

La maladie de Crohn

1. Présentation de la maladie de Crohn

La maladie de Crohn a été découverte par le docteur Burrill B. Crohn en 1932 après avoir observé chez une quinzaine de patients une pathologie digestive à la sémiologie nouvelle et similaire. Avec la rectocolite hémorragique, la maladie de Crohn est classifiée parmi les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI). Elle est reconnue comme une affection de longue durée par le système d'assurance maladie français (Journal officiel du 5 octobre 2004) car elle nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulière.

Proche des pathologies auto-immunes, elle est caractérisée par une suractivation du système immunitaire. Ces pathologies inflammatoires ont souvent donné lieu à des erreurs diagnostiques, même si cela est moins vrai aujourd'hui. Leurs principales différences portent sur les zones gastrointestinales atteintes. Toutefois, de par leurs caractéristiques inflammatoires et leur chronicité, elles sont fréquemment associées dans la littérature évaluant la présence ou l'influence des facteurs psychologiques dans les MICI.

La maladie de Crohn touche environ 2.2 millions de personnes en Europe (Loftus, 2004). La maladie de Crohn est davantage représentée en Europe de l'ouest ainsi que dans les pays d'Amérique du nord. En France, on estime qu'elle touche entre 100 000 et 150 000 personnes. On observe chaque année 1 cas pour 1000 habitants (Beaugerie, 2005). De plus, parmi les patients, on retrouve un taux plus élevé de la maladie dans les milieux socioéconomiquement haut. Les salariés occupant un emploi de bureau ou tout autre travail ayant lieu à l'intérieur d'un bâtiment semblent plus exposés à la maladie contrairement à ceux travaillant à l'extérieur ou réalisant un travail à forte charge physique. Certains travaux épidémiologiques ont montré que la maladie de Crohn avait une plus forte prévalence chez les femmes, néanmoins un nombre important d'entre eux a été réfuté au profit d'une absence de différence des sexes dans la maladie (Piront, Belaiche & Louis, 2003).

2. Diagnostic et Symptomatologie

2.1 Le diagnostic

Débutant souvent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, le diagnostic nécessite une approche interdisciplinaire pour être posé. Celui-ci doit en effet être établi après un recueil de données issues de la clinique, de l'histoire des troubles, ainsi que d'examens endoscopiques, radiologiques et histiologiques.

La maladie de Crohn peut se manifester chez le patient, sur des zones allant de la bouche à l'anus (Magro & al, 2013). Néanmoins, elle affecte principalement le colon et le gros intestin. Le diagnostic de la maladie est souvent source d'erreur car les symptômes principaux de la maladie ressemblent à ceux d'une gastroentérite. De plus, sa rareté complique le processus diagnostique. La maladie peut cependant être diagnostiquée lorsque le patient présente une diarrhée persistante depuis plus de deux semaines, pouvant être de nature hémorragique. Celle-ci s'accompagne généralement d'un état de fatigue chez le patient, d'une carence en fer, d'une perte de poids ainsi que de douleurs abdominales intenses. Le diagnostic n'est finalement affirmé qu'à la suite d'une coloscopie.

2.2 La sémiologie

Les symptômes principaux de cette pathologie se manifestent par de fortes douleurs abdominales, des diarrhées, de la fièvre et souvent une perte de poids associée.

Certains symptômes varient en fonction de l'aire anatomique touchée. Ainsi, les patients présentant des lésions sur l'iléal ressentent en plus des douleurs abdominales et/ou des vomissements.

Dans les cas les plus sévères, on retrouve également la présence d'abcès, de fissures ou de fistules.

2.3 Les troubles associés

On retrouve chez 30% des patients la présence de troubles extra-intestinaux (Su, Judge , & Lichtenstein, 2002). En effet, les troubles ne se limitent pas au système digestif mais peuvent également se manifester au niveau des articulations (spondylartrite enkylosante, arthrose), des

os (ostéoporose) de la peau (aphtes, erythème, ulcérations, eczema), des yeux (uvéïte, iridocyclitis..) ou des reins.

3. Les différentes étiologies avancées pour expliquer les troubles

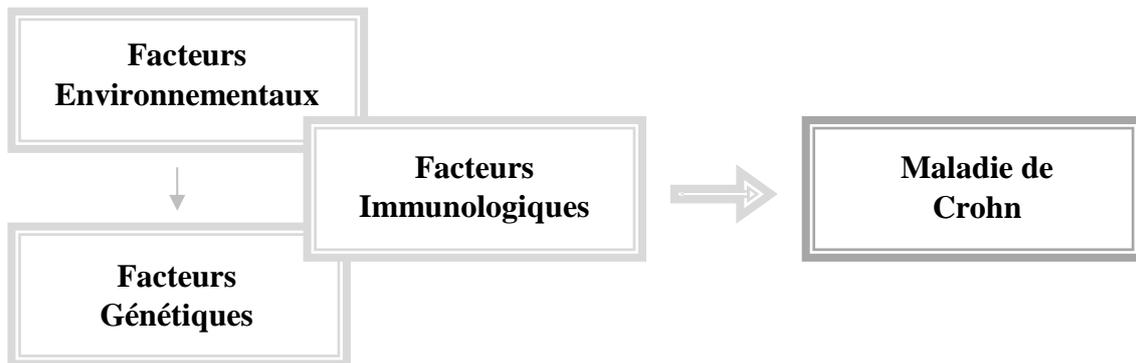


Figure 1 Facteurs étiologiques de la maladie de Crohn

3.1 Facteurs étiologiques immunologiques et génétiques

De nombreux travaux issus du champ médical cherchent à déterminer l'étiologie de la maladie de Crohn. À ce jour, leurs principaux résultats s'avèrent encore hypothétiques. Au vue de notre formation et de notre objectif dans ce travail, nous ne nous attarderons pas sur les facteurs immunologiques et génétiques. Nous pouvons néanmoins souligner que des études menées sur des jumeaux ayant la maladie de Crohn, montrent une concordance génétique d'environ 50% (Halfvarson, Bodin, Tysk, Lindberg, Jarnerot, 2003) témoignant de l'importance de l'étiologie génétique. Plus de 70 gènes semblent être impliqués dans la survenue de la maladie. On observe chez un tiers des patients, des mutations sur le gène NOD2/CARD15. Ce gène serait impliqué dans la régulation du système immunitaire (Hart & Ng, 2011).

Au niveau bactériologique, les recherches en cours avancent l'incidence de bactéries comme les Chlamydiae, les listeria monocytogenes, les mycobacterium paratuberculosis et d'autres virus (Measles virus) comme facteurs étiologiques hypothétiques.

3.2 Facteurs étiologiques environnementaux

Danese, Sans & Fiocchi (2004), avancent plusieurs facteurs environnementaux pour expliquer l'activité de la maladie. Le facteur le plus fréquemment avancé est la consommation de tabac. Les fumeurs sont deux fois plus nombreux à développer une maladie de Crohn. Le tabac implique de profondes modifications du système immunitaire, de la production de cytokines, des répercussions vasculaires ou encore un changement au niveau de la perméabilité de l'intestin qui pourraient augmenter par conséquent, le risque de développer la maladie de Crohn. D'autres études soulignent la consommation de sucre et de graisse comme des facteurs de risque à l'inverse des légumes et fruits dont les fibres réduiraient le risque de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. L'utilisation de moyens de contraception orales, chez les femmes, est également questionnée puisque le risque de développer la maladie est deux fois supérieur comparativement à une population contrôle (Godet, May & Sutherland, 1995).

Enfin, un des facteurs de risque sur lequel nous allons nous centrer plus longuement au cours de notre recherche, est le stress. Fréquemment évoqué par les patients comme facteur lié à la rechute, plusieurs travaux menés chez l'animal montrent un effet significatif du niveau de stress sur la rechute (Qiu, Vallance, Blennerhassett & Collins, 1999). Nous aurons l'occasion d'approfondir ces recherches dans le chapitre suivant.

Devant le pluralisme des facteurs de risques environnementaux, Carbonnel, Jantchou, Monnet et Cosnes (2009) concluent à une interaction entre des gènes prédisposant à la maladie et notre environnement. Les constantes modifications de notre environnement depuis la seconde guerre mondiale, pourraient selon eux expliquer l'incidence grandissante de la maladie de Crohn.

4. L'étiologie inconnue des rechutes

La rechute est définie par une poussée de symptômes chez un patient en rémission clinique se manifestant de façon brutale ou après un traitement médical (Van Assche & al, 2010). L'activité de la maladie paraît très inégale selon les patients. Certains patients peuvent rechuter de la manière peu fréquente ($< 1/\text{an}$), fréquente (> 2 rechutes / an) ou alors de manière quasi continue (présence continue de symptômes). Plusieurs travaux tentent depuis de nombreuses années, de prédire la survenue de la rechute en se centrant tant sur des paramètres biologiques que cliniques. En effet au niveau biologique, des critères biologiques prédictifs ont tenté d'être établis dans l'objectif de constituer un index, l'index de Brignola (1986).

Au niveau clinique, Sahmoud & al (1995) ont défini plusieurs facteurs impliqués dans la rechute comme un âge inférieur à 25 ans, un intervalle supérieur à 6 mois depuis la dernière poussée, le tabagisme mais également une manifestation de la maladie principalement basée sur une atteinte du colon.

5. Les actions thérapeutiques contre la maladie de Crohn

Les traitements de la maladie de Crohn sont divers et dépendent essentiellement de la localisation des troubles, de l'intensité de la maladie ainsi que des réponses aux traitements précédents (Travis & al, 2006). Nous prendrons ici quelques lignes pour parcourir rapidement l'étendue des traitements puisque ceux-ci ont des répercussions directes sur le vécu de la maladie. En effet, la connaissance des traitements et leur administration, nous permettent de mieux comprendre la perception de la maladie par le patient ainsi que le caractère anxiogène qu'elle peut parfois revêtir. De plus, certains des effets secondaires ressentis peuvent être très contraignants et invalidants pour le patient, nous en aurons d'ailleurs un aperçu lors des entretiens cliniques.

En lien avec l'activité de la maladie, on distingue les traitements de fond de ceux destinés à être utilisés en cas de poussées.

5.1 Les traitements médicamenteux

Les différents traitements sont répartis selon plusieurs fonctions principales. Les dérivés amiosalicylés (e.g. Pentasa®) sont davantage utilisés comme anti-inflammatoires locaux lors de poussées de faible intensité. Les patients peuvent également être traités à partir de corticoïdes (e.g. Prednisolone®), administrés sur une courte période. Toutefois, ce type de médicament, de par les effets secondaires qu'il engendre (prise de poids, dépendance) reste parfois mal observé chez les patients. En cas de résistance aux corticoïdes, des dérivés d'Azathioprine pourront être prescrits en prévention d'une rechute.

Lors de phases actives de la maladie ou en tant que traitement d'appoint, des traitements s'apparentant à la Mesaline ou aux 5 ASA, peuvent être prescrits. Ces substances sont en général bien tolérées par les patients.

Un traitement par immunosuppresseur (Methotraxate®, Imurel®) est parfois mis en place pour certains patients pour qui la pathologie se traite difficilement et/ou présente une forme à évolution rapide. Outre les effets secondaires importants, la sous stimulation du système immunitaire peut engendrer un risque plus élevé de développer d'autres pathologies ou une sensibilité plus accrue aux virus.

Des anticorps (anti TNF- α) peuvent également être prescrits (Humira®, Rémicade®) en cas de poussées sévères. Ils sont généralement administrés lors d'une hospitalisation de courte durée, par injection.

5.2 Le traitement chirurgical

Face à des lésions organiques importantes, le traitement chirurgical reste le dernier et le seul traitement envisagé. 80% des patients devront se faire opérer au cours de leur maladie. Il s'agit alors de procéder à une résection de la partie lésée de l'intestin. Cette opération apparaît le plus fréquemment dans les cinq ans qui suivent le diagnostic.

Avec la chronicité de la maladie, ces traitements rythment le quotidien des patients. L'observance aux traitements chez les patients atteints de MICI paraît être indépendante de la sévérité de leurs troubles. Banovic, Gilibert, Olivier et Cosnes (2010) montrent que les freins à l'observance pour ces patients sont relatifs à l'inefficacité et aux effets secondaires du traitement. En revanche, la prévention d'une rechute, le fait de pouvoir mener la vie la plus normale possible et la relation médecin/patient apparaissent comme des déterminants essentiels pour une bonne adhésion aux traitements.

En raison de la grande variabilité de la pathologie, tant sur le point de sa sévérité que des zones corporelles qu'elle affecte ou alors de l'âge à laquelle elle est apparue, vivre avec la maladie de Crohn peut soulever une réalité très différente en fonction des patients. Difficile pour les médecins de généraliser ou de conseiller un mode de gestion de la maladie tant celle-ci peut s'exprimer de façon inégale. Devant l'incertitude des rechutes, la mise en question des traitements adéquats et le besoin de réponses des patients, la contenance que peut offrir une expertise médicale devient une question majeure.

Une seule certitude demeure: la chronicité de la pathologie entraîne avec elle, la prise de conscience par le patient qu'il ne guérira pas (prise de conscience ayant lieu ou non, ou du moins pas encore). Au patient alors d'essayer de comprendre, de mettre du sens sur sa maladie et de trouver ses propres ressources pour tenter de s'adapter au mieux à celle-ci. Nous allons à présent examiner les répercussions psychologiques de la maladie de Crohn et plus généralement de la maladie chronique, en nous basant sur les travaux entrepris en psychologie de la santé. L'étude des différents facteurs psychosociaux nous amènera à interroger leur pouvoir prédictif sur les rechutes des MICI.

