

Dix points que les rhumatologues devraient savoir sur les maladies inflammatoires de l'intestin

Par Heba M. Al-Farhan, M.D., MRCP; et Gilaad G. Kaplan, M.D., MPH, FRCPC

Les maladies articulaires sont les manifestations extra-intestinales les plus courantes des maladies inflammatoires de l'intestin (MII), touchant 30 % des patients atteints de la maladie de Crohn ou de colite ulcéreuse¹. Le présent article examine les considérations liées aux patients atteints d'arthrite et d'une MII coexistante.

1. Arthrite périphérique associée à une MII

Il existe deux types distincts d'arthrite. Le TYPE 1 est non érosif, asymétrique et il touche moins de cinq grosses articulations. L'arthrite est liée à l'activité de la maladie intestinale sous-jacente, se manifestant possiblement avant l'apparition des symptômes intestinaux. On prend en charge l'arthrite en traitant la poussée aiguë de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse². Le TYPE 2 frappe plusieurs articulations et il est symétrique; il est moins souvent lié à l'activité de la maladie intestinale.

2. Arthropathie axiale et MII

Le risque de sacro-iliite et de spondylarthrite ankylosante chez les patients atteints de MII est de 10 % et 3 %, respectivement¹. De même, 4,1 % des patients atteints de spondylarthrite ankylosante présentent une MII coexistante³. Le traitement de la MII n'a pas de répercussion sur l'évolution naturelle de l'arthropathie axiale².

3. Évaluation d'un nouveau diagnostic de MII

Les patients atteints de spondylarthrite peuvent présenter des symptômes gastro-intestinaux actifs (p. ex. douleurs abdominales, diarrhée, hémorragies rectales). Les considérations non liées à une MII comprennent l'entéropathie liée aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les infections gastro-intestinales, y compris les infections à *Clostridium difficile* et la maladie coéliquae⁴.

4. Diagnostic de la MII

La coloscopie avec biopsies est nécessaire pour le diagnostic de la MII. Les modalités de l'imagerie de l'intestin grêle comprennent l'échographie avec injection d'un agent de contraste, l'entérographie par résonance magnétique et l'entérographie par TDM. Dans le cas de la MII, on devrait éviter la TDM de l'abdomen à moins d'avoir éliminé le risque de complications intestinales (p. ex. perforation ou occlusion).

5. Prise en charge de la douleur

Les AINS sont associés à un risque accru de déclenchement d'une poussée de la MII. L'acétaminophène est une option thérapeutique sûre pour la prise en charge de la douleur chez les patients atteints d'une MII⁵.

6. Traitement d'une poussée aiguë au moyen de stéroïdes

On prescrit la prednisonne à raison de 40 mg par jour pendant une semaine, suivi d'une réduction de la dose de 5 mg par semaine. Les patients atteints de la maladie de Crohn limitée à l'iléon ou au colon droit peuvent utiliser le budésônide oral, qui a moins d'effets secondaires systémiques. Le budésônide MMX (*multi-matrix system*) est une préparation, qui prolonge la libération du budésônide tout le long du colon au moyen de la technologie MMX, et peut traiter une poussée de colite ulcéreuse⁶.

7. Traitement de la MII au moyen de la sulfasalazine et des 5-aminosalicylates (5-ASA)

La sulfasalazine et les 5-ASA (mésalamine) sont efficaces pour le traitement de la colite ulcéreuse, mais les données sont moins solides dans le cas de la maladie de Crohn. Les médicaments à base de 5-ASA sont offerts sous forme de comprimés oraux, de lavements rectaux et de suppositoires. La composition et l'enrobage de chaque médicament sont légèrement différents afin de permettre au médicament d'atteindre différentes parties de l'intestin⁷.

8. Immunomodulateurs

Le méthotrexate, l'azathioprine et la 6-mercaptopurine sont inefficaces pour induire une rémission de la MII. Ils sont utilisés à la suite d'un traitement d'induction (p. ex. au moyen de stéroïdes) ou en association avec un agent anti-FNT (facteur de nécrose tumorale) pour réduire l'immunogénéicité. Chez les patients présentant une mutation génétique touchant l'enzyme thiopurine méthyltransférase (TMPT), on doit réduire la dose (hétérozygote) ou éviter (homozygote) l'azathioprine ou la 6-mercaptopurine⁸.

9. Traitements anti-FNT

L'infliximab est utilisé chez les patients souffrant de la maladie de Crohn et chez ceux atteints de colite ulcéreuse :

5 mg/kg aux semaines 0, 2 et 6, suivi d'une dose d'entretien toutes les 8 semaines. L'adalimumab est utilisé chez les patients souffrant de la maladie de Crohn et chez ceux atteints de la colite ulcéreuse : semaine 0, 160 mg; semaine 2, 80 mg; ensuite 40 mg toutes les deux semaines. Le golimumab est utilisé chez les patients atteints de la colite ulcéreuse : semaine 0, 200 mg; semaine 2, 100 mg; ensuite 100 mg toutes les 4 semaines. Le certolizumab n'est pas approuvé au Canada pour la MII. L'étanercept n'est pas efficace pour le traitement de la MII^{8,9}.

10. Nouveaux produits biologiques liés à la MII

Le vedolizumab est un anticorps dirigé contre l'intégrine $\alpha_4\beta_7$ pour le traitement de la maladie de Crohn et de la colite ulcéreuse. Le vedolizumab est le premier agent biologique anti-inflammatoire sélectif de l'intestin^{8,9}. Son rôle dans la prise en charge de la spondylarthrite coexistante demeure inconnu.

Références :

1. Karremans MC, Luime JJ, Hazes JM, Weel AE. The prevalence and incidence of axial and peripheral spondyloarthritis in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *J Crohns Colitis* 2016.
2. Harbord M, Annesse V, Vavricka SR, et coll. The first European evidence-based consensus on extra-intestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2016; 10(3):239-254.
3. de Winter JJ, van Mens LJ, van der Heijde D, Landewe R, Baeten DL. Prevalence of peripheral and extra-articular disease in ankylosing spondylitis versus non-radiographic axial spondyloarthritis: a meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2016;18:196.
4. Danese S, Fiorino G, Mary JY, et coll. Development of red flags index for early referral of adults with symptoms and signs suggestive of Crohn's disease: an IOIBD initiative. *J Crohns Colitis* 2015;9(8):601-606.

5. Takeuchi K, Smale S, Premchand P, et coll. Prevalence and mechanism of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced clinical relapse in patients with inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4(2):196-202.
6. Rezaie A, Kuenzig ME, Benchimol EI, et coll. Budesonide for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(6):CD000296.
7. Wang Y, Parker CE, Feagan BG, MacDonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016(5):CD000544.
8. Hazlewood GS, Rezaie A, Borman M, et coll. Comparative effectiveness of immunosuppressants and biologics for inducing and maintaining remission in Crohn's disease: a network meta-analysis. *Gastroenterology* 2015;148(2):344-354 e345; quiz e314-345.
9. Vickers AD, Ainsworth C, Mody R, et coll. Systematic review with network meta-analysis: comparative efficacy of biologics in the treatment of moderately to severely active ulcerative colitis. *PLoS One* 2016;11(10):e0165435.

Heba Al-Farhan, M.D., MRCP
Chercheur en MII au stade avancé
Université de Calgary
Gastro-entérologue,
Foothills Medical Center,
Calgary (Alberta)
Hôpital Amiri (Koweït)

Gilaad G. Kaplan, M.D., MPH, FRCPC
Professeur agrégé,
Université de Calgary
Gastroentérologue,
Centre médical Foothills
Calgary (Alberta)

Redéfinir le bonheur : mon expérience des systèmes de santé américain et canadien (suite de la page 22)

au bout du compte, j'ai pu constater la grande qualité du système de soins de santé au Canada tant à titre de médecin que de patiente. Même si je ne travaillais pas en pratique privée en Floride, je sais ce qu'un rhumatologue touche en moyenne aux États-Unis. D'après ce que j'ai constaté à partir des récentes statistiques de l'Ontario Rheumatology Association (ORA), le salaire d'un rhumatologue en Ontario est semblable à celui de son confrère américain. Comme je ne fais plus partie d'un immense système de soins de santé interrelié, de nombreuses demandes et une longue attente sont nécessaires pour que je puisse accéder au dossier de mes patients provenant par exemple de leur médecin de famille ou d'un hôpital. Cette réalité n'est pas fondamentalement différente de celle d'un médecin en pratique privée dans la plupart des pays. Par contre, le Canada et les États-Unis mettent tous deux à l'essai des solutions visant à créer un dossier médical exhaustif accessible, par Internet, à partir de n'importe quel établissement.

Par ailleurs, aux États-Unis, des médecins formés à l'étranger doivent reprendre leur formation ou réussir les tests des conseils des médecins américains pour leur spécialité, mais lorsque c'est fait, ils peuvent pratiquer sans restriction. Or, les médecins formés au Canada ne sont pas tenus d'effectuer des tests supplémentaires ou de suivre une formation d'appoint puisque leur formation est considérée comme équivalente à celle des États-Unis. Si toutefois le Canada considère comme

équivalente la formation médicale américaine, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario exige des médecins américains une année de pratique supervisée dans leur spécialité pour les aider dans leur transition vers le système canadien. Certes, le fait d'avoir un superviseur a été difficile au début, mais j'ai grandement apprécié les conseils et l'expertise de la Dre Mary Lee qui m'a guidée dans mon apprentissage du système médical canadien, et je ne pourrais m'imaginer tenter de soigner des patients sans son aide.

En résumé, j'ai constaté que le système canadien était semblable à celui de Veteran's Health aux États-Unis, mais qu'il comportait quelques différences, que j'ai mentionnées, et bien d'autres que vous connaissez mieux que moi. Je ne peux conclure pour vous, mais pour ma famille et moi, l'herbe est plus verte au Canada.

Ashley Sterrett, M.D., CCD,
Professeure agrégée de médecine,
University of Florida, Tampa (Floride)
Licence de l'État de Floride
Certifiée en ostéodensitométrie osseuse clinique
Elle pratique actuellement à Toronto sous licence restreinte supervisée
Toronto (Ontario)