas des stéroïdes parce que leur arrêt brutal peut avoir de sérieux effets indésirables.
Sigmoïdoscopie	Examen	Examen similaire à la coloscopie, excepté qu'il sert à explorer la partie terminale du côlon et non le côlon dans son intégralité.
Spondylarthrite	Maladie liée	Forme d'arthrite caractérisée par une inflammation

ankylosante	aux MICI	chronique qui affecte principalement la colonne vertébrale, provoquant des douleurs et des raideurs dans le dos, qui progressent vers la poitrine et le cou.
Sténose	Maladie	Rétrécissement suffisamment important pour provoquer une gêne pour le patient.
Stéroïdes	Médicament	Médicaments couramment utilisés pour traiter les MICI. Ils agissent par immunosuppression et peuvent être administrés par voie topique ou systémique. Leur utilisation doit être limitée dans toute la mesure du possible, à cause de leurs nombreux effets indésirables.
Sulfasalazine	Médicament	Médicament utilisé pour traiter les MICI. La sulfasalazine associe un 5-ASA, qui est la fraction active, à un antibiotique, la sulfapyridine. Elle est rompue par les bactéries dans le côlon pour libérer le 5-ASA.
Suppositoires(s)	Médicament	Médicament(s) inséré(s) dans le rectum où il(s) fond(ent) et tapisse(nt) la paroi intestinale pour traiter l'inflammation.
Surveillance	Examen	Contrôle des patients atteints de MICI, effectué régulièrement par le médecin, souvent à l'aide d'un endoscope, pour voir si un cancer colorectal se développe. La surveillance est importante, car ces patients présentent un risque plus élevé de développer un cancer colorectal.
Syndrome de l'intestin irritable	Maladie	Maladie courante qui présente des symptômes semblables à ceux des MICI, mais sans inflammation.
Syndrome de malabsorption	Complication de la MC	Absorption anormale des nutriments des aliments dans le tractus gastro-intestinal.
Syndromes lymphoprolifératifs (SLP)	Maladie	Classe de maladies se manifestant par une prolifération excessive des lymphocytes (globules blancs). Les SLP incluent différentes formes de leucémie et de lymphomes.
Systémique	Médicament	Médicament qui affecte l'ensemble de l'organisme, contrairement à un médicament topique qui ne pénètre pas dans tout l'organisme.
Tacrolimus	Médicament	Immunosuppresseur similaire à la cyclosporine, qui peut être utilisé par voie orale pour traiter la RCH.
Taux d'hémoglobine	Examen	Le taux d'hémoglobine mesure la quantité d'hémoglobine dans votre sang. L'hémoglobine assure le transport de l'oxygène dans le sang. De faibles taux d'hémoglobine indiquent la présence d'une anémie.
Taux de ferritine	Examen	Examen permettant de mesurer le taux de fer stocké dans l'organisme.
TDM (tomodensitométrie)	Examen	Forme de radiographie effectuée dans un scanner.
Ténesme	Qualificatif d'une	Crampe ou spasme douloureux de l'estomac, généralement accompagné d'une envie urgente

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	maladie	d'aller à la selle et de contractions involontaires, sans que rien ne soit évacué.
Thiopurines	Médicament	Médicaments immunosuppresseurs. L'azathioprine et la mercaptopurine sont les thiopurines les plus couramment utilisées dans le traitement des MICI.
Thrombocytose	Examen	Élévation du nombre de plaquettes (thrombocytes).
Topique	Médicament	Médicament qui traite localement l'inflammation, sans être absorbé par l'organisme.
Traitement d'entretien	Médicament	Traitement destiné à maintenir le patient en rémission.
Traitement de sauvetage	Traitement	Traitement utilisé en dernière ligne pour contrôler la maladie, lorsque tous les traitements conventionnels ont échoué.
T-score	Examen	Mesure de la densité minérale osseuse.
Tuberculose	Maladie	Maladie infectieuse, causée par le bacille de Koch (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>), qui affecte les poumons et d'autres parties de l'organisme.
Urée	Examen	Substance transportée dans le sang, normalement éliminée dans les urines par les reins. Il est important d'évaluer le taux d'urée parce que des lectures anormales indiquent que les reins sont affectés ou que le patient est déshydraté.
Uvéite	Maladie	Inflammation de l'uvée au niveau de l'œil.
Vacciné	Autre	Personne immunisée contre une maladie infectieuse. Les vaccinations courantes sont celles contre la rougeole, les oreillons et le tétanos. Mais il y en a bien d'autres.
Validé	Examen	Qualifie une mesure lorsqu'il est démontré qu'elle reflète avec exactitude ce qu'elle prétend évaluer. L'indice de sévérité d'une maladie, par exemple, est validé lorsqu'il est démontré qu'il mesure avec exactitude la gravité de cette maladie.
Védolizumab	Médicament	Médicament biologique (fabriqué par procédé biotechnologique) utilisé pour traiter les MICI. Il est administré aux patients par perfusion sanguine.
VS ou vitesse de sédimentation	Examen	Examen sanguin utilisé pour mesurer le degré d'inflammation dans l'organisme ; similaire à la CRP.
VSL#3	Médicament	Probiotique (micro-organismes vivants qui, administrés dans des quantités adéquates, apportent un bénéfice au patient), qui se montre prometteur dans le traitement de la pouchite.