

Organisée par le Collège des Médecins du Val d'Oise



20^{ème} | **JOURNÉE DE FORMATION
DES
ASSOCIATIONS DU VAL
D'OISE**
Les maladies auto-immunes,
une pathologie fréquente

Dimanche 3 février 2019 – Hôtel Marriott
Roissy-Ville

COLITES INFLAMMATOIRES

**Dr Caroline POKA NGANDJONG
CH Argenteuil**

Maladie de crohn

Différenciation

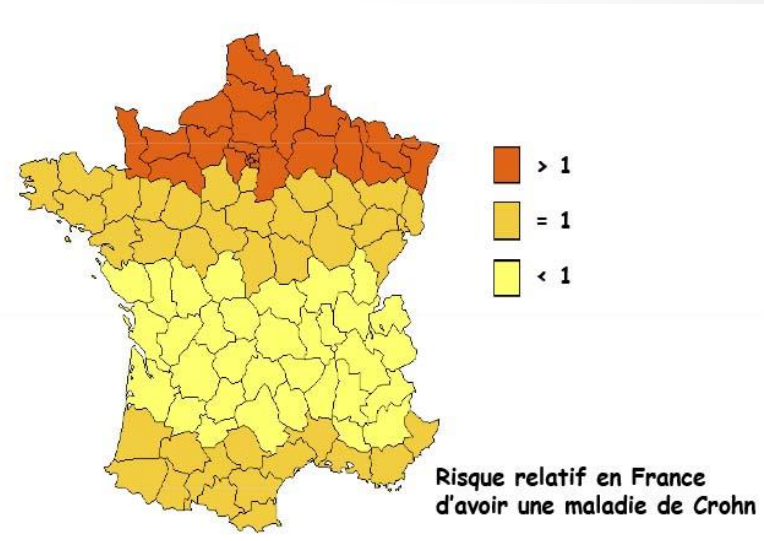
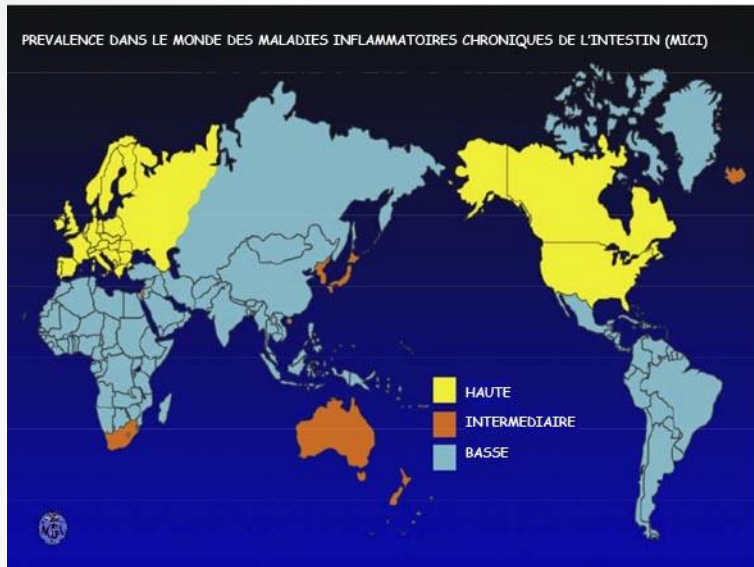
Rectocolite hémorragique

Colite indéterminée

10 à 20 % des premières poussées
de MICI colique pure.

entre RCH et MC est impossible

EPIDEMIOLOGIE



- Europe : 850 000 pour la RCH, 1 000 000 pour la MC

- France: 112 000 MC; 80 000 RCH.

- Incidence de la maladie : 10 / 100000 (6 : MC, 4 :RCH).

Stable pour la MC et en augmentation pour la RCH

2 pics d'incidence : 20-40 ans; un second pic entre 50 et 70 ans

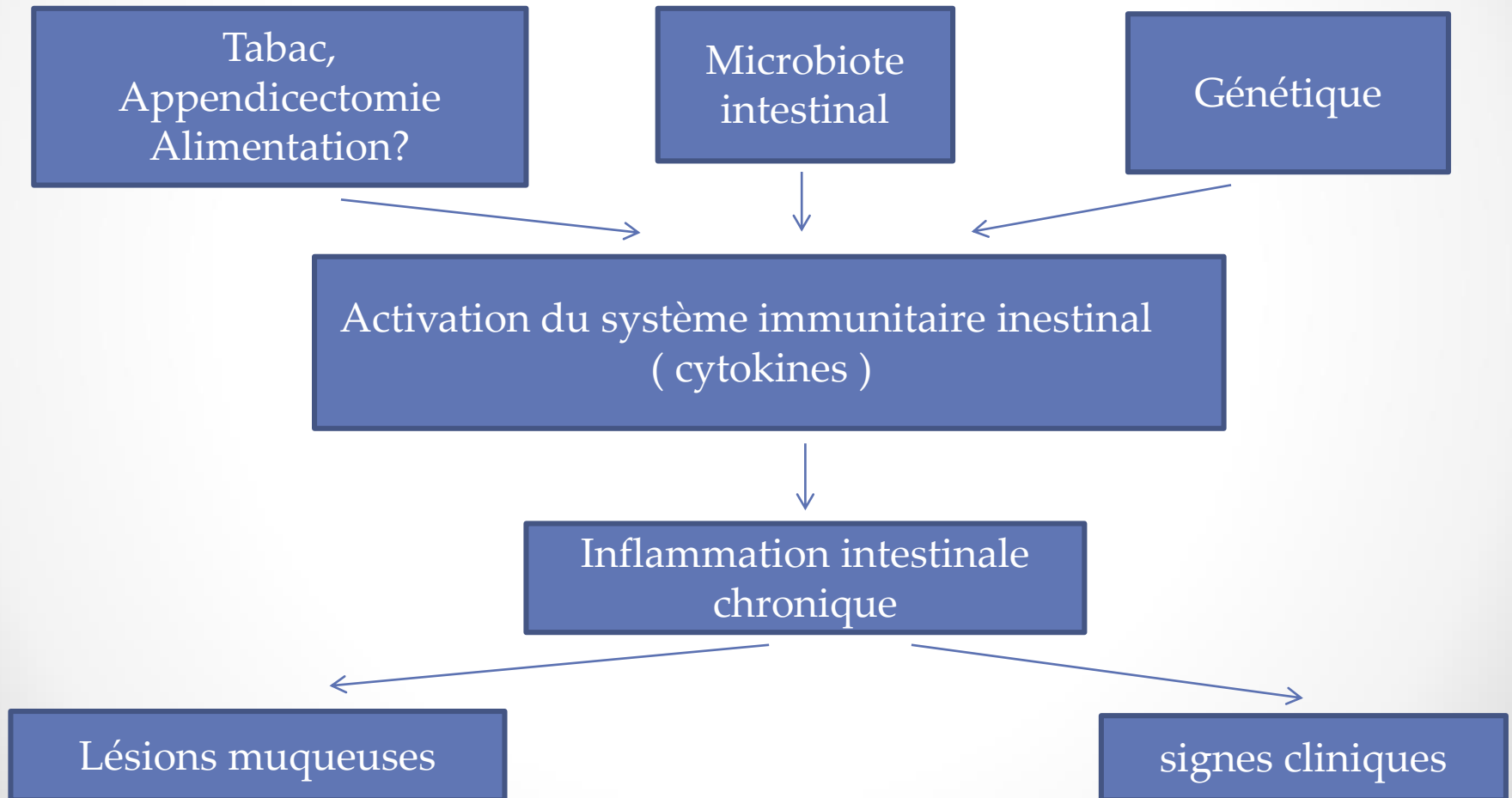
Prédominance féminine claire pour la MC et prédominance masculine de la RCH moins nettement notée.

- **Mortalité légèrement augmentée par rapport à la population général**

PHYSIOPATHOLOGIE

Hypothèse : Maladies multifactorielles

Prédisposition génétique à développer une réponse immunitaire anormale vis-à-vis du microbiote intestinal déclanchée ou aggravée par des facteurs environnementaux



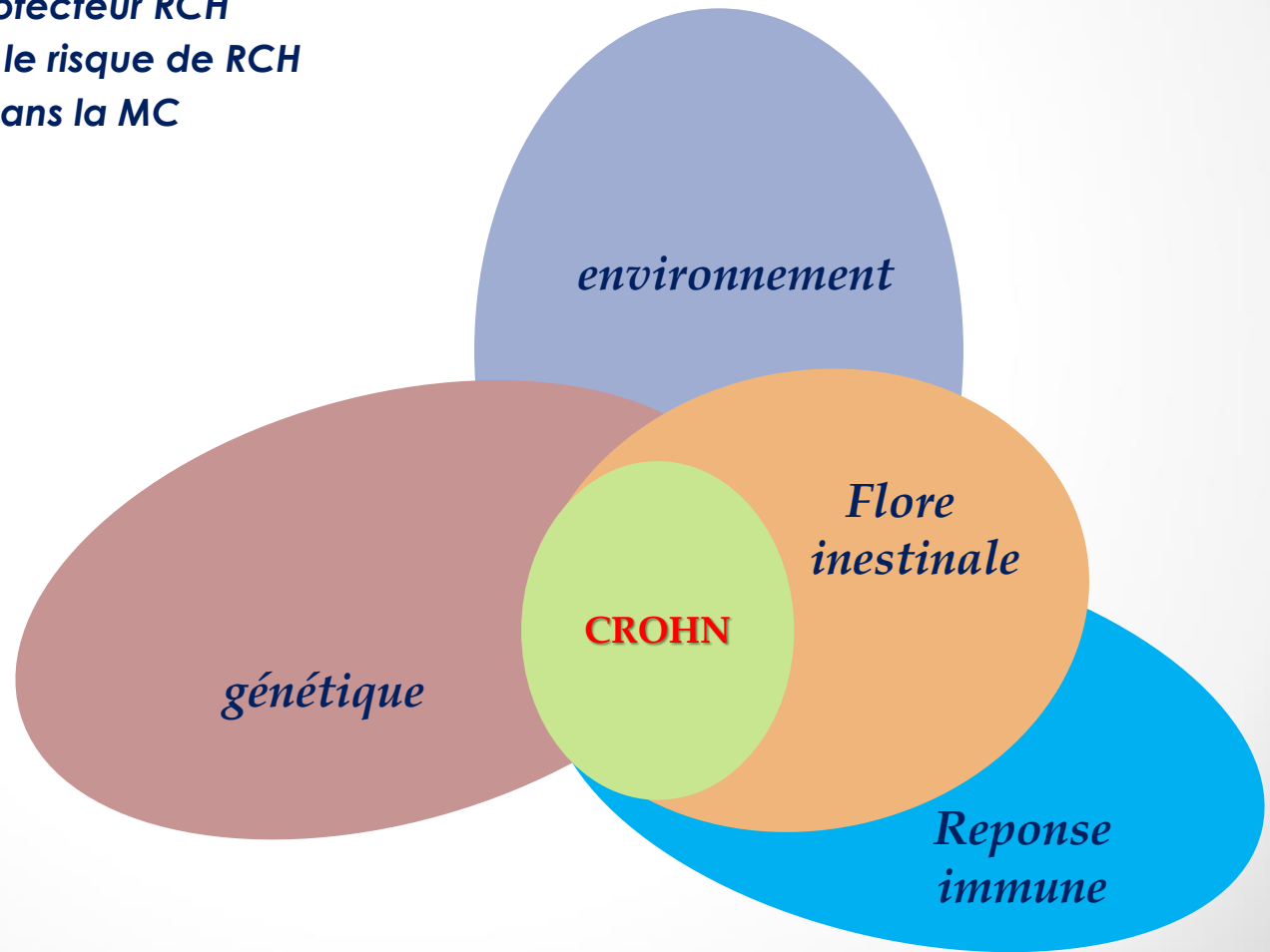
PHYSIOPATHOLOGIE

Tabac : FR crohn, facteur protecteur RCH

Appendicectomie: diminue le risque de RCH

Inverse dans la MC

Alimentation ?



QUAND EVOQUER LE DIAGNOSTIC ?

- Diarrhée prolongée et ou douleurs abdominales inexpliquées (en particulier en FID, réalisant parfois un tableau pseudo-appendiculaire).
 - Syndrome biologique inflammatoire (CRP)
 - Anémie
 - AEG
 - Signes biologiques de malabsorption (albumine, calcium,cholestérol diminués).
- Au décours d'une diarrhée aiguë, d'une iléite aiguë ou d'une atteinte isolée du grêle.
- Certaines lésions proctologiques : fissures multiples et/ou de siège atypique (antérieures, latérales), abcès, fistules.
- Signes extradiigestifs
- Antécédents familiaux de MICI sont à prendre en considération.

Manifestations extradiigestives

~ 50% des MICI au cours de leur évolution

Les plus fréquentes : - Arthropathie

- Atteinte oculaire

- Manifestations cutanées

Atteinte pulmonaire clinique symptomatique : rare; savoir y penser.

Non concomitant des poussées digestives; peu associé à d'autres MED

➡ peut tuer tout comme la CSP et les complications thromboemboliques

Confirmation du diagnostic

- **Endoscopie** : EOGD et iléocoloscopie
VCE : pas recommandée systématiquement

- **Examens morphologiques:**

Imagerie par Résonance Magnétique (IRM):

- Potentiellement optimale pour la tractus digestif et en particulier pour la MC
- Pas de contraste iodé et non irradiante (patients souvent jeunes)

Echographie de contraste : Praticien entraîné

Scanner, enteroscanner:

Examens de choix pour la détection des complications :
Colectasie, perforation

Les nouveaux objectifs thérapeutiques dans les MICI

UN TRIPLE OBJECTIF EN 2019

Prévenir OU arrêter la progression de la maladie

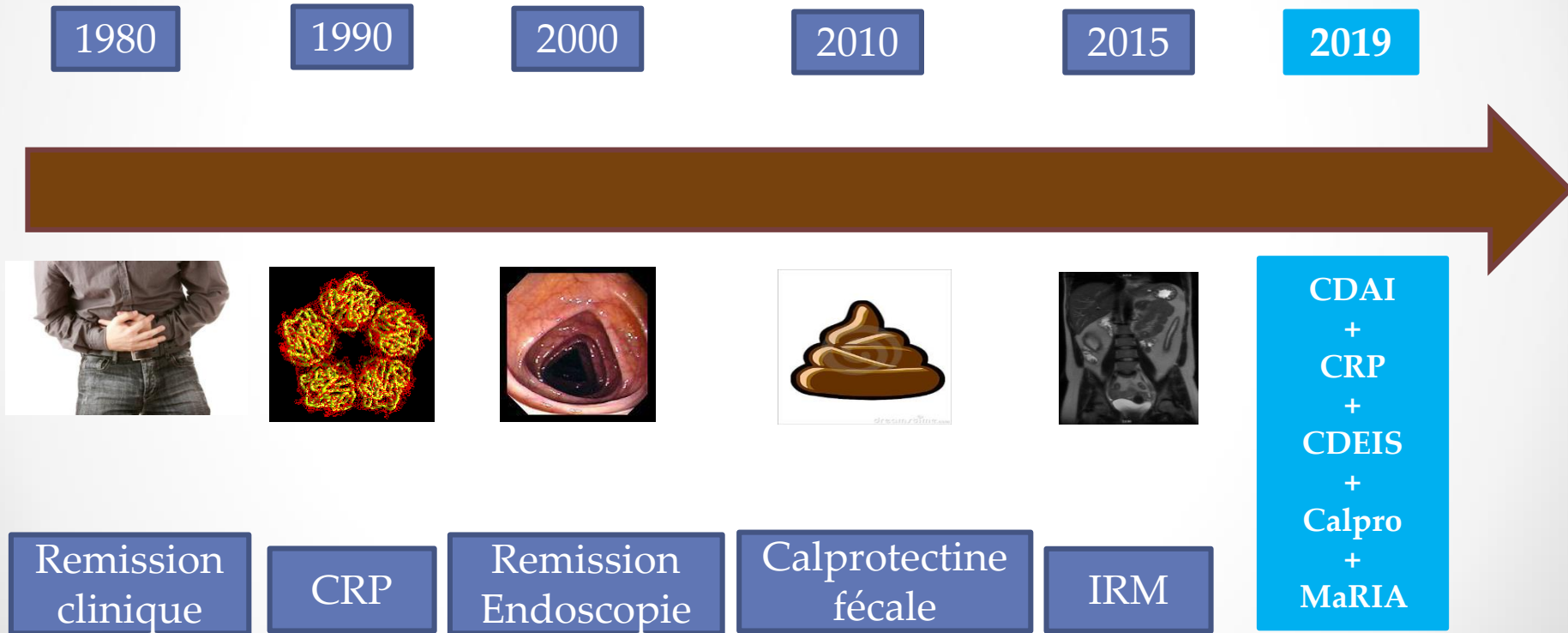
**Prévenir le handicap fonctionnel des patients OU
Permettre un retour à une vie normale**

**Prévenir les complications des médicaments ET les
arrêter**



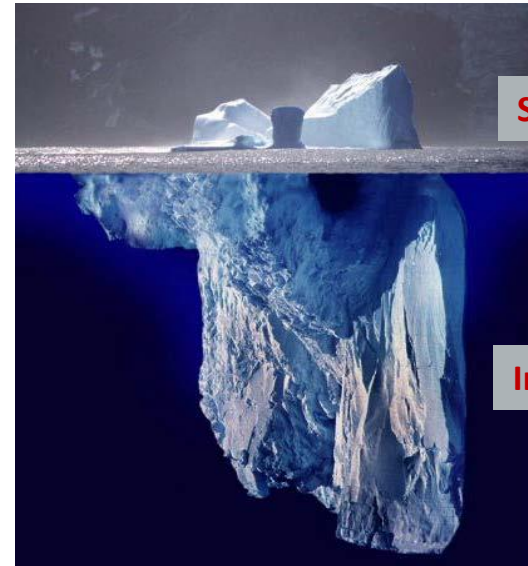
Années 80-2019 : Un emballement sans précédent ! De la réponse clinique à une rémission complète

Les objectifs de prise en charge des MICI ont évolué au cours du temps



La seule clinique ne suffit pas!

Méconnaître une inflammation silencieuse
= **sous-traiter**



Symptômes

Inflammation

Traiter des symptômes sans inflammation
= **sur-traiter**

PRINCIPE DU TRAITEMENT

- **Mesures hygiéno-diététiques:**

Poussées : Régime d'épargne digestive (apports restreints en fruits et légumes)

Un régime sans résidu strict n'est pas justifié.

Pas de régime restrictif en dehors des poussées:

- **Douleurs** : antispasmodiques, antalgiques.

Eviter les morphiniques et les ralentisseurs du transit.

Eviter les AINS

- **Arrêt du tabac si maladie de crohn**

Alimentation

- Les problèmes de malabsorption concernent une minorité de patients :
 - lorsque la localisation de la maladie est iléale
 - résections intestinales.

Dans la plupart des cas de pratique courante, il n'y a pas de conséquence pour l'administration et l'absorption des médicaments.

- L'alimentation n'influe pas sur le cours de la maladie. Il n'est donc pas nécessaire d'imposer un régime particulier : l'alimentation doit rester équilibrée
- Les régimes << à la mode >>, en particulier d'exclusion (du gluten, des produits laitiers, des fibres, du lactose) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité en cas de MICI
- L'intervention d'un diététicien pourra être sollicitée pour s'assurer de la bonne couverture des besoins nutritionnels.

Traitement médical

Historiquement

20 dernières années

Plus récemment

2019

Petites molécules

Grosses molécules

Petites molécules

- Corticoïdes
- Thiopurine
- Methotexate
- Aminosalicylés

biothérapie de 1^{ère} génération:

- Anti-TNF α
- Infliximab
- Adalimumab
- Certolizumab
- Golimumab

biothérapie de 2^{ème} génération :

- Anti intégrines
Vedolizumab
- Anti- IL12et IL 23
Ustekinumab

Inhibiteurs de janus kinas (*anti-JAK*)
- Tofacitinib

Une seconde révolution thérapeutique dans les MICI, près de 20 ans après le début des biothérapies

*Transplantation fécale : Essais en cours
place des probiotiques ?*

Chirurgie (RCH)

Prise en charge d'une personne agée atteinte de MCI

- Les effectifs augmentent le plus rapidement, de l'ordre de **31 %** ces dix dernières années.
- **10 % à 15 %** de l'ensemble des MCI chez les sujets âgés de plus de 60 ans contre 5 % à 25 % pour le groupe des enfants et adolescents.
10% parmi les sujets agés ont plus de 80 ans.
- 2 formes:
 - une MCI ancienne :
 - une MCI de révélation tardive : moins agressive
- Sur-risque de mortalité liée à l'infection par le Clostridium difficile, aux complications thromboemboliques et à la décompensation de leurs co-morbidités.
- Au cours de la colite aiguë grave, le recours à la chirurgie doit être envisagé plus précocement que chez le sujet jeune.

Prise en charge d'une personne agée atteinte de MCI

- Une approche thérapeutique « step up » (stratégie ascendante)



Prise en charge d'une personne agée atteinte de MCI



Prise en charge d'une personne agée atteinte de MCI



Prise en charge d'une personne agée atteinte de MCI



Au cours de la colite aiguë grave, le recours à la chirurgie doit être envisagé plus précocement que chez le sujet jeune.

SURVEILLANCE

- **Rythme des consultations** : 3 à 6 mois + urgentes.

Dans le cas général, un avis annuel du spécialiste est conseillé.

- **Surveillance biologique:**

NFS-pl, CRP, albumine, BH, ferritine, vitamine B12, folates sérique, vitamine D, calcium.

Calprotectine fécale : **son élévation est prédictive d'une rechute dans les 3 à 4 mois suivants**

Traitement par aminosalicylé :

créatininémie, protéinurie des 24H/ semestrielles.

Immunosuppresseurs :

- NFS-pl, BH (toxicité hématologique et hépatique)
- Examens gynécologiques avec frottis (anti-TNF-a +++)
- Suivi dermatologique annuel (imurel) : **à vie**

- **Surveillance endoscopique:** 3-9 mois

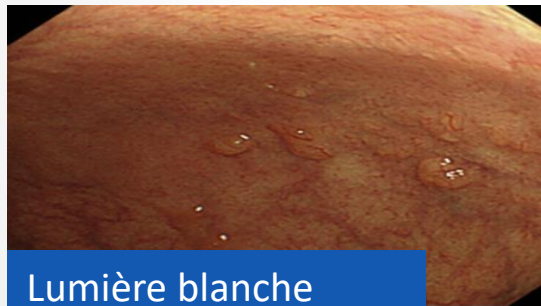
- **IRM**

Prévention du CCR au cours des MICI

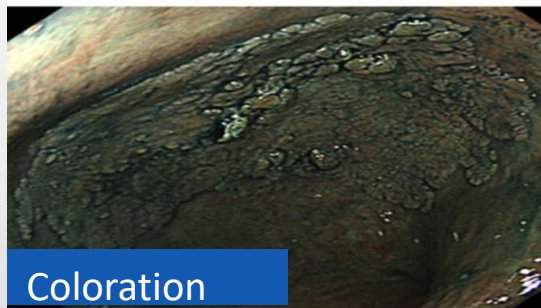
La dysplasie précancéreuse et le CCR doivent être détectés par des coloscopies avec coloration (panchromoendoscopie) et des biopsies selon un rythme recommandé par le spécialiste

Première coloscopie à 8 - 10 ans

- Tous les 2 ans après la coloscopie de dépistage jusqu'à 20 ans d'évolution, puis tous les ans
- Les rectites ne justifient pas de surveillance spécifique
- En cas de cholangite sclérosante : coloscopie **tous les ans** indépendamment de l'ancienneté de la maladie



Lumière blanche



Coloration

Les salicylés sont recommandés pour prévenir la dysplasie et le CCR au cours de la RCH ●

Vaccinations

Vaccins recommandés des patients immunodéprimés

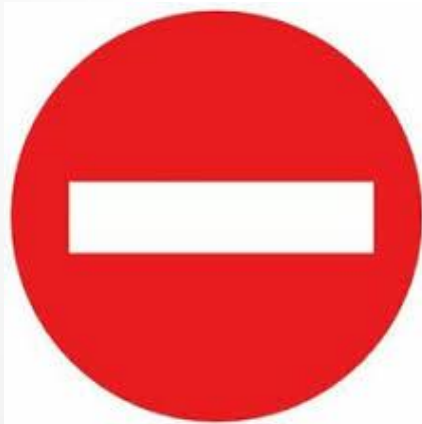
- Vaccin pneumococcique

1 - Une dose de vaccin 13-valent

2 - Puis une dose de vaccin 23-valent deux mois plus tard.

- Grippe saisonnière : tous les ans

Sous immunosuppresseurs, les **VACCINS VIVANTS ATTÉNUÉS** sont **CONTRE-INDIQUÉS** (risque de survenue de maladie vaccinale)



- R.O.R
- Rotavirus
- Varicelle et zona
- Fièvre jaune
- Polio orale
- Grippe (par voie nasale uniquement)
- BCG

Les vaccins vivants atténués sont à réaliser 3 semaines avant le début des immunosuppresseurs ou 3 mois après leur arrêt.

GROSSESSE ET MICI

Beaucoup de questions / d'inconnus ... menant parfois à réfréner un désir de grossesse

Hérédité et MICI

L'histoire familiale est le plus grand facteur de risque de transmission

- Risque de transmission : MC **5.2%**, RCH **1.6%**
- Si un parent atteint : risque pour la descendance: **2-4%**
- Si deux parents atteints: risque pour la descendance: **36%**

Fertilité et MICI

Chez patientes en rémission, taux d'infertilité: 5-14% (comparable à la population générale)

Maladie est active:

Anastomose iléo-anale au cours de la RCH

} baisse significative de la fertilité

GROSSESSE ET MICI

Conception MICI quiescente:

risque de poussée: **34%** vs **32%** en dehors de la Grossesse

Conception en période d'activité:

1/3 aggravation, 1/3 persistance poussée, 1/3 rémission

Sensibiliser les patientes à ce risque et les convaincre d'attendre une rémission avant la conception

Complications:

Une MICI même quiescente est un facteur de risque de complications (prématurité, petit poids de naissance, hypotrophie fœtale)

Accouchement

Les lésions anopérinéales actives ou séquellaires sévères et l'anastomose iléo-anale sont des indications de césarienne

Traitement des MICI pendant la grossesse : où en est on ?

Molécules	Grossesses	Allaitement
Mésalazine	Possible(< 2g/j)	Possible
corticoïdes	possible	Possible
Thiopurines	possible	Possible
Méthotrexate	CI	CI
Infliximab	Possible, arrêt au 3 ^{ème} T si maladie contrôlée	Possible
Adalimumab	Possible, arrêt au 3 ^{ème} T si maladie contrôlée	Possible
Certolizumab	Possible	Possible
Golimumab	Possible, arrêt au 3 ^{ème} T si maladie contrôlée	Possible
Vedolizumab	Données insuffisantes	Données insuffisantes
Ustekinumab	Données insuffisantes	Données insuffisantes

Si un anti-TNF a été poursuivi au-delà du 3^e trimestre de la grossesse, l'enfant ne doit pas recevoir de vaccin vivant avant au moins l'âge de 6 mois

Rôle du médecin traitant

Le MT joue un rôle important dans la prise en charge

Implication :

- Connaissance des facteurs de risque
- Reconnaissance des signes d'alarme (*red flags*)
- Utilisation de la calprotectine fécale :
>250µg/g : maladie évolutive
- Accès simplifié au médecin spécialiste

Numéro d'urgences gastro CHA:

01 34 23 12 50

Education thérapeutique :

- Agir sur les facteurs favorisants
 - Tabac pour le Crohn
- Proactivité du patient
- Adhérence au traitement et à la prise en charge
- Recourir aux différents soignants de façon adaptée

Numéro ETP : 01 42 00 00 40 (AFA)

CONCLUSION

Nouvelles petites molécules : Une seconde révolution thérapeutique dans les MICI, près de 20 ans après le début des biothérapies

MICI du sujet âgé est incontestablement un des grands défis des années à venir car cette population augmente progressivement : cas de novo tardifs ou vieillissement de nos patients sous immunosuppresseurs

Parmi les carences en micronutriments, la carence en fer et en vitamine D doit être systématiquement recherchée et supplémentée.

Aucun régime particulier ne doit être recommandé, en dehors des poussées sauf un régime pauvre en fibres en cas de sténose intestinale.

Une MICI active justifie d'attendre une période de rémission avant d'envisager une grossesse



Je vous remercie de votre attention