

Colite ulcéreuse :

Étude de cas



Brian Bressler, M.D., M.Sc., FRCPC, est professeur adjoint clinique de médecine dans le service de gastroentérologie du St Paul's Hospital, Université de la Colombie-Britannique, à Vancouver (Colombie-Britannique).

Résumé

Un homme de 28 ans est venu nous consulter pour ses selles sanglantes. La coloscopie a mis en évidence une colite ulcéreuse gauche modérément évolutive, affectant une région allant de la marge de l'anus jusqu'au milieu du côlon descendant. Suite à un traitement d'induction avec des 5-AAS par voie orale et rectale, le patient est maintenant en rémission. Une éducation adaptée au patient lui a permis de réaliser que le meilleur moyen pour lui de rester en rémission était de continuer le traitement médicamenteux.

Mots clés : *colite ulcéreuse, 5-aminosalicylate, respect du traitement médicamenteux, surveillance de la dysplasie, inflammation du rectum*



Points clés

Il faut analyser les selles à la recherche d'une cause infectieuse de la diarrhée sanglante.

Un homme de 28 ans (R.B.) est venu nous consulter en raison de problèmes intestinaux importants. Au cours des quatre derniers mois, il a remarqué un changement dans son transit intestinal, ayant souvent jusqu'à cinq selles par 24 heures (avec habituellement une selle nocturne), précédées de crampes abdominales intenses. Bien que R.B. n'ait pas perdu de poids et n'ait pas souffert de fièvre ou de frissons, il a moins d'énergie depuis que son transit intestinal a changé. L'apparition des symptômes de R.B. n'a pas été précédée d'une exposition notable à des infections ou d'une prise d'antibiotiques.

Manifestement, la colite ulcéreuse (CU) faisait partie des

diagnostics les plus probables et la coloscopie représentait l'examen de choix pour confirmer un tel diagnostic. Pour vérifier que d'autres problèmes ne contribuaient pas au tableau clinique de R.B., nous avons recueilli des échantillons de selles pour rechercher des causes éventuelles d'infection, étant donné que les signes caractéristiques d'une colite due à *Clostridium difficile* ne s'observent habituellement pas lors d'une évaluation endoscopique en présence de CU.

La coloscopie a mis en évidence une CU gauche modérément évolutive, affectant une région allant de la marge de l'anus jusqu'au milieu du côlon descendant. Les biopsies furent prélevées à 40 cm de la marge de

l'anus, au niveau du colon sigmoïde distal et du rectum. Il est important de vérifier la présence ou l'absence d'une inflammation rectale *avant*

DANS LA MESURE DU POSSIBLE, L'OBJECTIF LORS DU TRAITEMENT DE PATIENTS ATTEINTS DE CU EST D'ÉVITER L'EXPOSITION AUX STÉROÏDES, CAR CES DERNIERS ENTRAÎNENT PLUS DE RISQUES QUE TOUT AUTRE TRAITEMENT MÉDICAL CLASSIQUE DE LA CU.

de commencer le traitement. Afin de savoir si un patient atteint d'une CU gauche aura besoin d'être surveillé pour évaluer l'apparition éventuelle d'une dysplasie, il est nécessaire de déterminer s'il présente une inflammation microscopique proximale à 35 cm de la marge de l'anus. Ainsi, si à l'endoscopie l'inflammation semble s'arrêter avant, il est essentiel d'effectuer des biopsies avant le début du traitement. Cela vous permet de mieux conseiller les patients quant à leur risque de développer un cancer à long terme.

Discussion et actualisation du cas

Les options thérapeutiques pour une CU gauche modérément évolutive comprennent des 5-aminosalicylates (5-AAS) par voie orale ou rectale, ainsi que des stéroïdes. Dans la mesure du possible, l'objectif lors du traitement de patients atteints de CU est d'éviter l'exposition aux stéroïdes, car ces derniers entraînent plus de risques que tout autre traitement

médical classique de la CU. Le traitement d'induction de R.B. consistait en 5-AAS pris par voie orale (3,0 g) et rectale (4 g par lavement). Le type de 5-AAS par voie orale ou rectale importe peu, puisqu'il n'existe aucune preuve convaincante qu'une marque spécifique est plus efficace qu'une autre. Une dose quotidienne unique de 5-AAS par voie orale semble être la posologie la plus adaptée pour cette classe de médicaments, indépendamment de la marque.

Un tel schéma thérapeutique représente l'approche optimale pour entraîner une rémission, mais il nécessite une éducation appropriée du patient. En particulier, R.B. a dû apprendre comment s'administrer un lavement, un mode d'administration de médicaments qui peut s'avérer difficile pour de nombreux patients (Figure 1). Vous devez donc expliquer à vos patients en quoi cet aspect du plan thérapeutique est important.

On a revu R.B. deux mois plus tard. Cette visite de suivi avait deux objectifs. Le premier était de s'assurer que R.B. était en rémission : une rémission clinique est un résultat acceptable, tandis que le fait de devoir également obtenir une rémission endoscopique est sujet à controverse. L'obtention d'une rémission endoscopique s'est révélée être un facteur important prédisant une diminution du risque futur de poussées, voire de colectomie^{1,2}. Le second objectif se concentrait sur l'importance de faire appel à un traitement médicamenteux pour maintenir la rémission. R.B. doit connaître les raisons du traitement



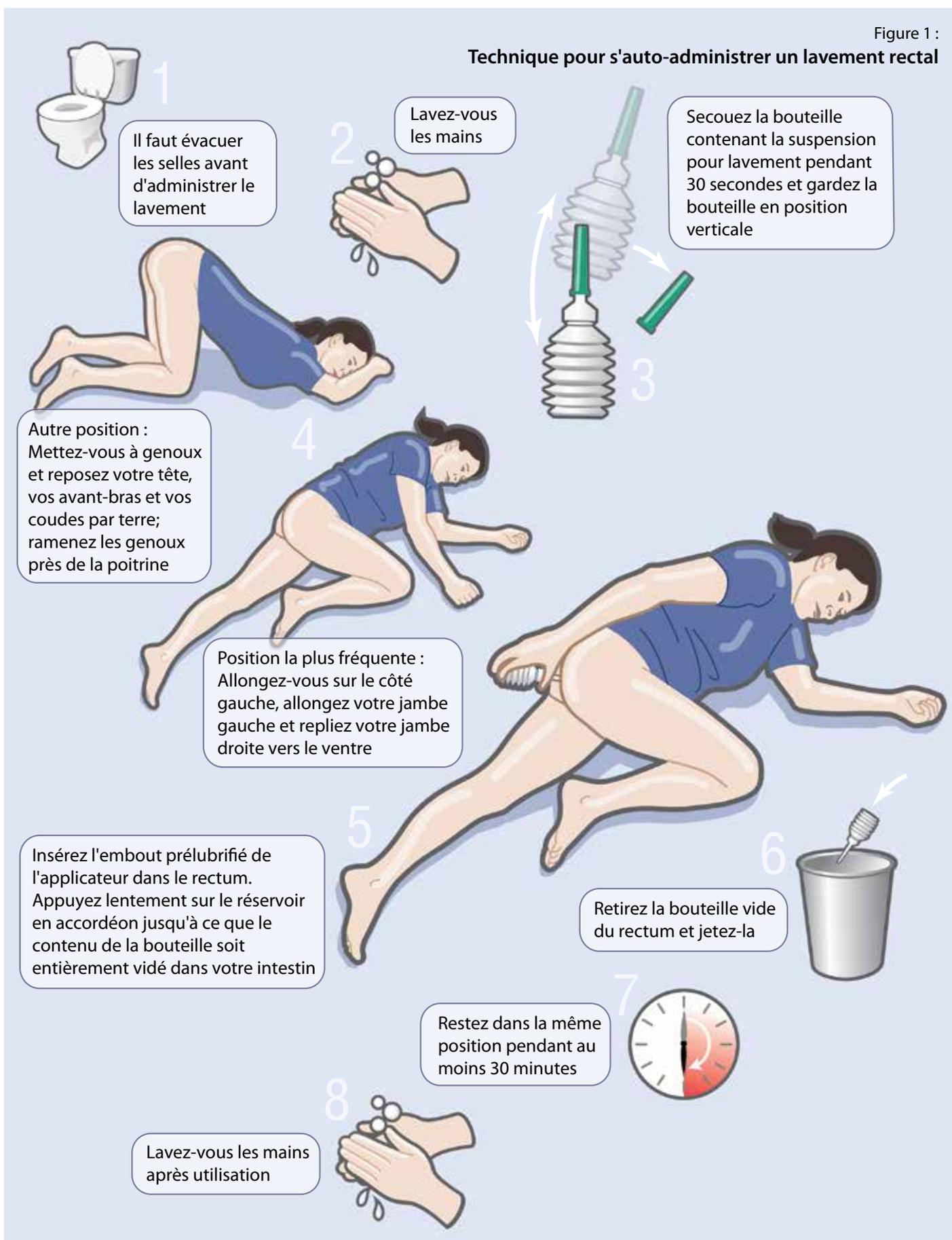
Points clés

Il faut éviter si possible le traitement par stéroïdes, puisqu'il est associé au risque le plus élevé.

Dans la plupart des cas, une rémission clinique est un résultat acceptable.

Figure 1 :

Technique pour s'auto-administrer un lavement rectal





Points clés

Il faut analyser les selles à la recherche d'une cause infectieuse de la diarrhée sanglante.

Il faut éviter si possible le traitement par stéroïdes, puisqu'il est associé au risque le plus élevé.

Dans la plupart des cas, une rémission clinique est un résultat acceptable.

Chez les patients venant de recevoir un diagnostic de colite ulcéreuse gauche, et s'il existe des preuves macroscopiques que l'inflammation s'arrête à moins de 35 cm de la marge anale, il est essentiel d'effectuer des biopsies du côlon proximal gauche au niveau de la muqueuse d'apparence normale, afin de déterminer si un patient atteint de colite gauche devra être surveillé pour évaluer l'apparition éventuelle d'une dysplasie.

de la CU. Il doit réaliser que bien que nous disposions de médicaments efficaces et sans danger pour traiter la CU, nous ne pouvons guérir la maladie, et le meilleur moyen pour lui de rester en rémission est de continuer le traitement médicamenteux.

R.B. continue de prendre son 5-AAS par voie orale lorsqu'il est en rémission, mais il a du mal à respecter le traitement médicamenteux. Parfois, comme il se sent bien, il se demande s'il est vraiment nécessaire de prendre ses médicaments. D'un autre côté, il sait que le traitement fait exactement ce qu'il est censé faire, à savoir le garder en rémission. En raison du temps passé à éduquer R.B. sur la CU et sur la justification de la thérapie d'entretien, R.B. continue de respecter le plan thérapeutique

déterminé lors de sa visite de suivi. À chaque visite de suivi, il est important d'évaluer à quel point le patient respecte le traitement, et d'identifier les obstacles éventuels au respect du traitement.

Aucun intérêt financier concurrent déclaré.

Références

1. Colombel JF, Rutgeerts P, Reinisch W, et al. Early mucosal healing with infliximab is associated with improved long-term clinical outcomes in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2011;141(4):1194-201. Epub 2011 Jun 30.
2. Frøslie KF, Jahnsen J, Moum BA, Vatn MH; IBSEN Group. Mucosal healing in inflammatory bowel disease: results from a Norwegian population-based cohort. *Gastroenterology* 2007;133(2):412-22. Epub 2007 Jun 2.



Informations cliniques importantes

L'éducation du patient à chaque visite de suivi facilite le respect du traitement.

Nous devons aider les patients à comprendre comment les médicaments peuvent soigner la CU, sans toutefois la guérir.