

Les symptômes extra-digestifs de la MII et les mythes et réalités associés aux MII

Frédérique Pettigrew
B.SC.Inf

Infirmière clinicienne en maladies inflammatoires de
l'intestin

CHU de Québec, CHUL

Conflits d'intérêts potentiels

- Janssen
- Abbvie
- Takeda
- ATGEn Canada
- Shire
- Pendopharm

Thèmes abordés aujourd'hui:

- Survol des MII
- Les manifestations extra-digestives des MII
- Mythes et réalités
- Calprotectine fécale

Les MII au Canada

- Plus de 233 000 Canadiens souffrent actuellement de MII

129 000
de maladie de Crohn

104 000
de colite ulcéreuse

- Chaque année, on diagnostique près de 10 200 nouveaux cas

5 700
nouveaux cas de
maladie de Crohn

4 500 nouveaux cas
de colite ulcéreuse

Le Canada présente l'un des taux les plus élevés de MII dans le monde

Caractéristiques des MII

Maladies de « jeunes »

- De 20 à 30 % des patients ont moins de 20 ans¹
- L'âge moyen au moment du diagnostic est la mi-trentaine²

Légèrement plus prévalentes chez les femmes

- Colite ulcéreuse : prévalence égale chez les hommes et les femmes³
- Maladie de Crohn : 1,3 femme pour 1 homme³

Maladies de pays industrialisés

- Plus fréquentes dans les pays nordiques industrialisés³
- Leur prévalence augmente à mesure que les pays « s'occidentalisent»³

Tabagisme

- Double le risque de maladie de Crohn et augmente sa gravité⁴
- Réduit toutefois le risque de colite ulcéreuse par un facteur de 2,5 et diminue sa gravité⁴

1. Kelsen J, Baldassano RN. *Inflamm Bowel Dis*. 2008;14 Suppl. 2:S9-11.

2. Kurata JH et coll. *Gastroenterology*. 1992;102(6):1940-8.

3. CCC. L'impact des maladies inflammatoires de l'intestin au Canada. 2012.

4. CREGG. *Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales*. Accessible à l'adresse : www.cregg.org/_MICI/2.htm

Finalelement :

Génétique

+

Environnement

=

**Maladies
inflammatoires
de l'intestin**

**Mais on ignore au juste
de quelle façon**

Caractéristiques distinctives des MII

Colite ulcéreuse

Muqueuse du côlon

- Inflammation de la muqueuse
- Diarrhée sanguinolente
- Atteinte continue

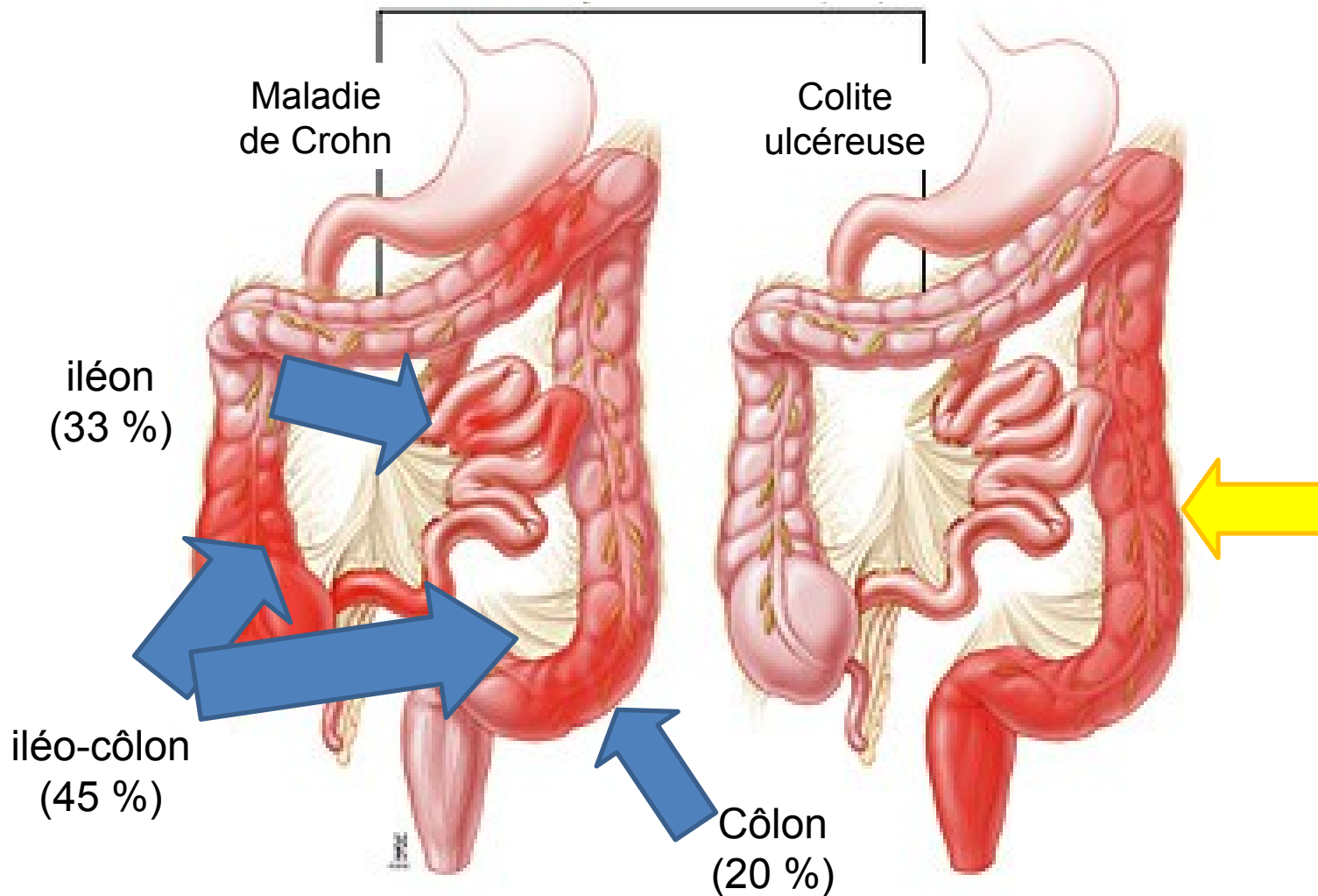
Maladie de Crohn

Possibilité d'atteinte transmurale de tout le tractus gastro-intestinal

- Fistules
- Granulomes
- Abscesses profonds
- Sténoses
- Atteinte segmentaire

Maladies inflammatoires de l'intestin non classifiées

Où la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse frappent-elles?



- Jusqu'à 50% des patients atteints d'une MII présentent au moins une manifestation extra-intestinale
- Les probabilités d'apparition de manifestations extra-intestinales augmentent avec la durée de la maladie
- Les manifestations extra-intestinales peuvent apparaître avant le diagnostic de la MII

Les manifestations extra-digestives des MII

Les plus fréquentes sont:

Système Organique	Manifestations extra-intestinales	Fréquence estimée dans les MII
Musculosquelettique	Arthralgie/arthritis périphériques	Colite ulcéreuse: 5-10% Maladie de Crohn: 10-20%
	Arthrite Axiale	3-5%
	Sacro-illite	Jusqu'à 25%

- Prévalence
 - 6 et 33% chez patients atteints de MII – Jusqu'à 50% selon certaines études
 - Âge 20-30 ans
 - Ratio H:F – 1:1
 - Atteinte périphérique plus fréquente chez Crohn que les CU
- Caractéristiques
 - Séronégative (Facteur rhumatoïde et Anti-CCP négatifs)

▪ Périphérique

▪ TYPE 1

- Oligoarthritis (moins de 5 articulations)
- Chevilles, genoux, hanches, poignets, coudes et épaules
- Synchrones avec la maladie, particulièrement le côlon

▪ TYPE 2 (10%)

- Polyarthrite

▪ Axiale

▪ SPONDYLITE ANKYLOSANTE

- Lombalgie inflammatoire progressive
- Asynchrone avec la MII
- Flexion réduite de la colonne
- Dommages permanents

▪ SACRO-ILÉITE

- Souvent

La plus fréquente en MII

bilatérale

asymptomatique et

Synovite

- Inflammation de la membrane synoviale
- Chaleur, œdème, douleur, rougeur (RARE)



Enthésites

- Douleur au site d'insertion des tendons
- Gonflement parfois détectable à l'inspection et palpation
- Sites communs



Dactylite

- Gonflement fusiforme du doigt ou de l'orteil



- Lupus induit
 - Associés à la prise d'un médicament – par exemple :
Anti-TNF
 - Atteinte peau, articulations, systémique, etc.
 - Il est difficile de distinguer un lupus induit d'une arthropathie – le plus important est donc l'anamnèse
 - Si les symptômes sont pires les jours suivants la prise du Tx et s'améliorent ensuite, il faut suspecter un lupus induit
 - Bilan sanguin parfois peu révélateur (FAN, anti-histone, Ds-DNA, VS, CRP, etc.)

Distinguer la rachialgie inflammatoire et mécanique

▪ Selon ASAS

- Âge de début ≤ 40 ans
- Début insidieux
- Amélioration à l'exercice
- Absence d'amélioration au repos
- Douleurs nocturnes (améliorées par le repos)

▪ Selon Calin

- Âge de début ≤ 40 ans
- Durée de > 3 mois
- Début insidieux
- Raideur matinale
- Amélioration par l'exercice

Rachialgie inflammatoire + au moins 4 des 5 critères

Distinguer la rachialgie inflammatoire et mécanique

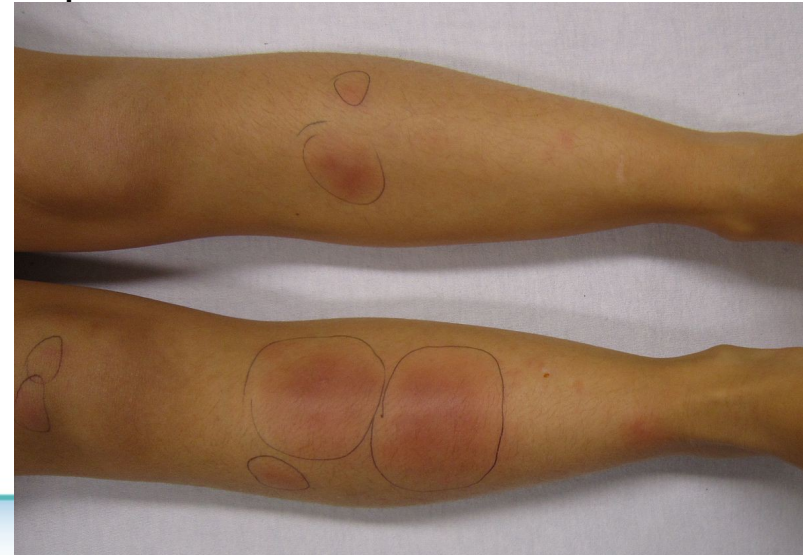
- Critères modifiés de Berlin
 - Raideur matinale > 30 minutes
 - Amélioration à l'exercice, non au repos
 - Réveils nocturnes en 2e partie de nuit en raison de la douleur
- *Rachialgie inflammatoire* : au moins 2 des 4 critères
- Douleurs fessières à bascule

Les manifestations extra-digestives des MII

Système Organique	Manifestation extra-intestinale	Fréquence estimée
Dermato	Érythème noueux	Colite ulcéreuse: jusqu'à 10% Crohn: jusqu'à 15%
	Pyoderma gangrenosum	0,4 à 2%
	Hydradénite suppurée	3-5%
	Lésions buccales	Jusqu'à 10%
	Psoriasis	

Dermatologique: érythème noueux

- 4-10% des patients MII, Crohn > CU,
- Plus fréquent chez la femme ou si autres atteintes extra digestives, pas de lien avec la sévérité de la maladie
- Poussée souvent en lien avec une poussée de MII
- Nodules (1-5cm) sous-cutanés érythémateux profonds et bilatéraux
- Chaleur et douleur
- Surtout jambes (classique= pré-tibial)
- Lésions disparaissent en 3-6 semaines



Dermatologique: Psoriasis

- Maladie inflammatoire chronique
- Crohn: 10%, CU: 6%
- Débalancement au niveau de la régénérescence des cellules de la peau
Se renouvelle en 3-5 jours (N=28 jours)
- Rougeur, croutes blanches, démangeaison
- Surtout aux coudes, genoux et cuir chevelu
- Beaucoup de dépression, de perte d'estime
- Pas de lien avec une poussée



Dermatologie: Hidradénite suppurée

Lésions types:

- Nodules profonds
- Trajets fistuleux (enflammés ou non)
- Abscesses
- Cicatrices

Emplacement:

- Aisselles
- Aine
- Région inframammaire
- Région périanale/fesses

Rechutes et chronicité

>2 fois dans les 6 derniers mois

3 femmes pour 1 homme

Facteurs reconnus
Tabagisme
Obésité
Bactéries
Génétique
Inflammatoire
Facteurs hormonaux

Jusqu'à 38% des patients atteints d'HS ont aussi une MC

Pas de lien avec une poussée



Dermatologie: Aphtes buccaux

- Crohn > CU
- environ 10% des patients MC et le traitement est celui de la MII
- Toujours en lien avec une poussée de MII
- Gargarisme d'oncologie peut soulager les symptômes



Les manifestations extra-digestives des

MII

Système Organique	Manifestation extra-intestinale	Fréquence estimée
Ophtalmo	Épisclérite (bénin) Uvéite (sévère) Sclérite (sévère)	Ensemble des atteintes oculaires: Colite ulcéreuse: 1,6 à 4,6% Crohn: 3,5 à 6,3%

Crohn > CU

Souvent associées avec des manifestations musculo-squelettiques

Peut précéder ou suivre le DX de MII

Ophtalmologique: Épisclérite

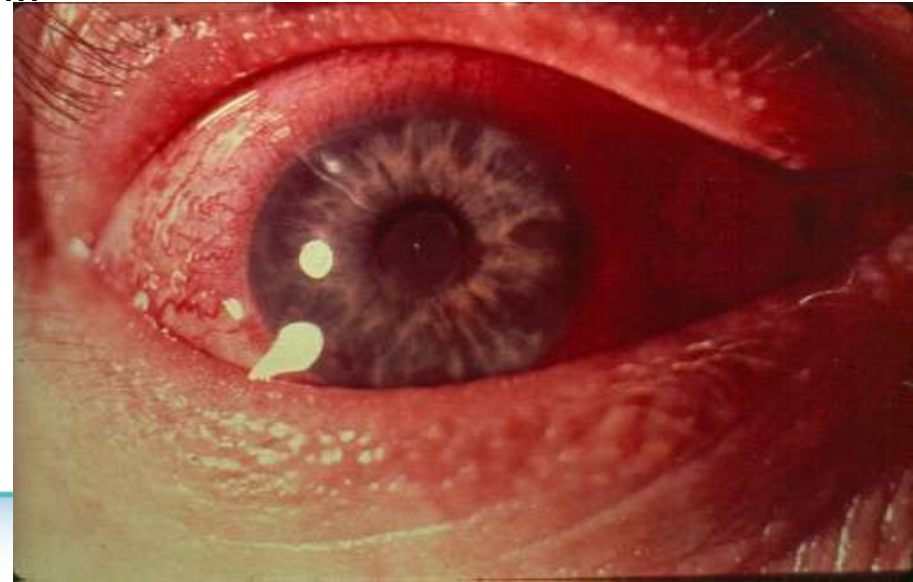
- Atteinte oculaire la plus fréquente en MII
- Bénin
- Douleur légère, larmoiement, sensible à la palpation
- Peut-être considérée comme indicateur d'activités MII
- Augmente en présence d'arthrite ou autre MEI



Ophthalmologique: Uvéite

- 2-11% des patients MII
- Triade classique: Douleur, Rougeur, Photophobie
- Peuvent aussi être présents: Baisse de vision, flottants, perte du champs visuel

- Pas de corrélation avec activité de la MII
- Augmente en présence d'érythème noueux et de trouble articulaire



Y-a-t-il une diète à respecter lorsqu'on a un diagnostic de MII?

Non, les patients ayant un MII en rémission n'ont aucune restriction alimentaire

Les patients en phase active de la maladie doivent suivre une diète faible en résidus



Mythe et réalité de la MII

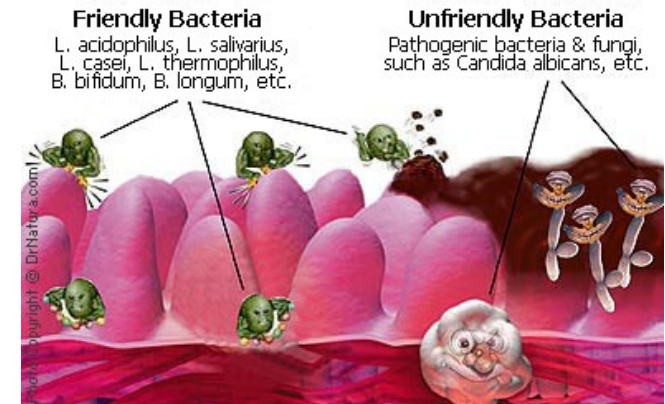
Est-ce que le curcuma peut aider à contrôler
ma MII?

Certaines études démontrent un effet
anti-inflammatoire avec l'utilisation de 3g de
curcuma pur par jour lorsque combiné à un 5ASA



Est-ce vrai que les probiotiques peuvent aider ma MII?

- Aucune étude n'a démontré d'avantage à l'utilisation de probiotiques
- Il n'est pas recommandé d'utiliser des probiotiques lors d'une phase active de la MII. Une perméabilité au niveau de la barrière intestinale pourrait permettre le passage des bactéries dans le système sanguin et causer une septicémie ou une bactériémie



Mythe et réalité de la MII

*« Le stress provoque souvent des rechutes
de ma MII »*

Faux! Aucune étude n'a pu le démontrer.



Mythe et réalité de la MII

Est-ce possible d'avoir une MII et un SCI en même temps?

OUI! Il faut alors faire le tri dans les symptômes que ressent le patient afin de voir si c'est la MII ou la composante fonctionnelle qui cause des symptômes



Mythe et réalité de la MII

Est-ce que je peux prendre des anti-inflammatoires pour mes maux de dos?

Non. Selon les données probantes, la prise d'AINS peut causer des ulcérations et réactiver une MII en latence.

Est-ce que la prise d'antibiotiques nuit à ma MII?

- Avant l'arrivée des agents biologiques, les antibiotiques pouvaient être utilisés pour traiter la MII puisqu'ils ont une certaine propriété anti-inflammatoire
- Par contre l'utilisation des antibiotiques favorise le c.difficile et les patients ayant une MII ont 3,4 fois plus de chance de le développer que la population générale



Mythe et réalité de la MII

« J'ai une colite ulcéreuse et dès que j'arrête de fumer, mes symptômes recommencent »

La colite ulcéreuse était anciennement une maladie d'ex-fumeur. Nous ne savons pas la raison mais l'inhalation du tabac diminue le nombre de rechute en CU.

Attention: c'est l'inverse avec la maladie de Crohn



La calprotectine fécale

- Protéine dérivée des neutrophiles que l'on dose dans les selles
- Biomarqueur qui a une bonne sensibilité (93%) et spécificité (96%) et qui permet d'identifier la présence de lésion muqueuse au niveau du tube digestif.
- Lésion muqueuse = infiltration des leucocytes = calprotectine élevée
- Si la calprotectine est élevée: Investigation supplémentaire nécessaire par endoscopie par exemple.

La calprotectine fécale

- Selle stable 7 jours à température ambiante
- Envoi par la poste régulière possible
- Application cellulaire aussi disponible
- Mesurée par ELISA
- $N < 50\text{ug/g}$ de selle pour un patient n'ayant pas de MII
- Une valeur < 150 est un argument en faveur d'une MII en rémission présentant un faible risque de rechute (7%)
- Aucune influence alimentaire

La calprotectine fécale

LA CF est utile dans les situations suivantes:

- Discrimination entre MII et trouble fonctionnel (SCI)
- Suivi des patients avec MII : monitoring de la réponse au traitement, degré d'atteinte endoscopique et prédiction des poussées inflammatoires (jusqu'à 3 mois)

LA CF n'est pas fiable pour l'exclusion des pathologies suivantes:

- Néoplasie du tube digestif
- Screening de polypes colorectaux
- Colites Microscopiques
- Maladie coéliquaue
- Intolérance au lactose

La performance de la CF pour discriminer une MII d'une pathologie fonctionnelle est supérieure à la CRP, la VS, les leucocytes dans le sang et aux anticorps ANCA et ASCA.

La calprotectine fécale

Situation modifiant le dosage à la hausse (CF ↑)	Situation modifiant le dosage à la baisse (CF ↓)
<ul style="list-style-type: none">• AINS/Aspirine• Entérite bactérienne ou parasitaire• Polypose• Cancer gastrique ou colorectal• Diverticulite• RGO avec ulcérations muqueuses• Prise IPP• ATB	<ul style="list-style-type: none">• Neutropénie

Attention: La CF n'est pas spécifique aux MII

Des questions?

Frédérique Pettigrew

B.SC.Inf

Infirmière clinicienne en
maladies inflammatoires