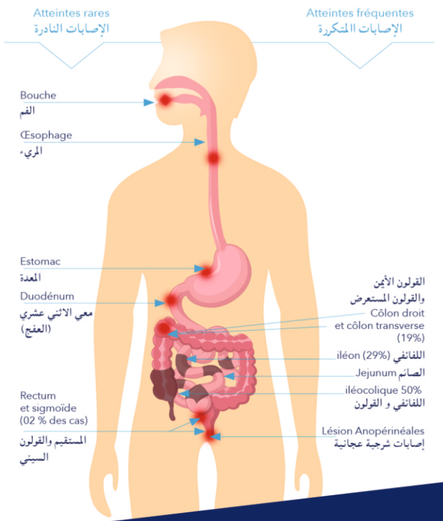
UN MALADE MIEUX INFORMÉ POURRA MIEUX LUTTER CONTRE SA MALADIE

L'appareil digestif
الجهاز الهضمي



ASSOCIATION EL-CHIFFA

SIÈGE SOCIAL :21, RUE BAADID KADDOUR
CITÉ CUVELIER - ORAN - ALGÉRIE
TÉL. : 00 213 41 25 78 64
E-MAIL: EL_CHIFFA@YAHOO.FR
CB : APMICI « EL_CHIFFA » ASSOCIATION
N° : 00600202311001900 6-05
BANQUE AL BARAKA D'ALGÉRIE - AGENCE D'ORAN '202'
32, RUE DES FRÈRES NIATI, PLATEAUX- ORAN

1 Qu'est-ce la maladie de Crohn ?

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin pouvant atteindre n'importe quel segment du tube digestif depuis la bouche jusqu'à l'anus. C'est une maladie comportant des phases d'activité (ou «poussées») d'intensité variable alternant avec des phases de rémission plus ou moins complètes et prolongées. Elle a été décrite pour la première fois en 1932 par un médecin américain : Burill B. Crohn. La maladie peut intéresser simultanément ou successivement un ou plusieurs segments du tube digestif. Cependant elle siège le plus souvent sur le gros intestin ou côlon (il s'agit alors d'une colite; le suffixe « ite » désignant une inflammation), sur la partie terminale de l'intestin grêle ou iléon (iléite) ou sur les deux segments (iléocolite).

2 Quelles sont les différences avec la recto-colite hémorragique ?

La recto-colite hémorragique est également une MICI, évoluant par poussées alternant avec des phases de rémission. Les signes cliniques peuvent être proches de ceux de la maladie de Crohn colique et il est parfois difficile, lors des premières manifestations cliniques, de savoir à laquelle des deux maladies on est confronté. Il existe cependant une différence essentielle : la recto-colite hémorragique reste toujours localisée au rectum et au côlon.

3 Quelle est la cause de la maladie de Crohn?

Elle est encore inconnue; toutefois les recherches récentes permettent de mieux concevoir les mécanismes en cause dans cette affection.

La maladie de Crohn n'est pas une maladie « héréditaire» au sens propre du terme mais il existe un facteur génétique de prédisposition à la maladie, le gêne NOD2 ou CARD 15 sur le chromosome 16 du génome humain. Des anomalies de ce gêne ne sont observées que chez 20% environ des malades. D'autres gènes sont vraisemblablement impliqués dans la maladie, comme le laissent supposer les études en cours. Il existe d'autre part des anomalies du système immunitaire intestinal expliquant l'importance et surtout la pérennisation de l'inflammation intestinale, mais l'on ne sait pas encore quel(s) facteur(s) déclenche (nt) cette réaction immunitaire.

Le rôle d'un facteur alimentaire a souvent été évoqué mais jamais confirmé. La discussion reste ouverte quant au rôle d'un agent infectieux, viral ou bactérien, mais la maladie de Crohn n'est pas une maladie « contagieuse». La flore bactérienne résidente dans l'intestin joue certainement un rôle important. Il ne s'agit pas enfin d'une maladie « psychosomatique » même si des facteurs psychologiques peuvent moduler l'évolution de la maladie de Crohn, comme celle de beaucoup d'autres affections. Parmi les facteurs d'environnement le rôle nocif du tabac est clairement établi.

4 Comment se manifeste la maladie lors d'une poussée ?

La nature des manifestations cliniques de la maladie de Crohn dépend de sa localisation sur les différents segments du tube digestif (intestin grêle, côlon, rectum, anus...). Les principales manifestations sont intestinales : douleurs abdominales, diarrhée avec ou sans émissions sanglantes ou glaireuses atteinte de la région anale (fissure, fistule, abcès). Une altération de l'état général accompagne souvent les poussées : fatigue (asthénie), manque d'appétit (anorexie), amaigrissement, fièvre. Parfois certaines poussées s'accompagnent de manifestations extra-intestinales : articulaires (arthrites), cutanées ou oculaires.

5 Comment fait-on le diagnostic de la maladie de Crohn?

Le diagnostic de la maladie de Crohn repose sur un faisceau d'arguments cliniques et para-cliniques (examens complémentaires). En effet aucun de ces éléments pris isolément ne permet de porter le diagnostic; il n'existe aucun test permettant par ailleurs d'affirmer à lui seul le diagnostic. Votre médecin vous demandera de pratiquer des examens complémentaires : prise de sang à la recherche de signes d'inflammation, d'anémie et des examens radiographiques et / ou surtout endoscopiques pour préciser l'aspect et l'étendue des lésions. L'intestin grêle peut être examiné par radiographie après ingestion d'une « bouillie » opaque aux rayons X (transit baryté); de même, après une préparation adéquate, le côlon peut être étudié par administration d'un lavement opaque aux rayons X (lavement baryté). L'endoscopie haute est basse a largement supplanté la radiologie. La coloscopie permet d'examiner directement la muqueuse du côlon et de la partie terminale de l'intestin grêle, et de faire des prélèvements (biopsies) qui seront étudiés au microscope; après préparation convenable, pour vider le colon des selles, elle est réalisée à l'aide d'un appareil souple contenant des fibres optiques introduit par voie anale.

La Tomodensitométrie (Scanner) abdominale et l'imagerie par résonnance magnétique (IRM) sont de plus en plus utilisées car elles permettent d'explorer la paroi de l'intestin et de rechercher d'éventuels abcès et fistules.

Dans certains cas, malgré la pratique d'examens complémentaires, le diagnostic ne peut être posé avec certitude lors de la première poussée. C'est l'évolution qui permet alors de trancher.

6 Existe-t-il des complications liées à la maladie ?

Des complications peuvent survenir au cours de la maladie : une poussée grave par son intensité imposant l'hospitalisation, l'arrêt de l'alimentation et un traitement par perfusions pendant quelques jours; un rétrécissement (sténose) d'un segment intestinal pouvant aboutir à une occlusion; un abcès parfois source de fistule (trajet anormal partant de l'intestin malade et s'ouvrant dans un autre organe ou à la peau); très rarement une perforation intestinale.

7 Les poussées sont-elles fréquentes ?

Il est impossible de prédire la fréquence des poussées. Ce n'est qu'au fil du temps que l'on peut distinguer les patients dont les poussées sont espacées de ceux qui ont des poussées plus rapprochées.

8 Quels sont les médicaments couramment utilisés dans la maladie de Crohn ?

L'origine de la maladie de Crohn demeurant inconnue, le traitement médical a pour objectif la guérison de la poussée, et le maintien en rémission. Les principaux médicaments utilisés sont les aminosalicylés: Salazopyrine® et ses dérivés (Pentasa®, Rowasa® Pentazine®, Melaza®), les corticoïdes (Cortancyl®, Solupred®, Precortyl®) et plus récemment un corticoïde d 'action locale libéré au niveau de la partie terminale du grêle et du colon droit (Entocort®). La Salazopyrine® est une association d'un sulfamide et d'un composé proche de l'aspirine, le 5-ASA; les dérivés de la Salazopyrine® ne comportent que du 5-ASA. Ce groupe de médicaments est utilisé dans les poussées légères ou modérées de la maladie surtout de siège colique ou iléal terminal. Le traitement par les corticoïdes est utilisé dans les formes plus sévères. Il permet d'obtenir une rémission en 3 à 4 semaines dans plus de 90% des cas. Il ne nécessite en général pas de régime sans sel sévère. Il peut s'accompagner d'effets secondaires (gonflement du visage, surcharge pondérale, hypertension artérielle, élévation de la glycémie); ils sont inconstants, modérés et réversibles à l'arrêt du traitement. Les corticoïdes peuvent aussi favoriser une décalcification, dont la maladie elle-même est aussi responsable. Des traitements anti-infectieux (Flagyl®, Ciflox®, Ciprolon®) sont également utilisés, en particulier pour les atteintes anales. Lorsqu'il existe une corticodépendance, c'est-à-dire l'impossibilité de réduire les corticoïdes au-dessous d'une certaine dose « seuil » sans que réapparaissent des symptômes, ou lorsque le génie évolutif de la maladie est sévère, on recourt à des immunomodulateurs (Imurel®, methotrexate®). Ceci impose une surveillance clinique et biologique régulière.

Des essais thérapeutiques rigoureux sont régulièrement entrepris avec de nouveaux médicaments. Certains sont dirigés de manière très « ciblée » contre des cytokines inflammatoires. Ces traitements dits «biologiques» sont utilisés en cas d'échec des traitements usuels. Il en est ainsi des anti-TNF, anticorps monoclonal dirigé contre le TNF α

Enfin, des techniques de nutrition assistée peuvent s'avérer utiles dans certaines formes de maladie.

9 Une intervention chirurgicale est-elle parfois nécessaire ?

La chirurgie est nécessaire quand le traitement médical n'est pas efficace ou quand survient une complication. Après 10 ans d'évolution, plus d'un malade sur deux a subi une intervention chirurgicale. L'intervention consiste en une ablation (résection) du segment d'intestin malade suivie d'une suture entre les deux portions saines d'intestin (anastomose). La chirurgie permet souvent d'obtenir des rémissions prolongées mais, comme le traitement médical, elle ne guérit pas définitivement la maladie; des récidives sont possibles.

10 Une maladie de Crohn est-elle compatible avec une vie normale ?

Le retentissement sur la vie sociale a été évalué directement par des patients porteurs d'une maladie de Crohn (et non par des médecins). Si certains souffrent d'une maladie très invalidante, dans l'ensemble la majorité des malades considère que les études, mêmes supérieures, ne sont pas entravées par la maladie; le pourcentage de sujets actifs est supérieur à celui de la population générale; 2 patients sur 3 estiment que la gêne sociale est faible; il n'y a pas de retentissement familial.

Les grossesses sont tout a fait possibles.

Les grossesses doivent être envisagées de préférence en période de rémission; elles imposent une surveillance médicale régulière.

Traduit du dépliant de L'AFA

ASSOCIATION EL-CHIFFA DES PORTEURS
DE MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES
DE L'INTESTIN DE LA WILAYA D'ORAN

Questions Réponses... sur la maladie de CROHN

جمعية الشفاء لحاملي أمراض التهابات المعي المزمنة
لولاية وهران

أسئلة وأجوبة ... حول

CROHN'S DISEASE

مرض كرون

IMPRESSION FINANCÉE PAR UN DON
DES LABORATOIRES ABBVIE

IMPRESSION FINANCÉE PAR UN DON
DES LABORATOIRES ABBVIE

1 ما هو مرض كرون ؟

إن داء كرون هو مرض إلتهاب المعي المزمن يمكن أن يصيب أي قطعة من الأنبوب الهضمي، ابتداء من الفم إلى الشرج. وهو مرض مزمن يتضمن أطوار أو فترات نشيطة (أو نوبات) متفاوتة الشدة يحدث فيها تناوب مع فترات هدأة تامة تقريبا أو ممتدة. وقد تم وصف هذا الداء وتشخصيه للمرة الأولى سنة **1932** من طرف طبيب أمريكي يدعى بوريل ب. كرون. ويمكن لهذا الداء أن يصيب قطعة أو عدة قطع من الأنبوب الهضمي، إما في آن واحد وإما بصفة متعاقبة. غير أنه يتموضع في الغالب في المعي الغليظ أو القولون (ويتعلق الأمر عندئذ بالتهاب قولوني أو في الجزء النهائي من المعي الدقيق ويتعلق الأمر حينئذ بالتهاب لفائفي) ، أو يتموضع في القطعتين معا وهو إذ ذاك : "إلتهاب لفائفي قولوني".

2 ما هي الفوارق مع إلتهاب القولون التقرحي ؟

إلتهاب القولون التقرحي هو أيضاً مرض إلتهاب المعي المزمن يتطور من خلال النوبات يحدث فيها تناوب مع فترات هدأة. و قد تكون المظاهر السريرية قريبة من تلك الخاصة بمرض كرون قولوني و يصعب أحياناً خلال المظاهر السريرية الأولى معرفة أياً من المرضين اللذين نواجههما. و مع ذلك يوجد فرق أساسي : إلتهاب القولون التقرحي يبقى دائما متموضع في المستقيم و الأمعاء الغليظة (القولون).

3 ما هي أسباب الإصابة بمرض كرون ؟

هي مسببات لا تزال غير معروفة لحد الآن، ومع ذلك فقد تمكنت الأبحاث الحالية من تصور الآليات المسببة لهذه العلة. لا يعتبر داء كرون مرضا "وراثيا" بكل معنى الكلمة، غير أنه هنالك عامل خلقي (جيني) يؤدي للتأهب والتعرض للمرض، وهو تأهب تم تأكيده ببروز جين N0D2 أو CARD15 في الصبغي السادس عشر من الجين البشري. الشذوذ في هذا الجين ليس ملحوظا سوى في حوالي **20%** من المرضى. و من المحتمل أن تكون هناك جينات أخرى تتسبب في هذا الداء، حسب ما تفرضه الدراسات الجارية. من جهة أخرى يفسر استفحال الإلتهاب المعوي ودوامه على وجه الخصوص بوجود شذوذ وتشوهات في الجهاز المناعي المعوي، ومع ذلك تجهل لحد الآن العوامل المثيرة لهذا التفاعل المناعي. يتم التذكير في غالب الأحيان بالعامل الغذائي، غير أنه يبقى غير مؤكد بصفة مطلقة. يبقى المجال مفتوحا للنقاش حول الدور الذي يلعبه العامل الخمجي العفن والحمومي أي الفيروسي أو العامل الجرثومي، ومع ذلك فإن داء الكرون لا يعتبر داء "معديا".
النباتات الجرثومية المقيمة في الأمعاء تلعب بالتأكيد دوراً مهماً
لا يتعلق الأمر في نهاية المطاف بمرض "نفسي– بدني"، على الرغم من تمكن عوامل نفسية من تغيير أو تعديل في مجرى تطور داء كرون كما هو الشأن بالنسبة للعديد من العلل. من بين العوامل البيئية، الدور الضار للتبغ مثبت بوضوح.

4 كيف يظهر المرض أثناء "النوبة" ؟

ترتبط نوعية المظاهر السريرية لداء كرون بموضعته في مختلف قطع الأنبوب الهضمي (معي دقيق، قولون، مستقيم، شرج...). وتعتبر المظاهر الرئيسية معوية : آلام بطنية، إسهال مصحوب بخروج الدم أو بدونه أو خروج إفرازات بيضاء لزجة، إصابة المنطقة الشرجية (شق، ناسور (قرح) ورم). و تكون النوبات مصحوبة في غالب الأحيان بتدهور عام للحالة الصحية : إرهاق (وهن)، فقدان الشهية (قهم)، هزال، حمى.

بالإضافة إلى هذا فقد تكون بعض النوبات مصحوبة بمظاهر خارجية عن الأمعاء : مفصلية (إلتهاب المفاصل) جلدية أو عينية (بصرية).

5 كيف يتم تشخيص مرض كرون ؟

يعتمد تشخيص داء كرون على مجموعة من الأدلة السريرية ونظيرة السريرية (فحوص تكميلية). وفي الواقع، لا يمكن لأي واحد من هذه العناصر، إذا ما اعتمد عليه بمفرده، أن يثبت التشخيص. إذ لا وجود لأي روز يمكن بمفرده من تأكيد التشخيص. فالطبيب يطلب من المريض إجراء فحوصات (تصوير شعاعي، تنظير داخلي) للمعي لتحديد مدى اتساع رقعة ونوعية الجروح و يمكن فحص المعي الدقيق بواسطة راديو إشعاعي وبواسطة مرور عبر المعي الدقيق (إدخال سائل ثخين إلى المعدة غير منفذ للأشعة السينية). ويمكن فحص القولون بواسطة راديو إشعاعي بعد إخضاع المريض لحمية، وتجرى مستحضر الحقنة الشرجية بالباريت أي أوكسيد الباريوم (إدخال الباريت والهواء عبر الشرج). التنظير الهضمي العلوي و السفلي قد حل محل الأشعة إلى حد كبير. أو فضلا على ذلك بواسطة فحص تنظيري داخلي، وهو ما يسمى بالتنظير القولوني بمجرد تخليص القولون من الراز والغائط بواسطة المستحضر المذكور آنفا، يسمح جهاز مرن يحتوي على ألياف مبصرية، بالفحص المباشر لجدار القولون وللمستمرات الأخيرة من المعي الدقيق، كما يسمح في ذات الوقت بأخذ عينات من الغشاء المخاطي (اختزاع) ،يتم فحصها بالمجهر. المسح الضوئي البطئي (سكانير) و التصوير بالرنين المغناطيسي تستخدم أكثر فأكثر لأنها تسمح لإستكشاف جدار الأمعاء و البحث عن خراجات و قرحات محتملة. في بعض الحالات لا يمكن تشخيص المرض أثناء النوبة الأول، على الرغم من إجراء فحوصات تكميلية، ويبقى تطور الداء كفيل وحده بالجزم في مسألة التشخيص.

6 هل توجد مضاعفات مرتبطة بالمرض ؟

يمكن فجأة أن يحدث مضاعفات أثناء المرض : نوبة شديدة الخطورة تفرض استشفاء المريض أي دخوله إلى المستشفى، وتستدعي إمساكه عن الأكل ومعالجته عن طريق التروية (الحقن المتواصل) لبضعة أيام. كما يمكن أن يحدث تضيق قطعة معوية تؤدي إلى انغلاق المعي أو يحدث ورم يكون في بعض الأحيان مصدر ناسور (مسار غير عادي ينطلق من المعي المصاب وينفتح في عضو آخر أو في الجلد). ونادرا ما يحدث ثقب معوي.

7 هل تتكرر النوبات ؟

من المستحيل التنبؤ بتردد النوبات. و لا يمكن التمييز بين مرضى تراودهم النوبات عبر أوقات متباعدة، وبين مرضى تحدث لهم نوبات متقاربة إلا بعد مرور فترة زمنية على المرض.

8 ما هي الأدوية الشائعة المستخدمة في علاج مرض كرون ؟

بما أن سبب داء كرون يظل لحد الآن مجهولا، يبقى الهدف من العلاج الطبي هو الشفاء من النوبة والمحافظة على الهدأة (أي خمود المرض). تعتبر السليسيلات هي الأدوية الرئيسية المستعملة :
السلازوبيرين و مشتقاته (بنتازا، روازا، بنتازين، ميلازا). و القشرانيات (كورتونيسيل ، سولوبريد، بريكورتيل): و مؤخرا الكورتيكويد (Corticoïde) ذو عمل محلي يحرر على مستوى الجزء النهائي للأمعاء الدقيقة و القولون الأيمن (Entocort®) سلازوبيرين تركيبة تجمع بين سولفاميد وبين مركب قريب من الأسبرين و يسمى (5-ASA)وتستعمل هذه المجموعة من الأدوية في حالات النوبات الخفيفة أو المعتدلة من المرض، والمتموضعة خصوصا في القولون أو في اللفائفي الناحي . يتم العلاج بواسطة القشرانيات (corticoïde)في الحالات الصعبة. ويمكن من الحصول على هدأة تتراوح ما بين ثلاثة إلى أربعة أسابيع بالنسبة لـ **90%** من الحالات. ولا يستدعي هذا العلاج عموما حمية قسوى خالية من الملح. ومن الممكن أن تصاحبه تأثيرات جانبية (انتفاخ في الوجه، فرط في الوزن، فرط في ضغط الدم وارتفاع في سكر الدم). وهي تأثيرات غير قارة، معتدلة وتعاود المريض عند توقيف العلاج.
وتؤدي القشرانيات أيضا إلى زوال الكلس وهو أمر يكون مرده كذلك للمرض نفسه. وتستعمل علاجات مضادة للتعفف أيضا خاصة بالنسبة للإصابات الشرجية، مثل (فلاجيل، سيفلوكس، سيرولون) و أحيانا لوبران وعندما يتضح أن هناك ما يسمى باعتمادية القشرانيات (Corticodependance)أي استحالة إنقاص القشرانيات إلى ما دون جرعة معينة "الحد"، من غير أن تظهر الأعراض من جديد، أو عندما تكون خاصية المرض التطورية قوية، يمكن حينها اللجوء إلى معدل مناعي : (Immunomodulateur)مثل الإيموريل، ميتوتركسات. وهذا يفرض مراقبة سريرية وبيولوجية منتظمة، وبواصل السعي عن طريق تجارب علاجية دقيقة ومنتظمة بأدوية جديدة. البعض منها وجهة بصفة محددة جدا ضد مادة (Cytokines)هذه العلاجات المسماة البيولوجية تستعمل في حالة فشل العلاجات التقليدية المعتادة و كذلك العلاج بالأدوية المضادة لعوامل النخر (ANTI-TNF) و أخيراً يمكن أن تنفع تقنيات التغذية المراقبة ، في بعض أشكال هذا المرض .

9 هل تعتبر العملية الجراحية ضرورية أحيانا ؟

يستدعي الأمر عملية جراحية عندما يتضح بأن العلاج الطبي غير ناجع أو عند حدوث مضاعفة، فبعد عشر سنوات من تطور المرض نجد أن أكثر من مريض من ضمن مريضين قد أجريت له عملية جراحية. والعملية الجراحية عبارة عن إستئصال (قطع) قطعة من المعي المصاب يتم بعدها درز (خياطة) الجزأين معا من المعي السليم (التحام : Anastomose) ، وقد تمكن العملية الجراحية من الحصول على هدأة ممتدة غير أنها مثلها في ذلك مثل العلاج الطبي لا تشفي الداء بصفة نهائية إذ من الممكن حدوث انتكاسات (Récidives) .

10 هل يمكن للمريض بمرض كرون أن يمارس حياته المعيشية بصفة عادية ؟

تم تقييم مدى وقع المرض على الحياة الاجتماعية، مباشرة من طرف مرضى يعانون من مرض كرون (وليس من قبل الأطباء) فإذا كان بعض المرضى يعانون من عجز بسبب هذا المرض فإن أغلبية المرضى على العموم لا يعتبرون مرض كرون في حد ذاته عائقا للدراسة أو العمل ، فهناك مصابين من ثلاثة يعتبرون أن المرض لا يسبب لهم مضايقات في حياتهم الاجتماعية إلا بصفة ضئيلة وبالتالي لا ينعكس وقع الداء على حياتهم العائلية والاجتماعية. الحمل ممكن.
من الأفضل التفكير في الحمل خلال فترة خمود المرض و يفرض مراقبة طبية منتظمة.

مترجم من مطوية AFA