PATHOLOGIES INFLAMMATOIRES - MICI

ÉPIDÉMIOLOGIE

Épidémiologie des MICI

Crohn et rectocolite hémorragique
150000 patients en France
3.6 millions dans le monde
Incidence en augmentation
Gradient nord sud
- Nord plus touché

Gradient européen.

Age jeune au diagnostic (entre 16 et 30 ans)
- + formes pédiatriques et des sujets âgés

Homme = femme
Pas de guérison (si arrêt des ttt = rechute)
Cause inconnue.
- Pense que c'est un ensemble de facteurs intriqués (génétiques, environnementaux, excès TNF alpha)

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET PARACLINIQUES

Maladie Crohn

Inflammatoire chronique intestin
Peut toucher la totalité du tube digestif
- De l'œsophage jusqu'au rectum

Avec principalement des localisations au niveau de l'iléon et au niveau du colon.
Lésions transmurales
- Elles touchent toute l'épaisseur de la paroi digestive ce qui peut entrainer des fistules et des sténoses

RCH

Le rectum toujours atteint.
Peut monter dans le reste du colon
Ne touche jamais le grêle
Lésion continue et superficielle (pas transmurale)
Peut entrainer un risque de cancer.

Principales localisations des lésions digestives

Crohn	Principalement colon et iléon terminal Mais aussi que l'iléon OU uniquement colon Et aussi lésions anopérinéales
RCH	Que rectum Colite distale G OU l'ensemble du colon (pancolique)

Impact sur la vie des patients

Impact sur la qualité de vie des patients. 53% le pensent.

Symptômes des MICI

Douleurs abdominales
Diarrhées chroniques
Emission de glaires et de sang
Amaigrissement, asthénie, fièvre

Manifestations extra digestives :
- Articulaires (spondylarthrite)
- Cutanées
- Oculaires
- Foie (cholangite sclérosante primitive)

Lésions de l'anus et du périnée dans la maladie de Crohn

Fistule et écoulement ano-périnéale
- Complication de ces fistules → abcès, traité par des Setons (tubes qui permettent l'écoulement)

SCORES ET SÉVÉRITÉ

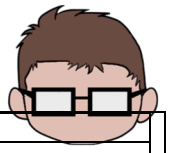
Crohn

Index d'Harvey Bradshaw
0 à 30
- Inactive
- Active
- Active très sévère.

Plus est élevé, plus important.
Selles par jour, masse abdominale, douleurs, bilan état général.

Activité de la maladie	Évolue entre des phases de poussées et de rémissions chez 89% des patients Ou en permanence active OU rémission prolongée spontanément sans ttt

©Eide.fr



	Hospitalisation	8 à 9 jours
	Chirurgie	Environ 50% des patients à 10 ans
	Récidive post-op	1/3 des patients à 5 ans 50% des patients à 10 ans
	Double objectif des ttt	Rémission des symptômes Cicatrisation des lésions intestinales →Réduction du risque de rechute, réduction des complications (abcès, fistule, sténose), réduction du risque de chirurgie, réduction du risque d'hospitalisation
	Quantifier et surveiller la maladie	Douleur, fatigue CRP Biomarqueurs Endoscopie (ulcération, inflammation) Imagerie Complications

RCH

Score de Mayo
0 à 11
Cote une poussée de RCH
Active, inactive et active très sévère
→Selles
Présence de sang dans les selles
- Inférieure ou sup à 50% des émissions

Activité de la maladie

Complications de la RCH ultime	La colite aigue grave Score de truelove and Witts - Émission de plus de 6 selles sanglantes par 24 heures associées à un autre signe systémique (FC >90, fièvre >37.8, anémie, CRP haute)

Ttt des MICI

Stratégie progressive ou fort d'emblée

Début par des ttt moins fort
- Dérivés aminosalicylés
- Puis Corticoïdes
- Immunosuppresseurs
- En dernier recours : anti TNF alpha

→De plus en plus on commence par les anti-TNF pour ensuite désescalader = fort d'emblée

Anti TNF efficace dans les MICI

Anticorps dirigés contre les cytokines : inhibiteur du TNF alpha
Check list à faire avant de commencer une thérapie par TNF (immunosuppresseur donc danger)

Rémicade
Humira
Simponi (que l'amm dans la RCH et pas dans crohn)

EI des ttt

Réaction à l'injection	Infliximab ++
Immunogénicité	Ac anti TNF Infliximab ++ Association d'immunosuppresseurs et les perfusions programmées baissent le risque de développement d'Ac
Infection	Tuberculose : infliximab Infections opportunistes Hépatite B : risque de réactivation virale → traitement antiviral 2 à 4 semaines avant et jusqu'à l'arrêt du ttt.

Prévenir le risque d'infection opportuniste
Avant la mise sous anti-TNF
- Interrogatoire exhaustif
- Examen clinique
- Screening pour la tuberculose
- Bilan bio et vaccination
- Information du patient

©Eide.fr