

Le patient venant de recevoir un diagnostic de colite ulcéreuse :

Prévoir les questions et personnaliser les réponses



James Gregor, M.D., est membre du département de gastroentérologie de l'Université Western Ontario, London (Ontario).

Résumé

L'un des atouts les plus importants dans la prise en charge des patients atteints de colite ulcéreuse consiste à avoir des patients bien informés. L'expérience clinique montre que la plupart des patients ont des questions similaires lors de leur diagnostic. En anticipant ces questions et en les adaptant à la gravité et l'étendue de la maladie d'un patient, il est possible non seulement de simplifier le suivi, mais également de réduire la confusion et d'augmenter les bienfaits apportés par la pléthore de renseignements disponibles au 21^e siècle. D'après notre expérience locale, nous avons défini les 10 questions les plus couramment posées par les patients et modifié les réponses, au besoin, pour qu'elles soient mieux adaptées aux patients atteints de rectite ou proctite ulcéreuse, de colite ulcéreuse gauche ou de pancolite.

Mos clés : colite ulcéreuse, patient, questions, classification, prise en charge



Points clés

Les patients sont parfois mal informés sur la nature, le traitement et le pronostic ultime de leur CU.

La colite ulcéreuse (CU) est un trouble gastro-intestinal fréquent. On compte environ 5 000 nouveaux cas de CU au Canada chaque année¹. Dans la majorité des cas, le tableau clinique, les résultats des épreuves de laboratoire et l'aspect à l'endoscopie, associés à une confirmation histopathologique, permettent au gastroentérologue chevronné de diagnostiquer la maladie rapidement et correctement. Malgré l'apparition graduelle de nouveaux traitements au cours de ces dernières années, les algorithmes thérapeu-

tiques initiaux n'ont pas vraiment changé pour la plupart des patients au cours des trente dernières années. Malgré ces facteurs, les patients peuvent rester mal informés sur la nature, le traitement et le pronostic ultime de la maladie. Bien que la confusion puisse en partie s'expliquer par les messages contradictoires provenant des connaissances et des médias profanes, elle résulte surtout du discours inadéquat des médecins et d'un manque de classification diagnostique adéquate. Comme pour la plupart des

Co-auteurs : John Howard, M.D., Nitin Khanna, M.D. et Nilesh Chande, M.D. sont membres du département de gastroentérologie du London Health Sciences Centre (Université Western) London (Ontario).

maladies, la gravité d'une CU évolutive est très variable, allant de symptômes perçus comme une nuisance mineure à ceux finissant par engager le pronostic vital. Bien que les symptômes comme la fréquence des selles, la présence de sang dans les selles, la gravité de la maladie déterminée par endoscopie, et l'effet sur la capacité fonctionnelle globale servent habituellement à évaluer la maladie sur le plan clinique et à classer les patients, c'est surtout l'étendue de la maladie qui importe autant ou plus au médecin au moment d'élaborer les plans thérapeutiques initiaux. La CU se classe habituellement en trois catégories, selon l'étendue de la maladie : la rectite ou proctite ulcéreuse (E1); la colite gauche (E2); la pancolite (E3), lorsque la maladie s'étend en proximal de l'angle gauche du côlon (Figure 1)². Même si l'étendue de la maladie évolue (augmente ou diminue) au cours du temps chez jusqu'à la moitié des patients dans les dix ans suivant le diagnostic, de

nombreux gastroentérologues tiennent compte de l'étendue de la maladie pour décider du traitement et lors des discussions, car il s'agit d'une approche efficace et pratique.

L'observation de toute brochure ou site Web d'information montre clairement qu'une approche simple avec foire aux questions (FAQ) permet de transmettre des renseignements de manière séduisante et efficace; une telle approche peut s'appliquer à des questions d'ordre médical. En tant que gastroentérologues chevronnés en matière de diagnostic et de traitement des patients atteints de CU, nous avons cherché à présenter les questions les plus fréquemment posées par nos patients lors des premières discussions suite à un nouveau diagnostic de CU (Tableau 1). Nous avons également cherché à répondre à ces questions et à les personnaliser. Dans le présent article, nous présentons cette FAQ et les réponses correspondantes.

Tableau 1. Questions les plus fréquemment posées

Questions générales	Questions propres à un type particulier de CU
Qu'est-ce que la colite ulcéreuse (CU)?	Quelles sont mes options de traitement?
Quels aliments devrais-je consommer ou éviter de consommer?	Est-ce que la CU entraînera un cancer colorectal?
Les médicaments utilisés pour traiter la CU sont-ils sans danger?	Aurais-je besoin de subir une intervention chirurgicale?
La CU peut-elle affecter d'autres régions de mon corps?	Que dois-je faire en cas de poussées de CU?
Est-ce que le fait d'être atteint de CU aura des répercussions sur mon intention de fonder une famille?	Pendant combien de temps dois-je prendre des médicaments?

Questions générales

Qu'est-ce que la CU?

La colite est une inflammation de la muqueuse ou paroi interne du côlon. Le terme ulcéreuse indique une perte de cette muqueuse. L'inflammation est causée par une invasion anormale de globules blancs dans la muqueuse. La cause exacte de cette attaque reste inconnue, mais on pense qu'une association de facteurs génétiques et environnementaux entraîne le système immunitaire à réagir de manière agressive contre les bactéries qui colonisent habituellement le côlon. Une telle inflammation entraîne la production excessive de liquide et de mucus, ainsi que des saignements et une augmentation des contractions intestinales, ce qui provoque des diarrhées et des douleurs abdominales. La CU ne touche habituellement que le gros intestin, généralement sur une région partant du rectum, juste au-dessus de l'anus, et s'étendant en proximal sur une distance variable selon l'étendue de la maladie. Les médecins classent habituellement la maladie en trois catégories, en fonction de l'étendue de la maladie : rectum uniquement (rectite ou proctite ulcéreuse); jusqu'à l'angle gauche du côlon (colite gauche); au-delà de l'angle gauche du côlon (pancolite). Le meilleur traitement est celui qui est adapté à l'étendue de la maladie.

Quels aliments devrais-je consommer ou éviter de consommer?

La prise en charge de la CU doit prendre en compte l'alimentation, même si aucun régime alimentaire n'a été associé à l'apparition de poussées ou à

la guérison d'un côlon irrité. Il est conseillé d'avoir une alimentation saine et bien équilibrée, avec beaucoup de protéines, de fruits et de légumes, de pains complets, de céréales et de bons gras. Lors d'une poussée, l'élimination des aliments qui stimulent les mouvements intestinaux, comme la caféine, la consommation excessive d'alcool, les édulcorants de synthèse et les aliments riches en fibres, permettrait d'améliorer les symptômes. Il est également très important de bien s'hydrater, notamment en période de crise diarrhéique ou lors d'un surcroît d'exercice³.

Les médicaments utilisés pour traiter la CU sont-ils sans danger?

La mésalamine est sans danger. Elle entraîne parfois des céphalées ou des nausées, mais dans l'ensemble les effets indésirables sont rares. La prednisone provoque souvent des effets indésirables, comme une rétention d'eau, un gain pondéral, une anxiété, des troubles du sommeil, une croissance capillaire anormale, de l'acné, des infections, une augmentation de la glycémie, une hypertension artérielle et une perte de densité osseuse. On peut atténuer ces symptômes en n'utilisant la prednisone que pour un contrôle à court terme de la maladie. L'azathioprine peut provoquer des nausées, des troubles hépatiques ou pancréatiques, ainsi qu'un plus grand risque d'infections, et pourrait légèrement augmenter le risque de cancer. L'infliximab peut entraîner des infections, des troubles cardiaques et des troubles du système nerveux, et augmente légèrement le risque de cancer. Il peut provoquer une réaction allergique,



Points clés

La maladie se classe habituellement en trois catégories selon l'étendue de la maladie : rectite ou proctite ulcéreuse, colite gauche et pancolite.

mais cette dernière est habituellement bénigne et facile à traiter⁴.

La CU peut-elle affecter d'autres régions de mon corps?

Bien que le côlon soit le principal site d'inflammation, d'autres régions du corps peuvent être touchées. Une perte de sang au niveau du côlon peut conduire à une anémie, dont les premiers symptômes sont souvent une fatigue. Une inflammation secondaire peut également toucher d'autres parties du corps, comme les articulations, les yeux, la peau et le foie. Une telle inflammation peut aussi augmenter la probabilité du sang à coaguler, ce qui rend le patient plus susceptible d'avoir des caillots importants au niveau des jambes et des poumons. Dans la plupart des cas, un contrôle de l'inflammation du côlon limite ces manifestations, bien que certaines de ces complications, notamment au niveau du foie et de la colonne vertébrale, peuvent survenir quelle que soit la gravité de la colite.

Est-ce que le fait d'être atteint de CU aura des répercussions sur mon intention de fonder une famille?

Dans la majorité des cas, la fécondité masculine n'est pas affectée par la CU, bien que des médicaments comme la sulfadiazine peuvent modifier le nombre de spermatozoïdes. La CU n'a habituellement aucun effet sur la fécondité féminine. Certains médicaments comme la prednisone, l'azathioprine, l'infliximab et certaines préparations enrobées de mésalamine contenant des phthalates ont des effets théoriques sur le développement du

foetus, et leur posologie peut être ajustée après consultation d'un spécialiste. Si une colectomie est nécessaire, la chirurgie de reconstruction iléo-anale doit habituellement s'effectuer une fois achevées toutes les tentatives de fonder une famille, car une chirurgie pelvienne profonde est reconnue pour diminuer la fécondité⁵.

Questions propres à un type particulier de CU

Quelles sont mes options de traitement?

PROCTITE ULCÉREUSE

La CU est incurable, mais les médicaments peuvent guérir la paroi intestinale (muqueuse) et contrôler les symptômes. Le premier traitement médicamenteux recommandé par la majorité des spécialistes consiste en de la mésalamine par voie rectale (suppositoires ou lavement), en général au coucher. On peut également faire appel à des corticostéroïdes administrés de façon similaire ou sous la forme de mousse. Dans de rares cas, un traitement par voie orale avec de la mésalamine, des corticostéroïdes (comme la prednisone) ou d'autres traitements généraux comme l'azathioprine ou l'infliximab, qui modifient la manière dont le système immunitaire interagit avec les bactéries de l'intestin et de sa muqueuse, peuvent être utilisés à la place ou en plus de ces thérapies par voie rectale⁶.

CU GAUCHE

La CU est incurable, mais les médicaments peuvent guérir la paroi intestinale (muqueuse) et contrôler les symptômes. Le premier traitement médicamenteux utilisé par la majorité des spécialistes consiste en de la



Points clés

Une approche simple avec foire aux questions (FAQ) est une façon fort souhaitable et très efficace de transmettre l'information.

mésalamine par voie orale, et nombre d'entre eux recommandent d'y ajouter de la mésalamine par voie rectale (lavements) afin d'augmenter la quantité de médicament en contact avec la muqueuse, de soulager les symptômes et d'améliorer les taux de guérison. On peut également effectuer des lavements à l'aide de corticostéroïdes. Si le traitement s'avère inefficace, l'étape suivante consiste habituellement à administrer des corticostéroïdes (prednisone) par voie orale, avec diminution progressive de la posologie sur plusieurs mois. Si les corticostéroïdes ne permettent pas de contrôler la maladie, il est possible d'y ajouter des traitements généraux comme l'azathioprine ou l'infliximab, qui modifient la manière dont le système immunitaire interagit avec les bactéries de l'intestin et de sa muqueuse⁶.

PANCOLITE

La CU est incurable, mais les médicaments peuvent guérir la paroi intestinale (muqueuse) et contrôler les symptômes. Le premier traitement médicamenteux utilisé par la majorité des spécialistes consiste en de la mésalamine par voie orale, lorsque les symptômes ne sont pas graves au point d'envisager une hospitalisation. Si le traitement s'avère inefficace, l'étape suivante consiste habituellement à administrer des corticostéroïdes (prednisone) par voie orale, avec diminution progressive de la posologie sur plusieurs mois. Si les corticostéroïdes ne permettent pas de contrôler la maladie, il est possible d'y ajouter des traitements généraux comme l'azathioprine ou l'infliximab, qui modifient la manière dont le système immunitaire interagit avec les bactéries de l'intestin et de sa muqueuse⁶.

Est-ce que la CU entraînera un cancer colorectal?

PROCTITE ULCÉREUSE

Le cancer colorectal (CCR) touche jusqu'à 6 % de la population au cours de sa vie, et les patients ayant des antécédents familiaux de CCR sont beaucoup plus susceptibles de développer la maladie. La plupart des études ne suggèrent pas que les patients atteints de rectite ulcéreuse isolée sont plus susceptibles de contracter un CCR, mais les patients atteints de rectite devraient suivre les protocoles de surveillance du CCR dans la population (notamment, un dépistage par coloscopie) et ne pas mettre tout nouveau symptôme, comme un saignement rectal, sur le compte d'une simple poussée de rectite⁷.

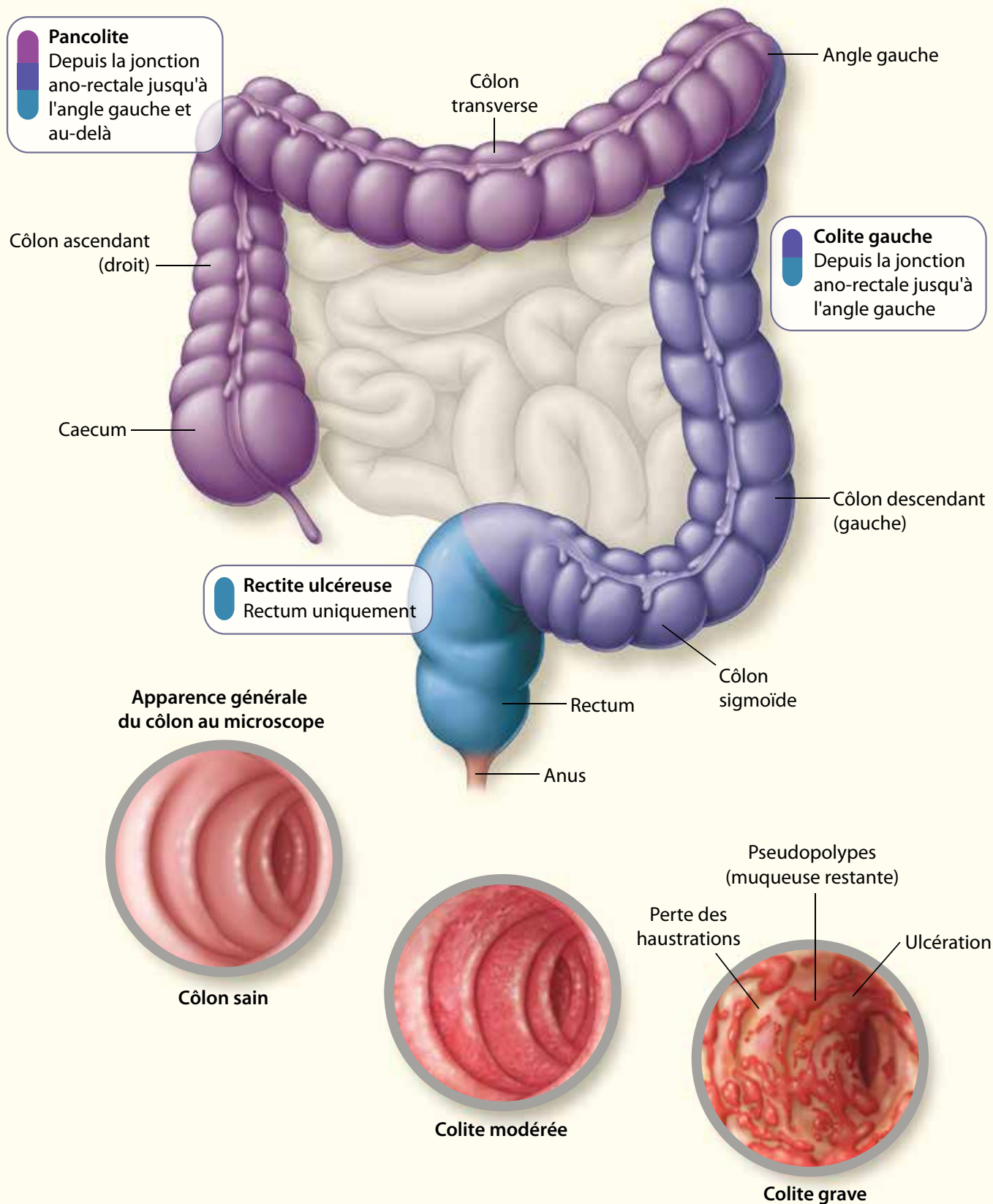
CU GAUCHE

Le CCR touche jusqu'à 6 % de la population au cours de sa vie, et les patients ayant des antécédents familiaux de CCR sont beaucoup plus susceptibles de développer la maladie. Les patients atteints de CU gauche isolée sont légèrement plus susceptibles de contracter un CCR, qui ne devient habituellement pas important avant au moins dix ans après le début des symptômes. Il est conseillé aux patients de subir une coloscopie de surveillance tous les trois ans, et ce, à partir de 15 ans après le diagnostic⁷.

PANCOLITE

Le CCR touche jusqu'à 6 % de la population au cours de sa vie, et les patients ayant des antécédents familiaux de CCR sont beaucoup plus susceptibles de développer la maladie. Les patients atteints d'une CU touchant la majorité de leur côlon sont plus susceptibles de

Figure 1 :

Classification de la colite ulcéreuse

contracter un CCR au cours de leur vie (l'augmentation du risque peut atteindre les 10-20 %). Cette augmentation du risque semble apparaître vers la fin de la première décennie après l'apparition des symptômes. Il est conseillé aux patients atteints de pancolite de démarrer une surveillance par coloscopie huit ans après le diagnostic, avec un intervalle de surveillance de trois ans (parfois moins à mesure des décennies)⁷.

Aurais-je besoin de subir une intervention chirurgicale?

PROCTITE ULCÉREUSE

Pour la grande majorité des patients, la rectite ulcéreuse peut se soigner médicalement grâce à des traitements par voie orale ou rectale. Une opération chirurgicale n'est pratiquement jamais nécessaire, sauf pour une minorité de patients, lorsque la maladie progresse plus haut dans le côlon.

COLITE GAUCHE

La majorité des patients atteints de CU gauche peuvent être soignés avec un traitement médicamenteux, souvent une association de médicaments par voie orale et rectale. Pour une minorité de patients qui voit la maladie évoluer (elle s'étend ou ne répond plus au traitement), une opération chirurgicale peut devenir l'option thérapeutique de choix, même si elle est rarement urgente.

PANCOLITE

Les avancées thérapeutiques, notamment l'utilisation d'infliximab, ont diminué le besoin d'avoir recours à une opération chirurgicale (colectomie) pour traiter la CU. Les patients

atteints d'une CU qui ne répondent malheureusement pas correctement au traitement par voie orale ou qui n'y répondent plus doivent souvent être hospitalisés. Au besoin, jusqu'à 20 % d'entre eux pourraient avoir besoin d'une colectomie lors de leur hospitalisation, tandis qu'une autre partie d'entre eux (20 %) devra se soumettre à cette intervention dans les 5 années qui suivent.

Que dois-je faire en cas de poussée de CU?

PROCTITE ULCÉREUSE

Lors d'une poussée de la maladie, la majorité des patients souffrent de saignements rectaux et d'une augmentation de la fréquence des selles; ils doivent parfois aller souvent aux toilettes, même s'ils n'émettent à chaque fois qu'une très faible quantité de mucus sanguinolent. Dans ce cas, le premier traitement à démarrer ou à augmenter devrait être un traitement par mésalamine par voie rectale, sous forme de suppositoires ou de lavements. Une minorité de patients répond mieux à un traitement par stéroïdes par voie rectale, tandis que d'autres patients préfèrent augmenter leur dose de mésalamine par voie orale avant de chercher d'autres conseils auprès de leur médecin de premier recours ou de leur gastro-entérologue.

COLITE GAUCHE

Lors d'une poussée de la maladie, la plupart des patients connaissent une diarrhée sanguinolente, souvent accompagnée de crampes. Il demeure important d'envisager une exposition à des infections, liées ou non aux antibiotiques, et il est toujours

judicieux de prélever un échantillon de selles pour les examiner en laboratoire, afin d'éliminer toute possibilité d'infection. Généralement, la première indication thérapeutique consiste à reprendre le traitement par mésalamine ou à augmenter la dose de mésalamine jusqu'à 4 000 mg par jour, avec souvent une administration concomitante de mésalamine ou de corticostéroïdes par lavement tous les soirs. Des conseils du médecin de premier recours ou du gastroentérologue sont souvent nécessaires, en particulier lorsqu'on envisage un traitement général par corticostéroïdes.

PANCOLITE

Lors d'une poussée de la maladie, la plupart des patients connaissent une diarrhée sanguinolente, souvent accompagnée de crampes. Il demeure important d'envisager une exposition à des infections, liées ou non aux antibiotiques, et il est toujours judicieux de prélever un échantillon de selles pour les examiner en laboratoire, afin d'éliminer toute possibilité d'infection. Généralement, la première indication thérapeutique consiste à reprendre le traitement par mésalamine ou à augmenter la dose de mésalamine jusqu'à 4 000 mg par jour. Les patients doivent obtenir des soins médicaux immédiats en cas de douleur abdominale grave, notamment en présence de distension abdominale ou de fièvre. Généralement, il faut éviter les antidiarrhéiques, comme le loperamide. Des conseils du médecin de premier recours ou du gastroentérologue sont habituellement nécessaires, en particulier lorsqu'on

envisage un traitement général par corticostéroïdes.

Pendant combien de temps dois-je prendre des médicaments?

PROCTITE ULCÉREUSE

La majorité des médecins choisissent une thérapie d'entretien par voie rectale, notamment par suppositoires de mésalamine. La prise de ces suppositoires deux ou trois fois par semaine réduirait le risque de récurrence. Pour les patients qui choisissent d'arrêter la thérapie d'entretien, il est conseillé de leur permettre d'avoir facilement accès à une ordonnance pour un tel traitement, afin qu'ils puissent commencer un traitement tous les soirs si des symptômes se manifestent.

COLITE GAUCHE

On peut faire appel à une thérapie d'entretien par lavement de mésalamine deux ou trois fois par semaine, bien que la majorité des patients choisissent un traitement par voie orale de 2 000 mg de mésalamine par jour, ce qui pourrait permettre une réduction jusqu'à 50 % du risque de poussées de la maladie. Si les patients ont besoin de corticostéroïdes par voie orale, nombre d'entre eux utilisent de l'azathioprine, voire de l'infliximab pendant au moins un an, afin de rester en rémission.

PANCOLITE

Une thérapie d'entretien par mésalamine, à une posologie de 2 000 à 4 000 mg par jour, est le traitement classique pour garder le patient en rémission, et obtenir une réduction des poussées allant jusqu'à 50 %. Cer-



Points clés

Les patients sont parfois mal informés sur la nature, le traitement et le pronostic ultime de leur CU.

La maladie se classe habituellement en trois catégories selon l'étendue de la maladie : rectite ou proctite ulcéreuse, colite

gauche et pancolite.

Une approche simple avec foire aux questions (FAQ) est une façon fort souhaitable et très efficace de transmettre l'information.

taines études sur la population ont suggéré que les patients qui prennent une telle thérapie d'entretien sont moins susceptibles de contracter un CCR, ce qui augmente les bienfaits potentiels de la thérapie à long terme. Si les patients ont besoin de corticostéroïdes par voie orale, nombre d'entre eux utilisent de l'azathioprine, voire de l'infliximab pendant au moins un an, afin de rester en rémission.

Aucun intérêt financier concurrent déclaré.

Références

1. Bernstein CN, Wajda A, Svenson LW, et al. The epidemiology of inflammatory bowel disease in Canada: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1559-68.
2. Satsangi J, Siverberg MS, Vermeire S, Colombel J-F. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut* 2006;55:749-53.
3. Yamamoto T, Nakahigashi M, Saniabadi AR. Diet and inflammatory bowel disease – epidemiology and treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30:99-112.
4. Rosenberg LN, Peppercorn MA. Efficacy and safety for drugs for ulcerative colitis. *Expert Opin Drug Saf* 2010;9:573-92.
5. Ørding Olsen K, Juul S, Berndtsson I, et al. Ulcerative colitis: female fecundity before diagnosis, during disease and after surgery compared with a population sample. *Gastroenterology* 2002;122:15-9.
6. Kornbluth A, Sachar DB. Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol* 2010;105:501-23.
7. Farraye FA, Odze RD, Eaden J, et al. AGA medical position statement on the diagnosis and management of colorectal neoplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2010;138:738-45.



Informations cliniques importantes

L'expérience clinique montre que la plupart des patients ont des questions similaires suite au diagnostic de CU.

En prévoyant les questions et en les adaptant à la gravité et à l'étendue de la maladie d'un patient, il est possible de simplifier le suivi et d'éviter les confusions.