

La Maladie De Crohn

La maladie de Crohn fait partie des **MICI** (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) qui se distingue, de la rectocolite hémorragique (RCH) par exemple, par la localisation de son inflammation (pouvant survenir à un niveau quelconque du tube digestif, l'atteinte de l'iléon et/ou du côlon étant la plus fréquente), l'étendue des couches de la paroi intestinale touchées (transmurale) et le risque de fistules et abcès. La RCH en revanche, affecte spécifiquement le côlon et le rectum de manière continue et superficielle, sans risque de fistules.

La maladie de Crohn touche le plus fréquemment les jeunes adultes, en particulier entre 20 et 30 ans, bien qu'elle puisse se manifester à tout âge, y compris chez les enfants et les adolescents, avec un pic secondaire possible vers 50-70 ans. Elle concerne légèrement plus de femmes que d'hommes.

Étiologie Et Mécanisme

Les causes de la maladie de Crohn sont **mal identifiées**. Aujourd'hui, on pense qu'elle associe des **facteurs génétiques**, notamment la mutation du gène NOD2/CARD15 qui code pour des protéines impliquées dans la reconnaissance des bactéries intestinales et l'autophagie, avec des **facteurs environnementaux** tel que le tabagisme qui augmente la sévérité des poussées de la maladie, leur fréquence, ainsi que la nécessité de recourir à la chirurgie et les habitudes alimentaires qui aggravent les symptômes.

L'interaction de ces facteurs génétiques et environnementaux favorise une **dysbiose** (déséquilibre du microbiote intestinal) caractérisée par une diminution des bactéries bénéfiques et une prolifération des bactéries pathogènes et qui, combinée avec l'altération de la barrière intestinale, augmente la perméabilité intestinale et permet le passage d'antigènes et de bactéries vers la lamina propria. Le système immunitaire réagit alors de manière excessive, avec une activation dominante des réponses Th1 et Th17, entraînant une production importante de cytokines pro-inflammatoires comme le TNF- α , l'IL-12, l'IL-23, l'IL-17 et l'IFN- γ . Cette inflammation chronique, qui touche toute l'épaisseur de la paroi intestinale (inflammation transmurale), conduit à la formation de granulomes non caséux et à des lésions profondes responsables d'ulcérations, de fissures et de l'aspect en pavés caractéristique.

Symptômes Et Complications

Les manifestations initiales les plus fréquentes de la maladie de Crohn sont les suivantes :

- Diarrhée chronique avec des douleurs abdominales, de la fièvre, une anorexie et une perte de poids.
- Abdomen douloureux et masse ou une distension pouvant être palpables.

Selon la localisation des lésions, on distingue différentes formes de maladie de Crohn :

- La maladie de Crohn dite « **colique pure** » n'affecte que le côlon, elle se traduit plutôt par des diarrhées, la présence du sang dans les selles et des maux de ventre.
- La maladie de Crohn dite « **iléale pure** » n'affecte que l'iléon, elle se traduit plutôt par des douleurs dans la partie basse du ventre située à droite, des nausées et des diarrhées.
- La maladie de Crohn dite « **œsophago-duodénale** » touche l'œsophage et le début de l'intestin grêle (duodénum), les patients ressentent également des brûlures d'estomac et des renvois acides.

L'activité de la maladie de Crohn est mesurée par un index (le CDAI ou Crohn's Disease Activity Index) qui tient compte, sur une semaine :

- *du nombre de selles liquides*
- *des maux de ventre*
- *de l'état général du patient*
- *de son poids*
- *de son taux d'hémoglobine (la substance qui transporte l'oxygène dans le sang et qui est diminuée lors d'anémie)*
- *des symptômes non intestinaux*

Lorsque le CDAI est inférieur à 150, on parle de rémission de la maladie. Entre 150 et 220, l'activité de la maladie est dite légère, elle est modérée entre 220 et 450, et sévère au-dessus de 450.

Dans certains cas, les symptômes digestifs peuvent être associés à d'autres manifestations, notamment :

- des rhumatismes articulaires dans les membres ou au niveau de la colonne vertébrale (spondylarthrite) ;
- une inflammation de l'enveloppe des yeux (uvéïte) ;
- des problèmes de peau (érythème noueux, de petits nodules fermes et rouges situés dans l'épaisseur de la peau).

À long terme, elle provoque des complications telles que des sténoses par fibrose, des fistules et une malabsorption, notamment des vitamines et des sels biliaires lors d'une atteinte iléale.

Diagnostic

Le diagnostic de la maladie de Crohn repose sur **l'interrogatoire du patient** (analyse des symptômes), **l'examen clinique** et certains examens complémentaires précisément **l'iléocoloscopie** qui consiste à observer la paroi du colon et de l'iléon à l'aide d'une sonde endoscopique souple (un ensemble de fibres optiques pourvu d'une lumière et d'une caméra).

L'iléocoloscopie permet d'observer des signes d'inflammation et de fragilité de la paroi de l'intestin, ainsi que des ulcères. Si nécessaire, un petit fragment de la paroi intestinale est prélevé en vue d'une biopsie.

Chez certains patients, la réalisation d'examens endoscopiques est impossible, par exemple en cas de dilatation ou de fragilisation importante du côlon. Dans ce cas, il est possible de recourir à d'autres techniques d'imagerie, comme l'IRM ou l'échographie, pour évaluer la sévérité de la maladie de Crohn.

Traitement

Le traitement de la maladie de Crohn repose sur deux objectifs principaux :

- Contrôler les poussées inflammatoires (**traitement d'attaque**) en réduisant l'inflammation aiguë et en soulageant les symptômes (douleurs abdominales, diarrhée, etc.). Les médicaments utilisés étant les **corticostéroïdes** pour induire la rémission, les **immunosuppresseurs** pour moduler la réponse immunitaire et Les **biothérapies** (anti-TNF comme infliximab, adalimumab ; anti-intégrines ; anti-IL-12/23).
- Prévenir les rechutes et complications (**traitement d'entretien**) en maintenant la rémission et en évitant les lésions progressives. Les médicaments d'entretien étant les **immunosuppresseurs** et **biothérapies** (mêmes classes, posologies adaptées) et les

Aminosalicylés (utilisés surtout dans la RCH, moins efficaces dans Crohn).

Il existe d'autres approches complémentaires telles que: les **antibiotiques** (ex. métronidazole, ciprofloxacine) dans les formes fistulisantes ou abcès, la **supplémentation nutritionnelle** (correction des carences, nutrition entérale dans certains cas) et la **chirurgie** (résections, stricturoplasties) indiquée en cas de sténoses serrées, fistules complexes ou complications (perforation, hémorragie).

Sources Et Références

<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-gastro-intestinaux/maladie-intestinale-inflammatoire/maladie-de-crohn>

<https://www.vidal.fr/maladies/estomac-intestins/maladie-crohn.html>

<http://www.gastroliege.be/infos-patients/fiche-par-pathologie/colon-rectum/mici/>