

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES

on Crohn's Disease (CD)



ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Recommandations ECCO-EFCCA sur la maladie de Crohn (MC), destinées aux patients

Marc Dudley*¹, Martin Kojinkov*², Dusan Baraga³, Xavier Donnet⁴, Evelyn Groß⁵, Sofia Lantzanaki⁶, Tineke Markus de Kwaadsteniet⁷, Tricia McArdle⁸, Malgorzata Mossakowska⁹, Marko Perovic¹⁰, Cornelia Sander¹¹, Helen Ludlow¹², Gerassimos J Mantzaris¹³, Axel Dignass**¹⁴, Francisca Murciano**¹⁵.

*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.

¹LMF - Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, Postboks 808 Sentrum, 0104 Oslo, Norvège ; ²Bulgarian Crohn's and Ulcerative Colitis Association, Druzba 2, bl. 212, entr. V, apt. 66 Sofia, 1582 Bulgarie ; ³KVCB - Društvo za kronično vnetno črevesno bolezen, Ljubljanska ulica 5, p.p. 640, 2000 Maribor, Slovénie ; ⁴A.S.B.L Association Crohn-RCUH, Rue de la Forêt de Soignes 17, 1410 Waterloo, Belgique ; ⁵ÖMCCV - Österreichische Morbus Crohn - Colitis ulcerosa Vereinigung, Obere Augartenstraße 26-28, 1020 Vienne, Autriche ; ⁶HELLESCC - Hellenic Society of Crohn's Disease's and Ulcerative Colitis' Patients, Filis 232, Athènes, Grèce ; ⁷CCUVN - Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland, Houttuinlaan 4b, 3447 GM Woerden, Pays-Bas ; ⁸ISCC - Irish Society for Colitis and Crohn's Disease, Carmichael Centre for Voluntary Groups, North Brunswick Street, Dublin 7, Irlande ; ⁹Polish Association Supporting People with Inflammatory Bowel Disease « J-elita », ul. Ks. Trojdena 4, 02 109 Varsovie, Pologne ; ¹⁰UKUKS - Udruzenje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije, Pere Cetkovicca 23, 11060 Belgrade, Serbie ; ¹¹DCCV e.V. - Deutsche Morbus Crohn/Colitis Ulcerosa Vereinigung, Inselstraße 1, 10179 Berlin, Allemagne ; ¹²University Hospital Llandough, Penlan Road, Llandough, South Wales, CF64 2XX, Pays de Galles ; ¹³Evangelismos Hospital, Department of Gastroenterology, 45-47 Ypsilandou Street, 10676 Athènes, Grèce ; ¹⁴Department of Medicine I Gastroenterology, Hepatology, Oncology and Nutrition, Agaplesion Markus Hospital, Goethe University, DE 60431 Francfort, Allemagne ; ¹⁵Hospital del Mar, Department of Gastroenterology, Passeig Maritim 25-29, 08003 Barcelone, Espagne.

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.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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.

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. La déclaration du conflit d'intérêts doit être faite sur un formulaire utilisé par l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Les déclarations de conflit d'intérêts 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

La maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, désignées respectivement sous les acronymes de MC et RCH, appartiennent à la classe des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Les MICI sont des maladies auto-immunes qui se développent chez les patients présentant une prédisposition génétique, lorsqu'ils sont exposés à l'influence de facteurs environnementaux propices, mais qui n'ont pas encore été identifiés.

Ces recommandations portent sur le diagnostic et le traitement de ces maladies, et l'acronyme MC sera utilisé dans tout ce document. Elles découlent de recommandations internationales sur la MC, développées au cours d'un processus d'évaluation de toutes les données actuelles sur la meilleure prise en charge des patients, mené par des experts européens. Elles ont pour but de mieux faire comprendre aux patients comment la MC est diagnostiquée et traitée par les professionnels de santé. De nombreux termes sont

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



soulignés. Il s'agit des termes définis dans le glossaire pour vous aider à mieux comprendre ces recommandations. S'agissant de la RCH, vous pouvez consulter d'autres recommandations destinées aux patients atteints de cette maladie, qui ont été établies en même temps que celles-ci.

La MC est une maladie qui touche le côlon et l'intestin grêle, et moins fréquemment d'autres parties du tractus gastro-intestinal. Elle peut aussi affecter divers organes et tissus en dehors des intestins, et plus généralement la peau, les articulations et les yeux. Si elle touche plus généralement la partie terminale de l'intestin grêle et proximale du côlon, elle peut, cependant, affecter n'importe quelle autre partie du tractus gastro-intestinal, depuis la bouche jusqu'à l'anus. L'inflammation intestinale est généralement « discontinue ». On observe une alternance de zones enflammées (tissus malades) et de parties intestinales normales (tissus sains). En fonction de la gravité de l'inflammation, le tissu qui tapisse la paroi intestinale (« muqueuse ») peut sembler rouge (« érythémateux ») et gonflé (« œdémateux »), et présenter des ulcères de formes et de tailles variées (aphteux, superficiels, profonds, longitudinaux) ; la muqueuse peut aussi sembler « granuleuse ». Ces lésions affectent toute l'épaisseur de la paroi intestinale et peuvent entraîner des complications, comme une sténose et/ou une perforation de la paroi entraînant la formation d'abcès (diffusion du contenu de la lumière intestinale dans la cavité abdominale) ou de fistules (trajets qui communiquent et déversent le contenu de la lumière intestinale à la peau ou dans les organes adjacents, comme la vessie ou d'autres anses intestinales). En outre, chez une proportion importante de patients, la MC peut affecter différentes parties du corps en dehors des intestins, le plus souvent la peau, les articulations et les yeux. Ces manifestations extra-intestinales peuvent se déclarer avant le développement des symptômes intestinaux habituels de la MC (voir ci-dessous) et sont parfois plus ennuyeuses et difficiles à traiter que les symptômes intestinaux eux-mêmes.

Comme la MC est une maladie polymorphe, les lésions intestinales doivent être identifiées par des examens adéquats et leur sévérité doit être évaluée au moment du diagnostic. En outre, la MC est une maladie que l'on n'arrive pas à guérir définitivement à l'heure actuelle. Par conséquent, le traitement vise à soulager l'inflammation dans les intestins et les sites extra-intestinaux (le cas échéant), préserver les organes et offrir aux patients une qualité de vie personnelle, professionnelle et sociale normale, sans handicap. Les actions thérapeutiques sont l'arrêt du tabagisme, les actions diététiques et une diversité de médicaments utilisés seuls ou en association, selon le site et la gravité de la maladie.

Diagnostic de la maladie de Crohn (MC)

Symptômes de la MC

Les symptômes de la MC peuvent être divers. Il s'agit souvent de douleurs abdominales, d'une perte de poids et de diarrhées pendant plus de quatre semaines. En présence de tels symptômes, en particulier chez les patients jeunes, le médecin doit envisager l'éventualité d'une MC. Les symptômes généraux de fatigue, perte d'appétit, fièvre et sensation de gêne sont courants.

Les symptômes peuvent démarrer brutalement et, parfois, la MC peut être interprétée à tort comme une appendicite aiguë. Ils peuvent aussi être similaires à ceux du syndrome de l'intestin irritable (SII). La plupart des patients présentent des douleurs abdominales et une perte de poids avant le diagnostic. La présence de mucus et de sang dans les selles est moins fréquente que chez les patients atteints de RCH. Des symptômes extra-



intestinaux, liés à la MC, plus généralement dans les articulations, peuvent être constatés avant les symptômes intestinaux.

Tests diagnostic

La MC varie d'un patient à l'autre, selon son âge lorsqu'elle se déclare, le site de la maladie dans l'intestin et son évolution.

Il n'y a pas un seul et unique test permettant de diagnostiquer la MC. Le diagnostic est établi en conjuguant l'évaluation des symptômes cliniques, les examens sanguins, les résultats des examens d'imagerie et d'endoscopie et l'évaluation histologique des biopsies intestinales (expliquées dans le glossaire). Les tests génétiques ne sont pas recommandés en tant que test diagnostic de la MC en routine à l'heure actuelle.

Antécédents du patient

Votre médecin doit vous poser de nombreuses questions détaillées pour connaître le moment où vos symptômes ont démarré et savoir si vous avez voyagé récemment, si vous présentez des intolérances alimentaires, si vous prenez ou avez déjà pris des médicaments (notamment des antibiotiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des analgésiques tels que l'aspirine, l'ibuprofène et le diclofénac) ou si vous avez subi une appendicectomie. Il doit prêter une attention particulière aux facteurs de risque connus de la MC, comme le tabagisme, la présence dans la famille de membres présentant une MICI et les infections récentes de l'appareil digestif.

Le tabagisme, les antécédents familiaux de MICI et une appendicectomie subie antérieurement sont autant de facteurs de risque de la MC. Les infections virales ou bactériennes de l'estomac et des intestins augmentent également le risque de développer une MC. Les études sur les AINS en tant que facteurs de risque donnent des résultats moins concordants.

Symptômes extra-intestinaux de la MC

Il y a de nombreux symptômes qui peuvent se manifester dans la MC et tous n'affectent pas directement les intestins. Comme nous l'avons souligné précédemment, la MC peut aussi toucher différents tissus et organes extra-intestinaux.

Votre médecin doit vous interroger sur vos symptômes nocturnes et vos signes et/ou symptômes extra-intestinaux (par exemple, au niveau de la bouche, de la peau, des yeux et des articulations), ainsi que sur la présence d'abcès au niveau de l'anus ou de fissures (c.-à-d. des crevasses) anales. Le bilan de santé général doit inclure ce qui suit :

- état général
- pouls
- tension artérielle
- température
- sensibilité ou distension abdominale
- présence de nodules perceptibles à la palpation
- examen du périnée (région entre l'anus et les parties génitales) et de la bouche
- toucher rectal
- mesure de l'indice de masse corporelle

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Examens physique et de laboratoire

Votre médecin doit vérifier si vous présentez des signes d'inflammation chronique et/ou aiguë, une anémie, une déshydratation et des signes de malnutrition ou de malabsorption. Les premiers examens de laboratoire doivent comporter une évaluation de la CRP et une NFS (numération formule sanguine, c.-à-d. comptage des différents globules sanguins). D'autres marqueurs de l'inflammation, comme la calprotectine fécale ou la VS, peuvent aussi être utilisés. Dans certains cas, le médecin doit dépister les diarrhées infectieuses, y compris l'infection par la bactérie Clostridium difficile. D'autres examens des selles peuvent également être nécessaires, en particulier si vous avez voyagé à l'étranger.

L'anémie et la thrombocytose (lorsque le corps produit trop de thrombocytes ou de plaquettes) sont les anomalies les plus courantes constatées dans le sang. La CRP et la VS indiquent une inflammation ; la CRP est largement corrélée avec l'activité de la maladie, alors que la VS est moins exacte. La calprotectine fécale est bien corrélée avec l'activité de la maladie dans les intestins.

Cependant, aucun de ces examens n'est suffisamment spécifique pour diagnostiquer une MC ou la différencier de la RCH.

Endoscopie

Si votre médecin pense que vous pourriez avoir une MC, une iléocoloscopie et des biopsies de la partie terminale de l'intestin grêle et de chaque partie du côlon sont nécessaires afin d'obtenir des preuves de la MC à l'examen microscopique et d'établir un diagnostic. Indépendamment des résultats, d'autres examens sont recommandés pour identifier le site et l'étendue de la MC dans l'intestin grêle. Il n'est pas certain que l'endoscopie œso-gastro-duodénale explorant l'appareil digestif supérieur soit indispensable chez les patients adultes qui ne présentent pas de symptômes.

La coloscopie et les biopsies sont la procédure de première intention pour diagnostiquer l'inflammation du côlon. Il est également possible, au cours des coloscopies, de pratiquer des biopsies de l'intestin grêle. Les signes endoscopiques de la MC sont une inflammation discontinue et éparse, des lésions anales et un aspect granuleux de la paroi intestinale. La coloscopie permet de bien évaluer la gravité de la MC dans le côlon. Mais si la maladie se situe dans la partie terminale de l'intestin grêle, l'iléoscopie associée à des techniques d'imagerie est plus efficace pour établir le diagnostic. Les techniques d'imagerie, comme l'échographie, la tomodensitométrie et l'IRM, ne permettent absolument pas, à elles seules, de diagnostiquer une MC.

Examens d'imagerie médicale

Des examens d'imagerie médicale pratiqués sur le côlon (IRM et TDM) et une échographie de l'abdomen complètent les résultats de l'endoscopie. Ils contribuent à déceler l'inflammation, ainsi que les occlusions et les fistules causées par la MC, et à en déterminer l'étendue. La radiologie doit être prise en considération, en particulier, lors du choix de techniques pour contrôler l'évolution de la maladie. Étant donné que les examens radiologiques habituels, dans lesquels on utilise du baryum (c.-à-d. un agent de contraste), sont de moins bonne qualité et que la dose de rayons est importante, il vaut mieux choisir d'autres méthodes, dans la mesure du possible.

La TDM et l'IRM sont les examens de référence à l'heure actuelle pour évaluer l'intestin grêle, car ils peuvent tous deux montrer l'étendue et l'activité de la MC en fonction de l'épaisseur de la paroi intestinale, des œdèmes et des ulcérations.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Ils ont la même exactitude, mais la TDM est plus facilement disponible et prend moins de temps que l'IRM. Cependant, comme la TDM émet des rayons, l'IRM doit être envisagée lorsqu'elle est possible.

L'échographie abdominale peut fournir des informations sur le site et l'activité de la maladie, en particulier dans l'intestin grêle. En outre, elle est largement disponible, peu onéreuse et n'expose pas le patient aux rayons. Cependant, il peut être difficile de voir les segments intestinaux profonds à l'échographie et l'avis de différents radiologues sur ce qu'ils visualisent peut ne pas concorder.

Endoscopie de l'intestin grêle

L'exploration endoscopique de l'intestin grêle par vidéo-capsule doit être envisagée uniquement lorsque les résultats de l'iléocoloscopie et des examens d'imagerie médicale sont négatifs, mais que votre médecin soupçonne toujours fortement une MC. Dans ce cas, cet examen peut contribuer à confirmer que vous ne présentez pas une MC. Une entéroscopie assistée peut être pratiquée par un spécialiste si une biopsie est nécessaire. On peut également recourir à celle-ci lorsqu'un traitement endoscopique, comme la dilatation (élargissement de la lumière intestinale) des sténoses, le retrait d'une capsule coincée ou le traitement des saignements est nécessaire.

L'exploration endoscopique du côlon par vidéo-capsule est une nouvelle méthode qui permet au médecin de voir directement les lésions de l'intestin grêle non visibles à la coloscopie ou aux examens d'imagerie médicale. Il s'agit d'un outil efficace pour diagnostiquer la MC dans l'intestin grêle. Cependant, cette exploration ne peut pas être effectuée si le patient présente une occlusion intestinale, des sténoses, des fistules ou des troubles de la déglutition ou s'il porte un appareil électromédical implanté (comme un stimulateur cardiaque).

Biopsies endoscopiques

Pour établir un diagnostic fiable de la MC, il convient de pratiquer des biopsies. Il faut réaliser au moins deux biopsies sur cinq sites le long du côlon (y compris le rectum) et dans la partie terminale de l'intestin grêle.

C'est l'analyse d'une série de biopsies pratiquées sur le côlon tout entier qui produit le diagnostic le plus fiable de la MC. Les biopsies doivent être effectuées à la fois sur des zones touchées par la maladie et sur des zones saines. Dans les examens de suivi, un nombre plus limité de biopsies pourra être pratiqué pour confirmer le diagnostic et, dans la surveillance post-opératoire, des biopsies devront être réalisées si l'on soupçonne une récurrence. Si une MC est soupçonnée chez des patients ayant un réservoir en J, il convient de pratiquer des biopsies de l'anse intestinale afférente (c.-à-d. la partie de l'intestin grêle qui se termine dans le réservoir). Et si l'on suspecte un cancer à un stade précoce, il faudra pratiquer plusieurs biopsies.

Prédiction de l'évolution de la maladie

Les facteurs cliniques au moment du diagnostic et/ou les résultats de l'endoscopie peuvent permettre de prévoir l'évolution de la maladie. Ceci doit être pris en compte lors de la décision sur le traitement à utiliser.

Il a été observé dans les études que la présence des facteurs ci-dessous prédit une maladie plus sévère dans les cinq ans qui suivent le diagnostic :

- lésions péri-anales,

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



- maladie affectant la partie terminale de l'intestin grêle et la première partie du côlon,
- jeunesse du patient au moment du diagnostic et/ou
- nécessité de traiter la première poussée par des stéroïdes.

On constate de plus en plus qu'un traitement intensif par des immunomodulateurs et/ou des agents biologiques à un stade précoce peut induire une cicatrisation de la muqueuse et une rémission continue rapide sans stéroïdes. Néanmoins, les traitements intensifs au stade précoce ne doivent être envisagés qu'en présence de cas graves en raison des risques liés à la thérapie immunosuppressive.

Suivi de l'activité de la maladie et réussite du traitement

La CRP et les marqueurs dans les selles (comme la calprotectine fécale et la lactoferrine) peuvent être utilisés non seulement pour guider la décision thérapeutique, mais aussi pour effectuer le suivi à court terme et prédire la rechute. Le taux de calprotectine fécale peut aussi permettre de déterminer si vous présentez une MC ou un syndrome de l'intestin irritable (SII).

L'endoscopie est toujours considérée comme l'approche de référence pour évaluer la cicatrisation au niveau de l'intestin, mais elle est invasive et onéreuse. Il est plus facile de mesurer les taux de calprotectine fécale et de lactoferrine. Ces deux examens indiquent s'il y a une inflammation intestinale due à une cause quelconque. Ils peuvent aussi prédire très correctement une MC active et sont plus efficaces que les taux de CRP pour évaluer une inflammation spécifiquement intestinale.

Prise en charge médicale de la maladie de Crohn active, y compris les traitements alternatifs

Considérations générales

La présence d'une inflammation active causée par la MC doit être confirmée avant d'instaurer ou de modifier un traitement médical.

Le plan de traitement de la MC doit prendre en compte l'activité, le site et l'évolution de la maladie et doit toujours être envisagé avec le patient. Parfois, en particulier dans les cas graves, des décisions thérapeutiques peuvent être prises sans tenir compte de l'extension totale de la maladie. Les médecins ne sont pas toujours en mesure d'évaluer l'activité de la maladie et il convient d'obtenir des marqueurs objectifs de celle-ci (biopsies et taux de calprotectine fécale, par ex.) par différents examens avant de démarrer ou de modifier un traitement.

Lorsque l'on décide du traitement approprié, il faut tenir compte de l'équilibre entre l'activité du médicament et ses effets indésirables éventuels, la réponse antérieure au traitement, les complications potentielles ou les symptômes extra-intestinaux.



MC modérément active

Une MC modérément active, située dans la partie terminale de l'intestin grêle et la première partie du côlon, doit être traitée par du budésouide ou des corticostéroïdes systémiques tels que la prednisolone ou la méthylprednisolone. Un traitement par anti-TNF sera prescrit aux patients qui n'ont pas répondu aux stéroïdes antérieurement ou ne les tolèrent pas. La réinstauration de stéroïdes en association avec un immunosuppresseur peut être indiquée chez les patients présentant de rares rechutes. Et chez ceux qui ne répondent pas aux stéroïdes et/ou aux anti-TNF, le védolizumab est indiqué.

Le budésouide et la prednisolone sont des traitements initiaux adéquats pour la MC modérément active. La prednisolone est très efficace et moins onéreuse, mais elle provoque généralement davantage d'effets indésirables que le budésouide. Quoiqu'il en soit, l'exposition aux corticostéroïdes dans le traitement de la MC doit être minimisée parce qu'elle n'est pas efficace pour maintenir la rémission.

La thérapie par stéroïdes peut être minimisée de façon efficace en démarrant un traitement par anti-TNF à un stade précoce. Certains groupes de patients, comme les patients cortico-dépendants ou ceux qui ne répondent pas aux corticoïdes, pourront tirer un meilleur bénéfice des anti-TNF.

Chez les patients au stade précoce de la maladie, il a été observé qu'un traitement combiné par infliximab et azathioprine s'avère plus efficace pour parvenir à la rémission et la maintenir, que l'infliximab utilisé seul.

MC sévère active

Une MC active sévère, située dans la partie terminale de l'intestin grêle et la première partie du côlon, doit être traitée en premier lieu par des corticostéroïdes systémiques. Un traitement par anti-TNF est indiqué en cas de rechute. Chez les patients qui ne répondent pas aux stéroïdes et/ou aux anti-TNF, le védolizumab est une option thérapeutique indiquée. Et chez certains patients présentant de rares rechutes, la réinstauration des corticoïdes en association avec un immunosuppresseur peut être indiquée. Enfin, une intervention chirurgicale doit être envisagée chez les patients qui ne répondent pas au traitement médical.

Bien que la prednisolone ou l'hydrocortisone par voie intraveineuse soit encore utilisée comme traitement initial de la MC sévère touchant la partie terminale de l'intestin grêle, le seuil établi pour l'instauration d'un traitement par anti-TNF a été abaissé, ces dernières années, pour les patients présentant un pronostic défavorable. Selon les études, un traitement continu par des agents anti-TNF, comme l'infliximab ou l'adalimumab, réduit le risque d'intervention chirurgicale et d'hospitalisation.

Le traitement par anti-TNF est fréquemment utilisé chez les patients qui ne répondent pas au traitement initial et ne sont pas candidats à la chirurgie. Le seuil établi pour les interventions chirurgicales est plus faible pour la MC localisée dans la partie terminale de l'intestin grêle et la première partie du côlon que pour la MC localisée ailleurs, en particulier lorsqu'elle se situe dans l'intestin grêle, car une perte étendue et répétée de l'intestin grêle peut entraîner une malnutrition. Certains experts préfèrent la chirurgie au traitement par anti-TNF lorsque la maladie affecte l'intestin grêle, et certains préfèrent également recourir à une intervention chirurgicale si le traitement médical n'agit pas assez rapidement ou provoque des effets indésirables intolérables.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



MC du côlon

La MC active affectant le côlon doit être traitée par des corticostéroïdes systémiques. Pour les patients en rechute, les thiopurines, un traitement par anti-TNF ou le védolizumab sont des options indiquées ; pour ceux qui ne répondent pas au premier traitement par anti-TNF, le védolizumab peut convenir.

La confirmation d'une MC grave active, localisée dans le côlon, est plus facile et plus rapide que celle d'une MC de l'intestin grêle. Ceci explique peut-être pourquoi la MC du côlon semble mieux répondre au traitement par anti-TNF que la MC de l'intestin grêle. Les corticostéroïdes systémiques, comme la prednisolone, sont efficaces ; en revanche, le budésônide n'a aucun effet dans le traitement de la MC du côlon.

Si le patient ne répond pas ou plus à un traitement par anti-TNF ou védolizumab, une intervention chirurgicale sera généralement envisagée. Enfin, une intervention chirurgicale doit toujours être envisagée lors de l'instauration ou du changement d'un traitement immunosuppresseur.

MC étendue

La MC étendue de l'intestin grêle doit d'abord être traitée par des corticostéroïdes systémiques. Un traitement par anti-TNF à un stade précoce doit aussi être envisagé. Chez les patients présentant une MC sévère en rechute, un traitement à base d'anti-TNF est indiqué.

Les conséquences d'une inflammation intestinale chronique, comme la malnutrition, le développement de sténoses intestinales et l'occlusion, sont bien plus fréquentes dans la MC étendue de l'intestin grêle que dans sa forme localisée. Par conséquent, un traitement par corticoïdes combiné à l'instauration précoce d'immunomodulateurs est considéré comme adéquat pour ces cas de patients.

Traitement immunosuppresseur

Un traitement par immunosuppresseurs à un stade précoce semble plus indiqué chez les patients présentant des signes et des symptômes laissant présager une issue défavorable. Un traitement par anti-TNF doit être instauré à un stade précoce chez les patients présentant une maladie très active avec des signes et des symptômes laissant présager une issue défavorable.

Il a été observé dans plusieurs études que les anti-TNF sont plus efficaces quand ils sont instaurés à un stade précoce de la maladie, en particulier en présence de certains facteurs de risque qui sont associés à un pronostic défavorable. Ces facteurs de risque sont une maladie étendue, un âge précoce au moment du diagnostic, la nécessité d'un traitement initial par des corticoïdes et une maladie péri-anale.

Tous les traitements par anti-TNF disponibles à l'heure actuelle semblent présenter la même efficacité pour le traitement de la MC de l'intestin. Leurs effets indésirables sont également similaires. Le choix du traitement dépend des agents disponibles, du mode d'administration, de la préférence du patient et du coût.

Une réponse initiale insuffisante à un traitement par anti-TNF doit être déterminée dans un délai de 12 semaines.



Après 12 semaines de réponse insuffisante, il est peu probable qu'un effet thérapeutique positif se produise et un nouveau schéma thérapeutique doit être prescrit aux patients

Lorsque les patients sont traités par des immunosuppresseurs, y compris les anti-TNF, le risque d'infections est sérieux et ce risque doit être pris en considération.

Tous les immunosuppresseurs, y compris les corticoïdes, les thiopurines, le méthotrexate et les anti-TNF, diminuent l'activité du système immunitaire et l'immunocompétence. Ceci peut accroître le risque d'infections graves, voire mortelles. L'association thérapeutique de plus d'un immunosuppresseur augmente fortement le risque d'infection. Par conséquent, il convient d'éviter, dans la mesure du possible, les traitements à long terme combinant des immunosuppresseurs. Cependant, il a été observé que ces traitements sont plus efficaces et peuvent être nécessaires en particulier dans les maladies au stade sévère.

Médecines complémentaires et alternatives

Le médecin doit vous interroger pour savoir si vous prenez des traitements complémentaires ou alternatifs. Aucune preuve scientifique ne démontre l'efficacité de ces traitements. Il y en a une grande diversité et ils peuvent être onéreux. Si vous souhaitez les essayer, vous devez d'abord en parler à votre médecin.

Le recours aux médecines complémentaires et alternatives (MCA) est courant chez les patients atteints d'une MICI. Les médecines complémentaires sont utilisées en plus de la médecine traditionnelle, tandis que les médecines alternatives sont utilisées à la place de celle-ci. Les preuves scientifiques de l'efficacité et de l'innocuité des MCA sont insuffisantes/limitées et le gastroentérologue peut avoir du mal à informer correctement ses patients. En outre, il y a une grande variété de produits qui peuvent être coûteux. Pour toutes ces raisons, si vous souhaitez essayer des MCA ou abandonner la médecine traditionnelle en faveur de celles-ci, vous devez d'abord demander conseil à votre médecin sur leur utilisation. Comme les patients atteints de MICI souffrent souvent de malnutrition, la nutrition peut être considérée comme une thérapie complémentaire essentielle.

Maintien de la rémission

Considérations générales

Si vous ne présentez plus de symptômes (c.-à-d. si vous êtes en rémission) avec des corticostéroïdes systémiques, un traitement par thiopurine ou méthotrexate doit être envisagé. Certains patients peuvent rester en rémission sans traitement.

Pour ceux-ci, l'absence de traitement est donc une option.

Les corticoïdes ne doivent pas être utilisés pour maintenir la rémission, car ils causent de nombreux effets indésirables et ne sont pas efficaces pour maintenir la rémission à une dose tolérable.

Il y a peu de données montrant l'efficacité de la mésalazine pour maintenir une rémission induite médicalement. Certains considèrent que l'absence de traitement d'entretien est une option après la première poussée. Compte tenu du risque élevé de rechute, de la fréquence de la cortico-dépendance et du taux de réussite plus élevé de l'azathioprine lorsqu'elle est introduite à un stade précoce, celle-ci est privilégiée lorsque la rémission a été obtenue avec des corticoïdes systémiques. La mercaptopurine peut être essayée chez les patients intolérants à l'azathioprine, sauf s'ils ont eu une pancréatite ou une cytopénie



(c.-à-d. une baisse des cellules sanguines). Le méthotrexate peut également être prescrit, en particulier aux patients intolérants aux thiopurines.

Si vous avez une rechute, une augmentation du traitement d'entretien doit être envisagée pour empêcher la maladie de s'aggraver. La chirurgie doit toujours être considérée chez les patients ayant une atteinte localisée.

En cas de rechute, il convient d'envisager un traitement par azathioprine. Les corticostéroïdes (dont le budésônide) ne sont ni appropriés ni efficaces pour maintenir la rémission et l'utilisation de corticostéroïdes à long terme provoque souvent des effets indésirables inacceptables. Il s'agit en particulier de l'ostéoporose (c.-à-d. une perte de masse osseuse) avec les fractures consécutives, mais aussi de la cataracte et du glaucome.

Maintien de la rémission dans les cas de maladie étendue

Si vous avez une maladie étendue, les thiopurines sont recommandées pour l'empêcher de s'aggraver. Lorsque la maladie est agressive ou grave ou que son issue risque d'être défavorable, il faut envisager un traitement par anti-TNF.

Compte tenu des risques de rechute et du taux de réussite plus élevé de l'azathioprine lorsqu'elle est introduite à un stade précoce, celle-ci est recommandée aux patients présentant une maladie de Crohn étendue.

MC cortico-dépendante

Les patients n'ayant pas encore été traités par des immunosuppresseurs et qui nécessitent des corticostéroïdes pour ne plus éprouver de symptômes (c.-à-d. rester en rémission) doivent être traités par une thiopurine, du méthotrexate ou un agent anti-TNF. Il convient aussi d'envisager une intervention chirurgicale.

Les immunosuppresseurs (azathioprine/mercaptopurine, méthotrexate) sont efficaces dans le traitement de la MC cortico-dépendante. La chirurgie (résection iléale) est une option pour certains patients ayant une maladie localisée. La prescription d'anti-TNF à un stade précoce est une approche très efficace pour éviter la nécessité de recourir aux corticoïdes. Les patients cortico-dépendants pourront également tirer un plus grand bénéfice de l'instauration d'un traitement par anti-TNF à un stade précoce. Il est désormais établi qu'un traitement combiné d'infliximab et d'azathioprine est plus efficace que l'infliximab utilisé seul pour maintenir la rémission sans corticoïdes chez les patients à un stade précoce de la maladie. Le védolizumab peut aussi être utilisé chez ces patients.

Échec du traitement d'entretien par thiopurines (MC réfractaire aux thiopurines)

Si vous êtes traité par des thiopurines et que vous avez une rechute, le médecin doit vérifier que vous observez le plan de traitement convenu. Il doit aussi surveiller les signes d'inflammation. Une optimisation de la dose peut parfois améliorer les taux de réponse et, si cela est indiqué, le traitement devra être remplacé par un autre médicament : méthotrexate ou anti-TNF. L'intervention chirurgicale est toujours une option à envisager dans les maladies localisées.

En cas de rechute chez des patients sous azathioprine ou mercaptopurine aux doses d'entretien habituelles, il est possible d'augmenter la dose jusqu'à ce que les examens sanguins montrent une diminution des globules blancs ou une hausse du taux de 6-TGN



(un métabolite des thiopurines qui peut être mesuré dans le sang) à un niveau approprié. Le méthotrexate, le traitement par anti-TNF et le védolizumab sont également d'autres options.

Poursuite du traitement d'entretien

Chez les patients, qui n'étaient pas sous traitement avant une thérapie combinée d'anti-TNF et de thiopurine et qui n'éprouvent plus de symptômes (c.-à-d. qui sont en rémission) avec celle-ci, il est recommandé de prescrire le même plan thérapeutique en traitement d'entretien. Chez certains patients, les thiopurines utilisées seules peuvent être une option. Si la rémission est atteinte avec un anti-TNF utilisé en monothérapie, celui-ci peut être poursuivi en traitement d'entretien. Et si la rémission est atteinte avec du védolizumab, celui-ci pourra être poursuivi en traitement d'entretien.

Durée du traitement d'entretien

Chez les patients en rémission à long terme et sous traitement d'entretien avec des thiopurines, on peut envisager de mettre fin au traitement, s'il n'y a pas de signes d'inflammation. Aucune recommandation ne peut être donnée sur la durée du traitement par méthotrexate. Un traitement prolongé par anti-TNF peut être envisagé, si nécessaire.

La MC est généralement une maladie dont on ne guérit pas à l'heure actuelle avec des épisodes de rémission et divers degrés d'activité. L'objectif du traitement est donc de parvenir à une rémission et de la maintenir. Il n'y a pas de consensus général sur ce que l'on entend par durée de la rémission. On ne peut s'appuyer que sur quelques données limitées pour effectuer des recommandations sur le meilleur moment pour arrêter le traitement ou le modifier, car la plupart des études cliniques n'ont pas suivi les patients au-delà de 3 ans.

Il a été observé, dans une étude, que la suppression de l'azathioprine chez des patients l'ayant prise pendant plus de trois ans et demi augmentait la probabilité qu'ils rechutent 18 mois après son arrêt, par rapport à ceux qui continuaient à la prendre (rechute 21 % contre 8 %, respectivement). Un suivi à long terme a été effectué dans le cadre de cette même étude et il a été observé que, parmi les patients ayant cessé leur traitement par azathioprine, 53 % ont rechuté au bout de 3 ans et 63 % au bout de 5 ans. Heureusement, sur les 23 patients chez lesquels le traitement par azathioprine a été réinstauré, tous sont parvenus à nouveau à une rémission, sauf un (ce qui représente un taux de 95,7 % de rémission retrouvée avec l'azathioprine).

Perte de réponse au traitement par anti-TNF

Si vous ne répondez plus à un traitement par anti-TNF, votre médecin doit d'abord essayer d'optimiser la dose. L'augmentation de la dose et le raccourcissement de l'intervalle de traitement sont également de bonnes stratégies. S'il n'y a pas d'amélioration avec l'optimisation de la dose, il est recommandé de passer à un autre anti-TNF. L'évaluation des taux d'anti-TNF dans le sang, avant la prescription de la dose suivante, et des anticorps anti-médicament, si possible, peut aider à décider de la façon dont le traitement doit être optimisé.



Risque de cancer et traitement immunosuppresseur

Les patients traités par thiopurines ont un risque accru de lymphomes, de cancers de la peau et de cancer du col utérin. Les patients qui sont traités par anti-TNF ont un risque plus élevé de cancer de la peau. À l'heure actuelle, on ne sait pas si les patients qui sont traités par un anti-TNF utilisé seul ont plus de risque de lymphome ou de tumeurs solides. En revanche, l'association d'anti-TNF et de thiopurines augmente le risque de syndromes lymphoprolifératifs. Même si le risque de cancer est accru, le taux de cancer reste encore relativement très faible. Par conséquent, les risques doivent toujours être soigneusement équilibrés par rapport aux bénéfices du traitement et vous devez en discuter avec votre médecin.

S'il a été observé à plusieurs reprises que l'azathioprine était un traitement efficace, il est associé à un risque légèrement accru de lymphome non hodgkinien, qui est un type de cancer du système immunitaire. De ce fait, il convient de peser les bénéfices et les risques de son utilisation. Néanmoins, une étude ayant analysé les risques (y compris les risques de cancer) et les avantages (y compris la réduction des symptômes) de l'azathioprine a abouti à la conclusion que les bénéfices étaient nettement supérieurs aux risques, même en surestimant le risque de lymphome non hodgkinien par prudence ; ceci est particulièrement vrai chez les jeunes, qui ont un faible taux de lymphomes. D'autres lésions cancéreuses de la peau ou du col utérin chez les femmes ont également été observées, de même que chez les patients traités par des agents anti-TNF. Par conséquent, une surveillance étroite de tous les patients avec ces traitements s'impose.

Interventions chirurgicales dans la MC

MC iléo-cæcale occlusive

La chirurgie est l'option privilégiée si votre MC est localisée dans la partie terminale de l'intestin grêle et la première partie du côlon et si vous présentez des symptômes d'occlusion, sans preuve évidente d'une inflammation active.

Si un patient (a) présente une MC limitée à la partie terminale de l'intestin grêle et la première partie du côlon, (b) ne répond pas aux corticoïdes et (c) manifeste des symptômes d'occlusion tenaces, il doit être opéré. Il en va de même pour les patients souffrant d'une occlusion sans inflammation (avec, par ex., des taux de CRP normaux). Cependant, si le patient a déjà subi une résection iléo-cæcale et a développé une sténose anastomotique (c.-à-d. un rétrécissement de la suture), une dilatation endoscopique (c.-à-d. un élargissement de la sténose) peut être tentée avant de passer à la résection intestinale.

Abcès abdominal

Une MC active de l'intestin grêle peut être accompagnée d'un abcès abdominal. Celui-ci doit d'abord être pris en charge par des antibiotiques, un drainage chirurgical ou une ponction. Si nécessaire, cette intervention peut être suivie d'une résection après cicatrisation de l'abcès.

Les opinions varient sur la nécessité de procéder systématiquement à une résection après un drainage.

Facteurs de risque de première intervention chirurgicale, puis de suivantes, dans la MC



Certains facteurs augmentent le risque d'intervention chirurgicale dans la MC :

- tabagisme
- développement de fistules et de sténoses au cours de la maladie
- utilisation précoce de corticoïdes après une première poussée
- maladie affectant la partie terminale de l'intestin grêle (c.-à-d. l'iléon)
- maladie touchant la partie intermédiaire de l'intestin grêle (c.-à-d. le jéjunum)
- âge jeune au moment du diagnostic

Plusieurs études ont cherché à identifier les facteurs de risque de récurrence après une intervention chirurgicale dans la MC. Il a été observé, dans la plupart de ces études, que le tabagisme, une intervention chirurgicale antérieure (dont l'appendicectomie), les maladies perforantes, la localisation de la maladie dans la zone péri-anale et une résection importante de l'intestin grêle augmentent le risque de récurrence post-opératoire précoce. De nombreuses études ont démontré que le traitement d'entretien médical est efficace. On ne sait pas si l'âge au diagnostic de la maladie, le sexe, la durée de la maladie, les marges de résection ou le type d'intervention chirurgicale influencent le risque de récurrence. À ce jour, aucun système d'évaluation permettant de classer les personnes dans des catégories de risque élevé, moyen ou faible n'a été développé, alors que ceci serait fort utile.

Réduction du risque d'intervention chirurgicale par un traitement médical

Les patients traités à un stade précoce avec des thiopurines ont peut-être moins de probabilités de subir une ré-intervention chirurgicale. Un traitement par anti-TNF réduit ce risque.

Suivi après un traitement chirurgical

L'iléocoloscopie est la meilleure méthode de diagnostic de la récurrence de la maladie après une intervention chirurgicale. Elle aide à identifier si la maladie a récidivé, si elle est sévère et quelle sera son évolution clinique. Elle doit être effectuée dans les cinq années suivant l'intervention, car ses résultats peuvent influencer les décisions thérapeutiques.

Elle est également recommandée au cours de la première année suivant une intervention, pour les mêmes raisons. En effet, il a été observé, dans de nombreuses études, que la coloscopie est l'outil le plus sensible pour évaluer la récurrence de la maladie. La récurrence peut être détectée par une coloscopie et des biopsies quelques semaines à quelques mois après l'intervention chirurgicale, et la coloscopie doit être pratiquée dans l'année suivant l'intervention chirurgicale. La récurrence est généralement visible à la coloscopie avant que le patient ne présente de symptômes. Si les résultats visibles à la coloscopie sont graves, le traitement doit être intensifié pour éviter le développement de complications post-opératoires, comme des abcès et des occlusions.

Il y a de nouvelles méthodes de diagnostic, moins invasives, qui permettent d'identifier la récurrence après une intervention chirurgicale. Il s'agit de l'évaluation du taux de calprotectine fécale, de l'échographie abdominale, de l'entérogographie par IRM avec un agent de contraste et de l'exploration endoscopique de l'intestin grêle par vidéo-capsule.

La radiologie et l'imagerie médicale (échographie, IRM et TDM) ont été évaluées en tant que méthodes de diagnostic des récurrences post-opératoires. L'exploration endoscopique de l'intestin grêle par vidéo-capsule effectuée 6 à 12 mois après l'intervention chirurgicale semble être aussi précise que l'iléocoloscopie dans le diagnostic de la récurrence post-opératoire. Cependant, il n'y a pas d'étude sur la possibilité de diagnostiquer une



récidive dans l'iléon ou le jéjunum par IRM, par TDM ou exploration endoscopique de l'intestin grêle par vidéo-capsule.

Prévention des ré-interventions chirurgicales après une résection iléocolique

Chez les patients ayant au moins un facteur de risque de récurrence, un traitement préventif est recommandé après la résection iléocolique (c'est-à-d. l'ablation de la partie terminale de l'intestin grêle et de la première partie du côlon). Les thiopurines ou les anti-TNF sont le meilleur traitement préventif. La mésalazine à forte dose est une option chez les patients dont on a ôté seulement la partie terminale de l'intestin grêle. Les antibiotiques sont efficaces après une résection iléocolique, mais ne sont pas aussi bien tolérés.

Tous les patients ayant une MC doivent être informés du risque lié au tabagisme. Le sevrage tabagique doit être encouragé et pris en charge.

Le tabagisme est l'un des plus grands facteurs de risque de rechute et augmente la nécessité d'une résection chirurgicale dans la maladie de Crohn. Par conséquent, tous les patients atteints de cette maladie doivent faire tout ce qu'ils peuvent pour cesser de fumer.

Prise en charge de la MC fistulisante

Stratégies diagnostiques

L'IRM pelvienne est la meilleure méthode d'évaluation des fistules péri-anales dans la MC. Si une sténose (c.-à-d. un rétrécissement) rectale est exclue, l'écho-endoscopie du rectum est une bonne option. Ces deux méthodes sont plus précises lorsqu'elles sont combinées à un examen sous anesthésie. La fistulographie n'est pas recommandée. Si une fistule est découverte dans la région anale, un examen sous anesthésie pratiqué par un chirurgien expérimenté est la meilleure méthode.

L'IRM, si elle est possible, doit être utilisée initialement parce qu'elle a une précision de 76 % à 100 %. Néanmoins, s'il n'est pas possible d'avoir une IRM rapidement, un examen sous anesthésie avec un drainage de l'abcès ou de la fistule doit être effectué dès que possible pour éviter les dangers d'une infection non drainée ; l'examen sous anesthésie est exact à 90 % et permet au chirurgien de drainer l'abcès en même temps.

Traitement chirurgical des fistules non complexes

En cas de fistule non complexe dans la partie inférieure de la région anale, une simple fistulotomie peut être envisagée. La présence d'un abcès dans la région anale doit être exclue et, dans le cas contraire, celui-ci doit être drainé.

Si une personne a une fistule non complexe dans la partie inférieure de la région anale, une fistulotomie (c.-à-d. l'ouverture chirurgicale du trajet fistuleux) peut être envisagée. Cependant, elle doit être pratiquée très sélectivement à cause des complications en termes d'incontinence qu'elle peut éventuellement provoquer. En présence d'un abcès (c.-à-d. une accumulation de pus) dans la région anale, il est important de le drainer et de le traiter correctement parce que les abcès non traités peuvent être néfastes pour les tissus autour des sténoses péri-anales, y compris les muscles qui contrôlent le transit intestinal.



Traitement médical des fistules simples

Les fistules simples (c.-à-d. à un seul trajet) dans la région anale, provoquant des symptômes, doivent être traitées. La mise en place d'un séton (c.-à-d. un drain en soie ou en latex) et d'un traitement par antibiotique (métronidazole et/ou ciprofloxacine) est l'option thérapeutique privilégiée. En cas de récurrence d'une maladie fistulisante provoquant des fistules simples et ne répondant pas aux antibiotiques, des thiopurines ou des anti-TNF peuvent être utilisés en traitement de deuxième ligne.

Il n'est pas nécessaire de traiter une fistule péri-anale simple (c.-à-d. à un seul trajet), qui ne provoque pas de symptômes. Cependant, si elle est accompagnée de symptômes, il convient de pratiquer une intervention chirurgicale et de la combiner à un traitement médical ; les antibiotiques, le drainage de l'abcès et la mise en place d'un séton constituent le traitement privilégié.

Si la fistule récidive et ne répond pas aux antibiotiques, des thiopurines ou des anti-TNF peuvent être utilisés en traitement de deuxième ligne. Les résultats regroupés de cinq études démontrent que les thiopurines sont efficaces pour fermer les fistules et maintenir leur fermeture. Par ailleurs, il a été observé, dans d'autres études, que l'infliximab est également efficace pour fermer les fistules, les maintenir en rémission et réduire ensuite la nécessité d'une intervention chirurgicale et d'une hospitalisation.

Gestion des fistules péri-anales complexes

Si la MC fistulisante dans la région anale provoque des fistules complexes (c.-à-d. à plusieurs trajets), l'infliximab ou l'adalimumab peut être utilisé en traitement de première ligne après le drainage des fistules par voie chirurgicale, s'il est indiqué. Un traitement combinant de la ciprofloxacine et un anti-TNF améliore le résultat à court terme.

Pour améliorer l'effet d'un traitement par anti-TNF dans la MC fistulisante avec des fistules complexes (c.-à-d. à plusieurs trajets), une association d'anti-TNF et de thiopurines peut être envisagée.

Traitement d'entretien dans la MC fistulisante

Les thiopurines, l'infliximab ou l'adalimumab, le drainage par séton (c.-à-d. à l'aide d'un drain en soie ou en latex) doivent être utilisés, seuls ou en association, en traitement d'entretien.

Il n'y a pas de données sur l'effet des thiopurines en tant que traitement d'entretien pour les fistules après un traitement d'induction par infliximab ou pendant un traitement d'entretien avec cet agent. Il a été observé que seul le traitement d'entretien par infliximab réduit les hospitalisations et la chirurgie. L'adalimumab semble maintenir les fistules fermées, mais on ne sait pas s'il réduit les hospitalisations et la chirurgie.

Globalement, plus de 90 % des gastroentérologues conviennent qu'il faut impérativement mettre en place un traitement d'entretien après le succès du drainage d'une fistule. Les médicaments privilégiés sont les thiopurines ou les anti-TNF et ils doivent être pris pendant au moins un an.

Manifestations extra-intestinales (MEI, symptômes de la MC en dehors du côlon)



Problèmes articulaires

Les diagnostics de maladies articulaires associées aux MICI sont effectués pour des raisons cliniques sur la base des symptômes et en excluant d'autres formes spécifiques d'arthrite.

Il y a deux grandes catégories de maladies articulaires liées aux MICI, à savoir les arthropathies périphériques et axiales. Il y a deux types d'arthrite périphérique, à savoir le type 1 et le type 2. Le type 1 touchant les grosses articulations (genoux, coudes et épaules), est corrélé avec l'inflammation intestinale et se développe chez 4 à 17 % des patients atteints de la MC. Le type 2 affecte les petites articulations (main) et ne se développe que chez 2,5 % des patients atteints de la MC.

Le diagnostic d'arthrite est établi en observant les articulations gonflées et douloureuses. Les autres maladies à écarter sont l'ostéoarthrite, la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrite associée aux pathologies affectant le tissu conjonctif (lupus, p.ex.). Les causes liées aux médicaments, qu'il convient également d'exclure, sont des arthralgies (c.-à-d. les douleurs articulaires) pouvant être provoquées par l'arrêt des corticoïdes, l'ostéonécrose (c.-à-d. la diminution du flux sanguin vers les articulations) causée par les corticoïdes et le lupus induit par l'infliximab.

Quant aux arthropathies axiales, elles incluent la sacro-iliite (qui se développe chez 25 à 50 % des patients atteints d'une MC) et la spondylarthrite (qui se déclare chez 4 à 10 % des patients). La spondylarthrite ankylosante se caractérise par des douleurs dorsales, une raideur le matin, une capacité limitée à se pencher et, aux stades ultérieurs, une diminution de l'expansion de la cage thoracique. L'examen de référence absolue pour diagnostiquer la spondylarthrite ankylosante est l'IRM parce qu'elle permet de déceler l'inflammation avant que les lésions osseuses ne se produisent.

Les arthrites périphériques affectent généralement les grosses articulations des membres. Elles peuvent être traitées par de la kinésithérapie, des AINS à court terme et des injections locales de corticoïdes. L'accent doit être mis sur le traitement de la MC sous-jacente. La sulfasalazine permet également de traiter les arthrites périphériques persistantes.

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

S'agissant de l'arthrite périphérique, le traitement de la MC sous-jacente par des corticostéroïdes, des immunomodulateurs et des anti-TNF devrait résoudre les symptômes. Si le traitement de la MC 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 MC sous-jacente, ce risque est faible. La kinésithérapie et le repos peuvent soulager les symptômes. L'utilisation des AINS anti-COX-2 (étoricoxib et célécoxib, p. ex.) semble plus sûre et induire un moindre risque de poussée de la maladie que les AINS non sélectifs. La sulfasalazine peut apporter un bénéfice dans les arthropathies touchant les grosses articulations. Enfin, l'infliximab peut aussi avoir un effet très bénéfique sur l'arthrite périphérique.



L'arthrite axiale provoque des douleurs et une raideur dans les articulations de la partie inférieure du dos. Une kinésithérapie intensive et des AINS sont recommandés, mais le traitement à long terme par AINS doit être évité en raison des préoccupations liées à leur profil d'innocuité défavorable. Les anti-TNF seront privilégiés dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante, si le patient ne tolère pas les AINS ou n'y répond pas. La sulfasalazine, le méthotrexate et les thiopurines sont inefficaces.

Les recommandations sur le traitement de l'arthrite axiale liée à la MC sont basées sur les études concernant la spondylarthrite ankylosante (c.-à-d. l'arthrite au niveau de la colonne vertébrale). La kinésithérapie intensive et les AINS peuvent être utilisés, bien que les AINS doivent être évités à long terme. On peut aussi envisager des injections locales de corticostéroïdes. 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 ayant 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.

Troubles osseux

Les patients sous corticostéroïdes ou présentant une perte de densité osseuse doivent prendre des suppléments de calcium et de vitamine D. L'activité musculaire et l'arrêt du tabagisme sont utiles. Les patients ayant des fractures doivent être traités par des biphosphonates, bien que l'efficacité de ces agents dans la prévention des fractures ne soit pas démontrée. L'hormonothérapie substitutive classique chez les femmes ménopausées n'est pas recommandée en raison du risque d'effets indésirables. Sous prescription médicale, l'hormonothérapie peut entraîner un bénéfice chez les hommes ayant un taux faible de testostérone.

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, même si aucune étude n'a été réalisée sur l'effet de ce traitement dans la prévention des fractures chez ces patients. Dès lors, recommander d'office un traitement basé sur des biphosphonates pour contrer une réduction de la densité osseuse n'est pas à envisager. Toutefois, les biphosphonates gardent leur utilité chez les femmes ménopausées ou celles ayant une ostéoporose induite par des corticoïdes. Plus généralement, ce traitement devrait être envisagé chez les patients présentant une faible densité osseuse ou des facteurs de risque dans ce sens.

Les patients ayant une maladie active chronique doivent être traités par des immunosuppresseurs, tels que l'azathioprine et les anti-TNF, de façon à éviter les corticoïdes et réduire les effets négatifs de l'inflammation sur la densité osseuse ; il a été observé que de nombreux patients atteints de la MC retrouvent une densité osseuse normale après trois ans de rémission stable.

Manifestations cutanées

Le traitement de l'érythème noueux est généralement basé sur celui de la MC sous-jacente. Des corticoïdes systémiques sont généralement nécessaires. Le pyoderma gangrenosum est traité en première intention par des corticoïdes systémiques ou un traitement par anti-TNF ou des inhibiteurs de la calcineurine.

L'érythème noueux (c.-à-d. des nodules de couleur rouge sur la peau des bas des jambes, des cuisses et des avant-bras) est facilement décelé et se déclare chez 5 à 10 %

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



des patients atteints de la MC. Il se manifeste généralement lorsque la MC est active. Le diagnostic peut être confirmé sans nécessiter de pratiquer des biopsies. Le traitement de la maladie sous-jacente par des corticoïdes oraux est généralement nécessaire et, s'ils n'agissent pas ou en cas de rechutes régulières, il est généralement possible d'ajouter de l'azathioprine et/ou de l'infliximab. Cependant, la nécessité de recourir à l'azathioprine ou l'infliximab est très rare.

Le *pyoderma gangrenosum* (c.-à-d. des ulcères profonds et douloureux) peut se déclarer n'importe où sur le corps, y compris sur les parties génitales. Mais on le rencontre le plus couramment sur les bas des jambes et à proximité des stomies. Les ulcères sont généralement superficiels au début, mais deviennent plus profonds au fil du temps. Entre 0,6 % et 2,1 % des patients ayant une MC en sont atteints à un moment ou un autre et cette affection peut être associée ou non à l'activité de la MC. Le *pyoderma gangrenosum* est un diagnostic d'exclusion. Autrement dit, il est diagnostiqué lorsqu'on a éliminé les autres causes possibles des ulcères ; la biopsie cutanée peut aider à écarter d'autres diagnostics. L'objectif du traitement doit être une cicatrisation rapide car il s'agit d'une maladie invalidante. Il convient d'utiliser les corticostéroïdes avant d'essayer les inhibiteurs de la calcineurine. L'utilisation de l'infliximab est fréquente et son efficacité a été prouvée dans plusieurs études. Aucune étude n'a encore comparé les corticoïdes systémiques, les traitements par anti-TNF et les inhibiteurs de la calcineurine les uns par rapport aux autres. Il faut éviter les exérèses chirurgicales.

Complications thromboemboliques

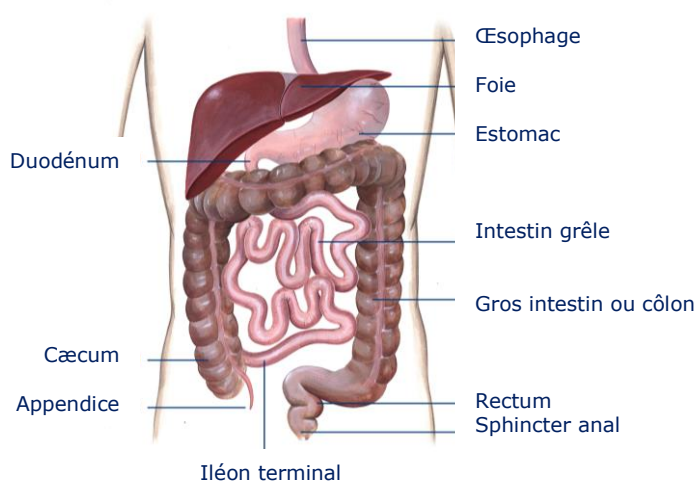
La prévention de la thrombose (c.-à-d. la formation de caillots sanguins) doit être envisagée chez tous les patients hospitalisés ou en consultation externe présentant une maladie d'intensité sévère. Les thromboses veineuses associées aux MICI doivent être traitées conformément aux recommandations en vigueur.

Pour des raisons en grande partie inconnues, les patients atteints de la MC présentent un risque plus élevé de développer des caillots dans les veines, ce que l'on appelle une thrombose veineuse ou une phlébite. Il est important de prévenir et 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 prévenir ces caillots sanguins et également pour les traiter. Si une personne a un second épisode de thrombose, un traitement à long terme doit être envisagé. Les patients atteints d'une MICI ne semblent pas avoir davantage de complications hémorragiques provoquées par les anticoagulants que les personnes qui n'en sont pas atteintes. Les patients atteints de MC doivent se méfier des longs voyages et des contraceptifs oraux, car ils augmentent le risque de thrombose. Un traitement préventif par anticoagulant devra aussi être envisagé dans certaines circonstances.

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 utilisé pour traiter les MICI, de préférence la RCH, et dans certains cas la MC. Il 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 cholangite sclérosante primitive (CSP), maladie hépatique chronique caractérisée par une inflammation des voies biliaires à l'intérieur et à l'extérieur du foie. Il protège le foie et diminue le risque de cancer colorectal.
Adalimumab	Médicament	Anti-TNF, appartenant au groupe des médicaments biologiques (fabriqués par procédé biotechnologique), couramment utilisés dans le

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		traitement des MICI. Il est administré par voie sous-cutanée.
Adhérences	Complications liées à la chirurgie	Parties de l'intestin qui s'accrochent à cause de réactions cicatricielles. Les adhérences peuvent provoquer une obstruction 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 reconstruire un réservoir avec l'extrémité de l'intestin grêle anastomosé à l'anus.
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, le colon est enlevé et l'iléon est raccordé au rectum.
Anémie	Maladie	Trouble caractérisé par un nombre anormalement faible de globules rouges 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, qui est une extension du côlon. L'appendicite peut provoquer, entre autres, des douleurs, une perte d'appétit, de la fièvre ou une péritonite.
Arthrite	Maladie liée aux MICI	Inflammation d'une ou de plusieurs articulations qui provoquent des douleurs et un gonflement.
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
Baryte (produit de contraste)	Test diagnostic	Substance utilisée dans certains examens radiologiques pour améliorer la visualisation des structures anatomiques.
Biopsie, biopsies	Test diagnostic	Une biopsie est un échantillon de tissu prélevé dans l'organisme afin de l'examiner au microscope. 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 corticostéroïdes. Le budésonide a une action anti-inflammatoire et il est utilisé sous forme orale ou de lavement pour traiter les poussées aiguës dans la MC iléo-cæcale et la RCH affectant l'extrémité haute du côlon. Les corticostéroïdes sont dérivés 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 la CRP ou la VS qui, eux, ne sont pas spécifiques des MICI. Le patient doit fournir un échantillon de selles pour la mesurer.
Cancer du côlon	Maladie liée à la RCH/MC	Connu aussi sous le nom de cancer colorectal. Les patients ayant 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, la 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

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		une anémie.
Centré sur le patient	Autre	Les soins centrés sur le patient visent à respecter les besoins individuels du patient, à y répondre et à ce 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	Forme de colectomie qui consiste en l'ablation d'une partie du côlon et non de la totalité du côlon, contrairement à la colectomie.
Colite distale	Qualificatif d'une maladie	RCH 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 faire la différence entre une MC et une RCH
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 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.
Corticostéroïdes	Médicament	Anti-inflammatoires dérivés des hormones naturelles sécrétées par les glandes surrénales. L'hydrocortisone et la prednisolone sont les deux corticostéroïdes couramment utilisés dans le traitement des MICI.
Créatinine	Examen	Marqueur de fonctionnement rénal

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



CRP (protéine C réactive)	Examen	Examen sanguin effectué pour mesurer l'inflammation dans l'organisme. Un taux élevé de CRP ne signifie pas forcément que l'inflammation se situe dans l'intestin. Par conséquent, d'autres analyses doivent être effectuées pour savoir si l'origine de l'inflammation se situe dans le côlon du patient atteint de MICI.
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'utilise donc pas la radiation.
Entéroscopie assistée	Examen	Examen de l'intestin grêle à l'aide d'un endoscope spécial.
Érythème noueux	Maladie liée aux MICI	Inflammation cutanée.
Exploration endoscopique 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 personne physiquement capable d'avoir des enfants.
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 de la 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.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



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.
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.
Immunomodulateur	Médicament	Les immunomodulateurs affaiblissent ou stimulent l'activité du système immunitaire. Les immunosuppresseurs sont des immunomodulateurs couramment utilisés dans le traitement des MICI.
Immunosuppresseur	Médicament	Classes de médicaments utilisés pour ralentir l'activité du système immunitaire, notamment les corticoïdes, les thiopurines, le méthotrexate, les anti-TNF et le védolizumab. Étant donné que les MICI peuvent être causées par une suractivité du système immunitaire, les immunosuppresseurs sont 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. Généralement, les maladies plus graves ont des scores plus élevés. À titre d'exemple, citons l'indice d'activité de la RCH (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 biologique couramment utilisé dans le traitement des MICI.
Anti-COX-2	Médicament	Il s'agit d'un AINS plus spécifique avec moins d'effets indésirables et mieux toléré dans les MICI.
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'utilise donc pas la radiation.
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 à 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.

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



Lavement	Médicament	Fluide injecté dans l'intestin par le rectum. Permet au médecin d'effectuer des examens ou d'administrer des médicaments.
Lopéramide	Médicament	Médicament antidiarrhéique classique. Voir antidiarrhéique.
Maladie localisée	Qualificatif d'une maladie	Maladie limitée à un organe du corps ou à une zone localisée de l'intestin.
Maladies chroniques	Qualificatif d'une maladie	Maladie(s) qui affecte(nt) une personne pendant une longue durée. Les MICI, comme leur nom l'indique, 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 immunoglobulines, produites par des cellules génétiquement modifiées.
Mésalazine	Médicament	Médicament utilisé pour traiter les MICI. La mésalazine peut être administré 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 rectocolite hémorragique.
Métronidazole	Médicament	Antibiotique.
MICI	Maladie	Acronyme de maladie inflammatoire chronique de l'intestin.
MICI in-classée	Qualificatif d'une maladie	MICI indéterminée entre MC ou RCH.
Occlusion, occlusif	Complication de la MC	Se manifeste lorsque l'inflammation provoquée épaissit la paroi intestinale, provoquant ainsi un rétrécissement de l'intestin.
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 de l'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	Inflammation affectant tout le 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 non infectieux.
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. Il se termine 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'une structure de l'organisme 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 biologique du 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 et non brutalement chez le patient. Il doit être pratiqué dans le cas des corticoïdes 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 ankylosante	Maladie liée aux MICI	Forme d'arthrite caractérisée par une inflammation chronique qui affecte la colonne vertébrale, provoquant des douleurs et des raideurs dans le dos, qui progressent vers la poitrine et le cou.
Sténose	Maladie de	Rétrécissement suffisamment important pour

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



	Crohn	provoquer une gêne pour le patient.
Sulfasalazine	Médicament	Médicament utilisé pour traiter les MICI. La sulfasalazine associe un 5-ASA, qui est la fraction active, à un anti-inflammatoire, 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 pour traiter l'inflammation.
Syndrome de l'intestin irritable	Maladie	Maladie chronique caractérisée par des douleurs et des troubles du transit mais sans l'inflammation.
Syndrome de malabsorption	Complication de la MC	Absorption anormale des nutriments des aliments dans le tractus gastro-intestinal.
Syndromes lymphoprolifératifs (SLP)	Maladie	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 maladie	Crampe ou spasme douloureux du rectum, généralement accompagné d'une envie urgente d'aller à la selle et de contractions involontaires.
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.
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 urines par les reins. Le taux d'urée

ECCO EFCCA PATIENT GUIDELINES



		est un marqueur du fonctionnement du rein
Uvéite	Maladie	Inflammation de l'uvée au niveau de l'œil.
Vacciné	Autre	Personne immunisée contre une maladie infectieuse. Les vaccinations les plus courantes sont celles contre la rougeole, les oreillons et le tétanos.
Validé	Examen	Qualifie une mesure lorsqu'il est démontré qu'elle reflète avec exactitude ce qu'elle prétend évaluer.
Védolizumab	Médicament	Médicament biologique 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 ; comparable à la CRP.
VSL#3	Médicament	Probiotique (micro-organismes vivants qui, administrés dans des quantités adéquates, apportent un bénéfice au patient) parfois utilisé dans le traitement de la pochite.