

RESUME

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) regroupent la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique, et les colites chroniques dites 'indéterminées'. Elles n'ont aucune tendance spontanée à la guérison et impactent négativement la qualité de vie des malades. Ce sont des maladies cryptogéniques. **De nombreux facteurs environnementaux** ont été incriminés mais seuls quelques-uns ont un rôle prouvé dans la genèse des MICI

Elles affectent principalement **l'adulte jeune** et évoluent par poussées entrecoupées de phases de rémission.

Les manifestations cliniques, principalement digestives, dépendent de la localisation de la MICI ; elles présentent des degrés de sévérité variables et peuvent être associées à de la fièvre.

Les manifestations extra-digestives consistent surtout en atteintes ostéoarticulaires, cutanéomuqueuses et oculaires.

Le diagnostic de MICI est habituellement établi en période de poussée. Il repose sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques, L'objectif est d'affirmer ou non la MICI, et de distinguer une maladie de Crohn d'une rectocolite hémorragique ; l'évaluation de la sévérité de la MICI est primordiale.

La prise en charge thérapeutique des MICI repose sur la combinaison de traitements non médicamenteux (régimes) et médicamenteux

Les traitements médicamenteux, utilisés seuls ou en association, en fonction de la sévérité de la maladie, sont constitués par :

- les corticoïdes, dans le traitement de la poussée, predniso(lo)ne, méthylprednisolone, budésonide ;
- les aminosalicylés, dérivés de l'acide aminosalicylique ;
- les immunosuppresseurs, azathioprine, 6-mercapto-purine, méthotrexate et cyclosporine ;
- et les biothérapies, notamment les anticorps anti-TNF-alpha, infliximab et adalimumab.

L'observance et la surveillance médicale sont essentielles à l'optimisation de la prise en charge des malades. Un traitement symptomatique est associé dans certaines situations. Le recours à la chirurgie est parfois nécessaire. Un régime alimentaire spécifique est préconisé, notamment en période de poussée.

Chez l'enfant, la prise en charge est pluridisciplinaire ; elle repose sur la nutrition entérale et sur le traitement médicamenteux. **Chez la femme enceinte**, les posologies doivent être adaptées, le méthotrexate est contre-indiqué.

De nombreuses questions quant à la stratégie thérapeutique restent encore posées à ce jour, notamment : faut-il traiter d'emblée par un traitement 'maximal' et si oui, quels malades ?

Mots-clés : anticorps anti-TNF alpha, corticoïde, immunosuppresseur, maladie de Crohn, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, rectocolite hémorragique.

ABSTRACT

Chronic inflammatory bowel disease (IBD) include Crohn's disease, ulcerative colitis, and chronic colitis called 'indeterminate colitis'. They have no tendency to spontaneous healing and negatively impact the quality of life of patients. These are cryptogenic diseases. **Many environmental factors** have been implicated but only a few have a proven role in the genesis of IBD.

They primarily affect young adults and evolve in spurts interspersed with periods of remission.

The clinical manifestations, mainly gastrointestinal, depend on the location of IBD; they have varying degrees of severity and may be associated with fever.

The extra-intestinal manifestations consist mainly with osteoarticular, mucocutaneous and ocular troubles.

The diagnosis of IBD is usually established during thrust. It is based on a set of arguments clinical and laboratory; the goal is to establish whether or not the IBD and distinguish a Crohn's disease from an ulcerative colitis; assessing the severity of IBD is paramount.

The therapeutic management of IBD is based on a combination of non-drug (regimens) and drug treatments.

The drug therapies used alone or in combination, depending on the severity of the disease consist of:

- corticosteroids in the treatment of thrust predniso(lo)ne, methylprednisolone, budesonide;
- aminosalicylates, aminosalicylic acid derivatives;
- immunosuppressants, azathioprine, 6-mercaptipurine, methotrexate and cyclosporine;
- and biologics, including anti TNF-alpha antibodies, infliximab and adalimumab.

Adherence and clinical monitoring are essential to optimizing the management of patients. Symptomatic treatment is associated in some situations. The surgery is sometimes necessary. A specific diet is recommended, especially during thrust.

In children, the care is multidisciplinary and is based on enteral nutrition and drug treatment.

In pregnant women, posologies have to be adapted; methotrexate is contra-indicated.

Many questions about the therapeutic strategy remain raised to date, including: patients should they be treated by a 'maximum' treatment and if so, which patients?

Key words: anti-TNF-alpha antibody, chronic inflammatory bowel disease, corticosteroid, Crohn's disease, immunosuppressant, ulcerative colitis.