


Laboratoire de Recherche sur les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin
Société Algérienne d' Hépatogastroentérologie
Sixième Rencontre autour des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin
Alger le 9 Novembre 2011

Histoire Naturelle de la Maladie de Crohn à Alger

- Evolution de l'activité de la maladie luminale dans le temps
- Incidence et caractéristiques de la première exérèse chirurgicale

Etude Prospective

Introduction

- MC : Affection inflammatoire chronique granulomateuse transparietale touchant l'ensemble du TD ;
- Lésions ulcératives , sténosantes et fistulisantes
- Dc = Fx d'arguments cliniques , morphologiques , histologiques et évolutifs :  **Phénotype de la maladie +++**
Absence de marqueur pathognomonique
- Pathogénie inconnue , multifactorielle :
 - Facteur génétique
 - Facteur d'environnement (flore bact. et tabac ++)
 - Facteur immunitaire

Histoire Naturelle de la MC

- Imprévisible et mal connue :
 - Rareté des études longitudinales à long terme
 - Hétérogénéité des travaux (méthodologie et critères d'évaluation)
 - Absence de méta analyses
- L' évolution anatomique à long terme de la MC comporte 2 phases :
 - Une phase précoce : **ACTIVITE INFLAMMATOIRE + + + +**
 - Une phase évoluée : Tendence vers l'extinction de l'activité inflammatoire → **Lésions fibreuses + +**
COMPLICATIONS – CHIRURGIE

Objectifs

- Evolution dans le temps de l'activité de la maladie luminale
- Incidence et caractéristiques de la première exérèse intestinale (MAP Exclues)

Patients et Méthodes (1)

- Cette étude a concerné initialement tous les patients atteints de MC hospitalisés ou suivis au niveau du service d'HGE du CHU Mustapha du 1 /1/2000 au 31/12 /2004 .
- Ces patients ont été inclus dans une étude prospective du 1/1/2005 au 31/12/ 2009.
- Tous nos patients ont été suivis au moins 5ans.

Patients et Méthodes (2)

- **Critères d'inclusion**

- Sujets des deux sexes âgés de plus 16 ans
- MC non compliquée et jamais opérée ;

- **Critères de non-inclusion :**

- Formes d'emblée graves /Fulminantes
- Formes localisées au rectum
- Formes anales ou proximales isolées
- Les patients indisciplinés ou refusant de se soumettre à des contrôles réguliers ou dans l'impossibilité de s'y présenter.

Patients et Méthodes (3)

- Critères diagnostiques= Critères de Lennard-Jones
- Critères de distribution anatomique = Classification de Montréal
- Intensité de la poussée : Indice d'Harvey-Bradshaw
- L'activité globale de la maladie : pourcentage de patients ayant présenté une poussée nécessitant un traitement (médical ou chirurgical) au cours de l'année
- Etude statistique : Tests t de Student Fisher, Khi 2, U de Mann Whitney

Résultats

Caractéristiques générales de la cohorte à l'inclusion

	n=226
Sexe : Hommes: Femmes :	 103(45,6%) 123(54,4%)
Age de début : Age <20 ans 20 ans <Age <40 ans Age> 40 ans Age au moment du diagnostic (années) Age à l'inclusion (années)	 29(12,8%) 160(70,8%) 37(16,4%) 30,3 36,6
Formes Familiales	16(7%)
Durée de la maladie avant l'inclusion (années)	4,2
Nbre moy de poussées /an avant l'inclusion	0,67
Manifestations extra-intestinales	41 (18,1%)
Tabac Fumeurs Anciens fumeurs Non Fumeurs	 41(18,1%) 15(6,7%) 170(75,2%)

Localisation des lésions à l'inclusion

	n et %
• Intestin Grêle + Colon	116(51,4%)
• Grêle seul	67(29,6%)
• Colon seul	43(19%)
• Lésions proximales associées	13(5,7%)
• Lésions périnéales associées	58(25,6%)

Type anatomique des lésions à l'inclusion

	n (%)
Formes Inflammatoires	92(40,7%)
Formes Sténosantes	76(33,6%)
Formes Pénétrantes	58(25,7%)

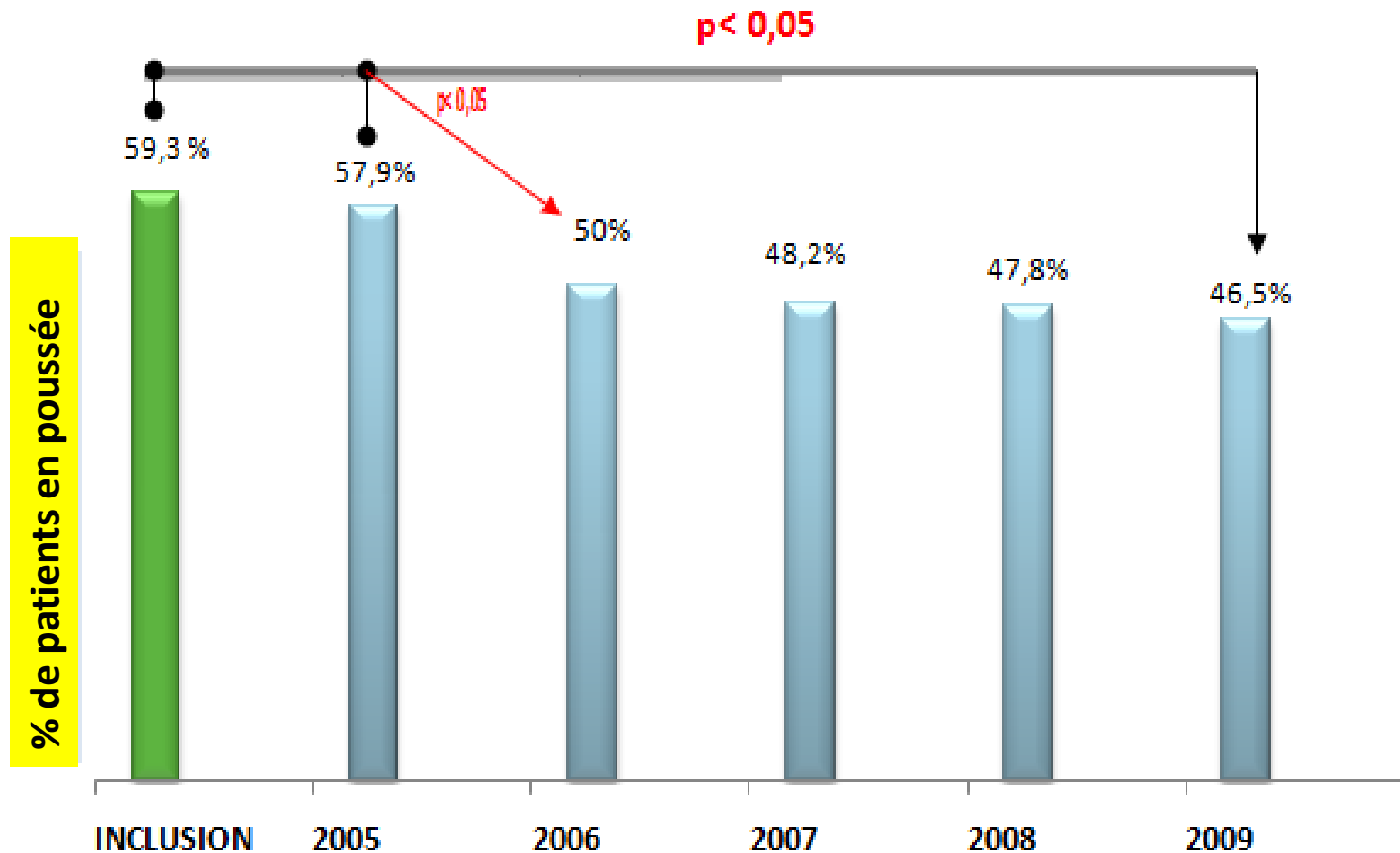
Caractéristiques thérapeutiques à l'inclusion

Traitements	n(%)
- Mesalazine	137(60,6%)
- Corticoïdes	38(16,8%)
- Immunosuppresseurs	32(14,1%)
- Sans traitement	69(30,5%)

Evolution dans le temps de l'activité de la maladie luminale

ACTIVITE CLINIQUE GLOBALE DE LA MALADIE DANS LE TEMPS

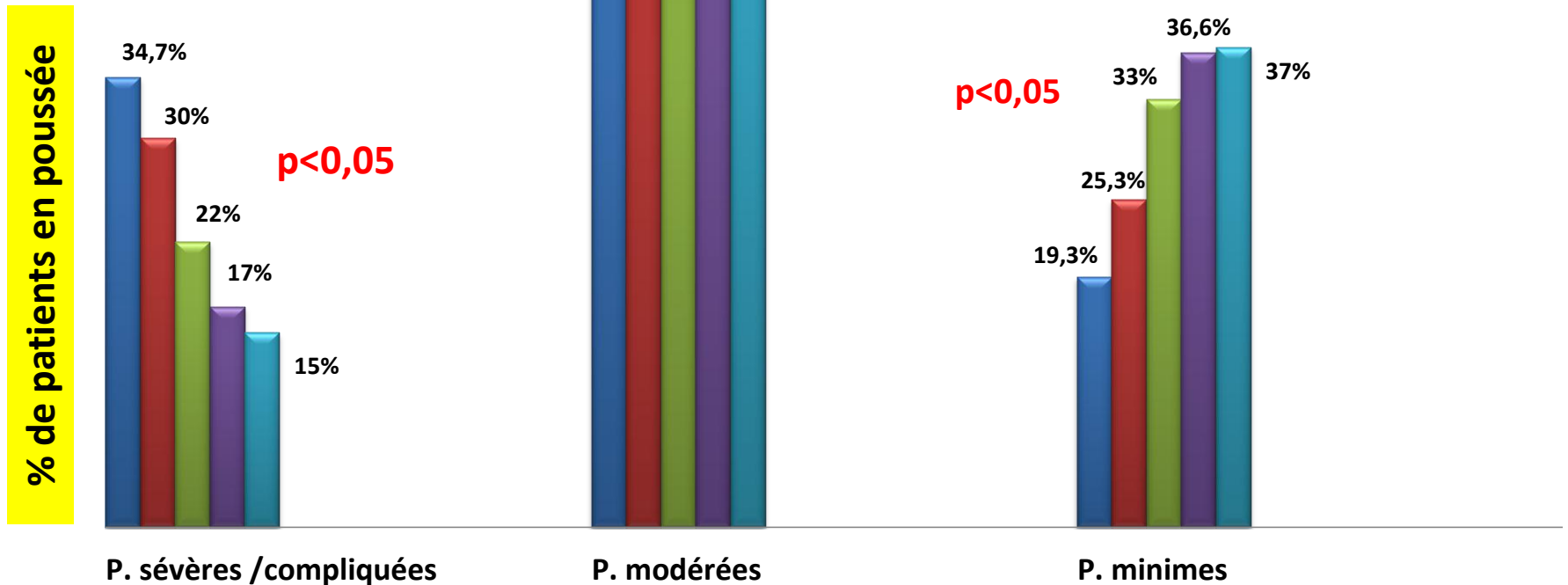
Diminution de l'activité clinique de la MC luminale avec le temps



EVOLUTION DE L'INTENSITE DES POUSSEES DANS LE TEMPS

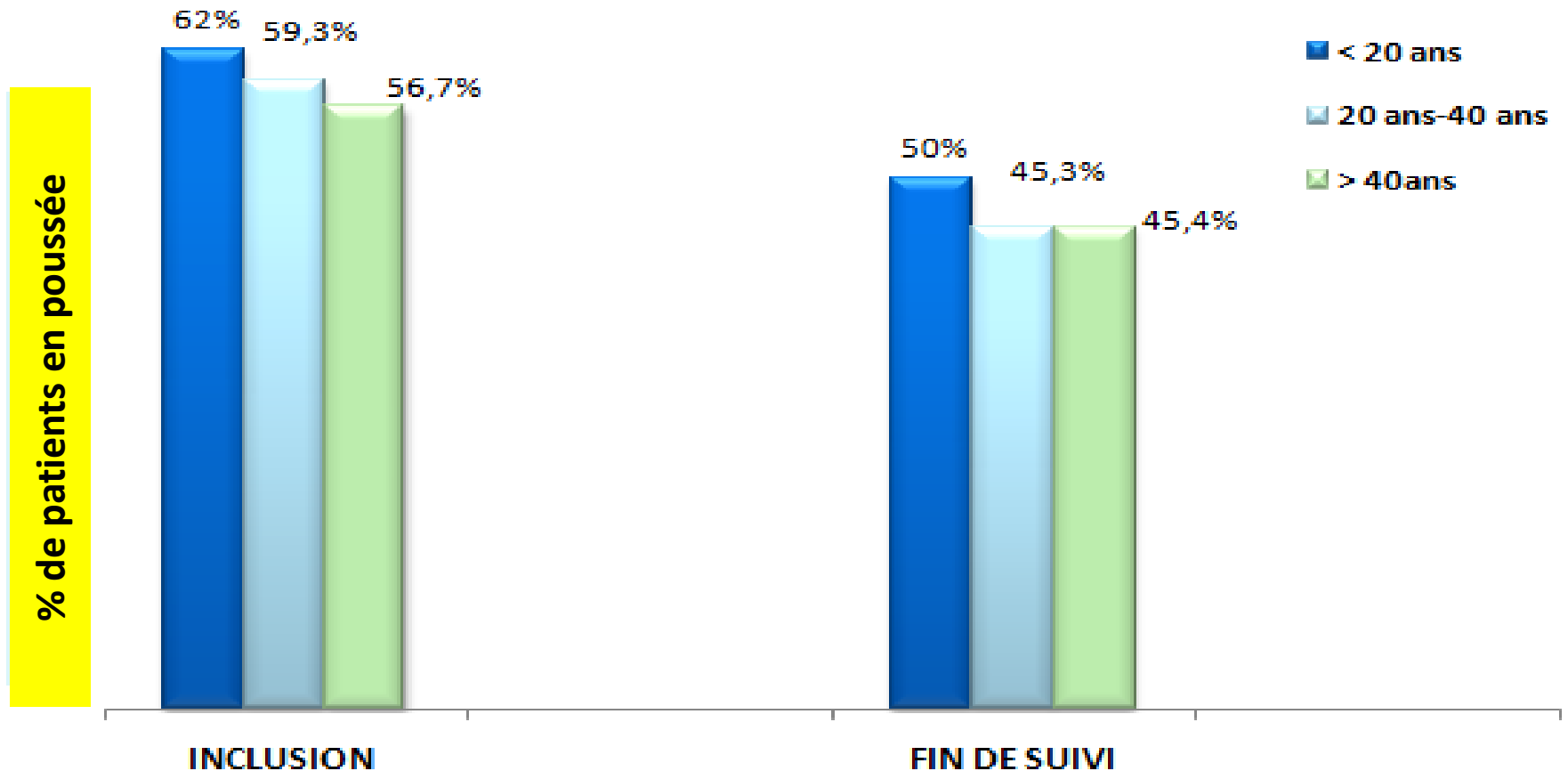
Réduction du potentiel évolutif de la MC luminale avec le temps

■ 2005 ■ 2006 ■ 2007 ■ 2008 ■ 2009

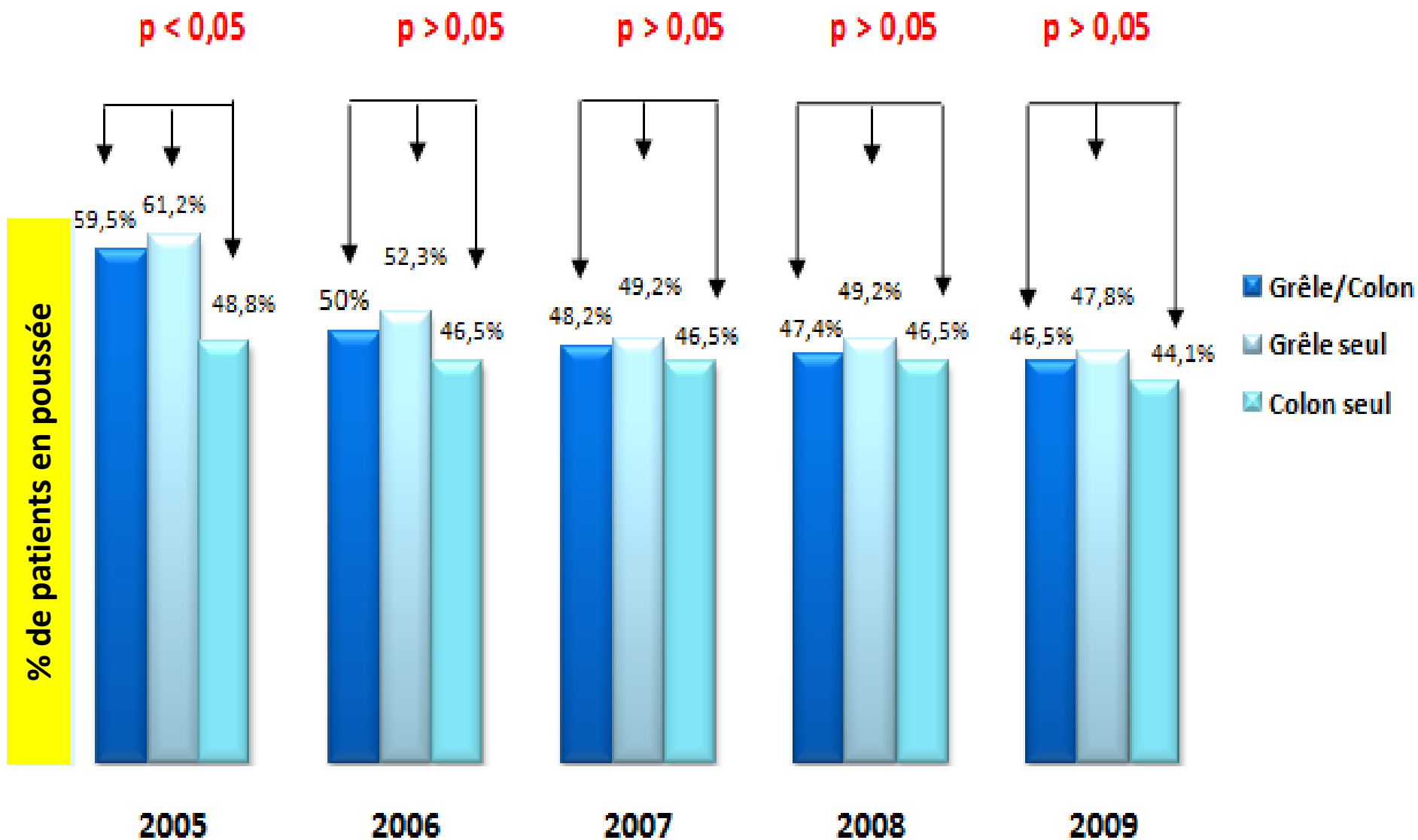


ACTIVITE CLINIQUE DE LA MALADIE LUMINALE EN FONCTION DE L'AGE DE DEBUT

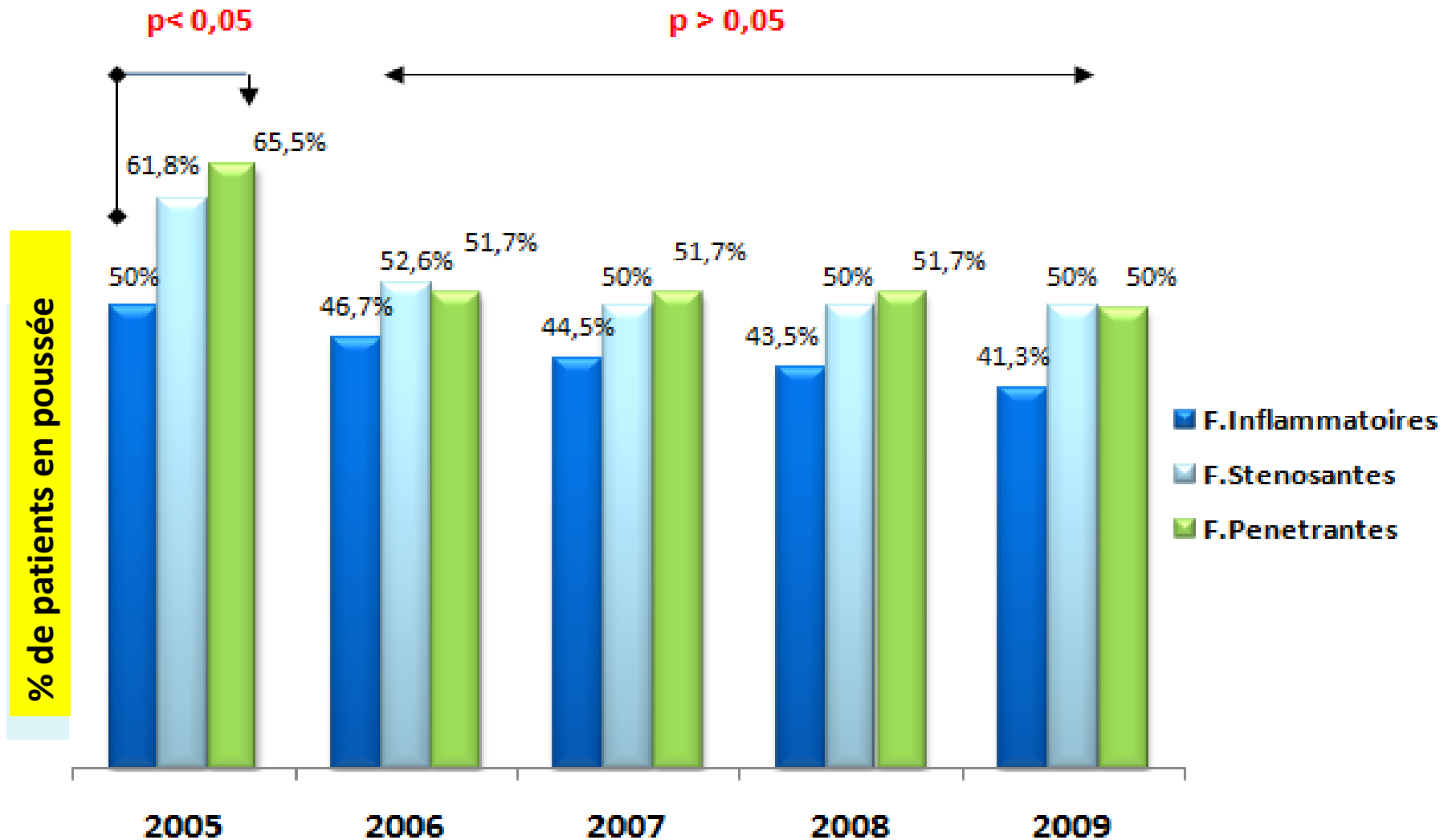
p>0,05



ACTIVITE CLINIQUE DE LA MALADIE LUMINALE DANS LE TEMPS EN FONCTION DE LA LOCALISATION INITIALE



ACTIVITE CLINIQUE ANNUELLE DE LA MALADIE LUMINALE EN FONCTION DU TYPE LESIONNEL

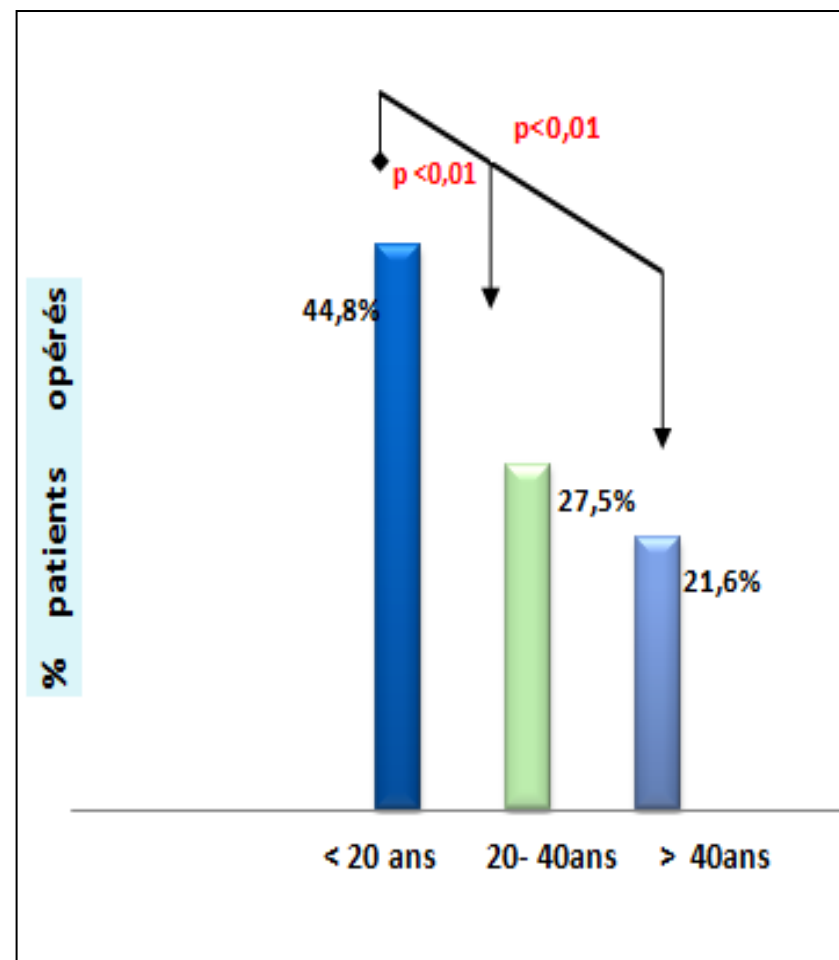
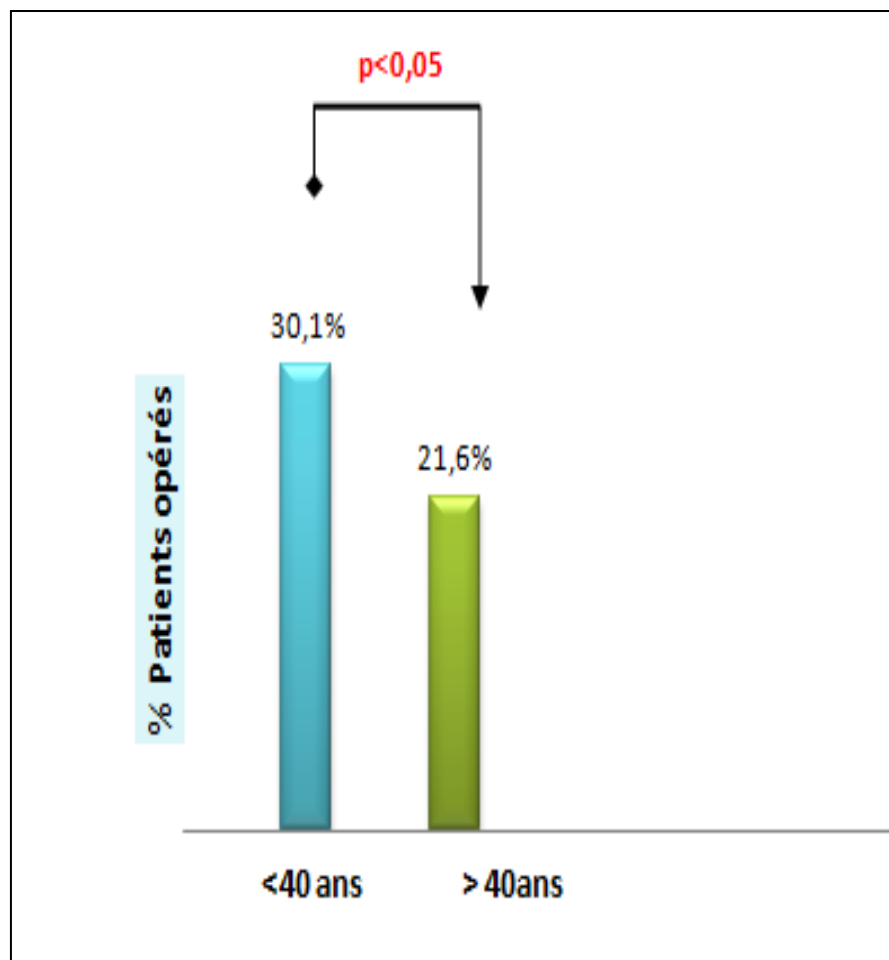


**Incidence et caractéristiques
de la première exérèse chirurgicale intestinale**

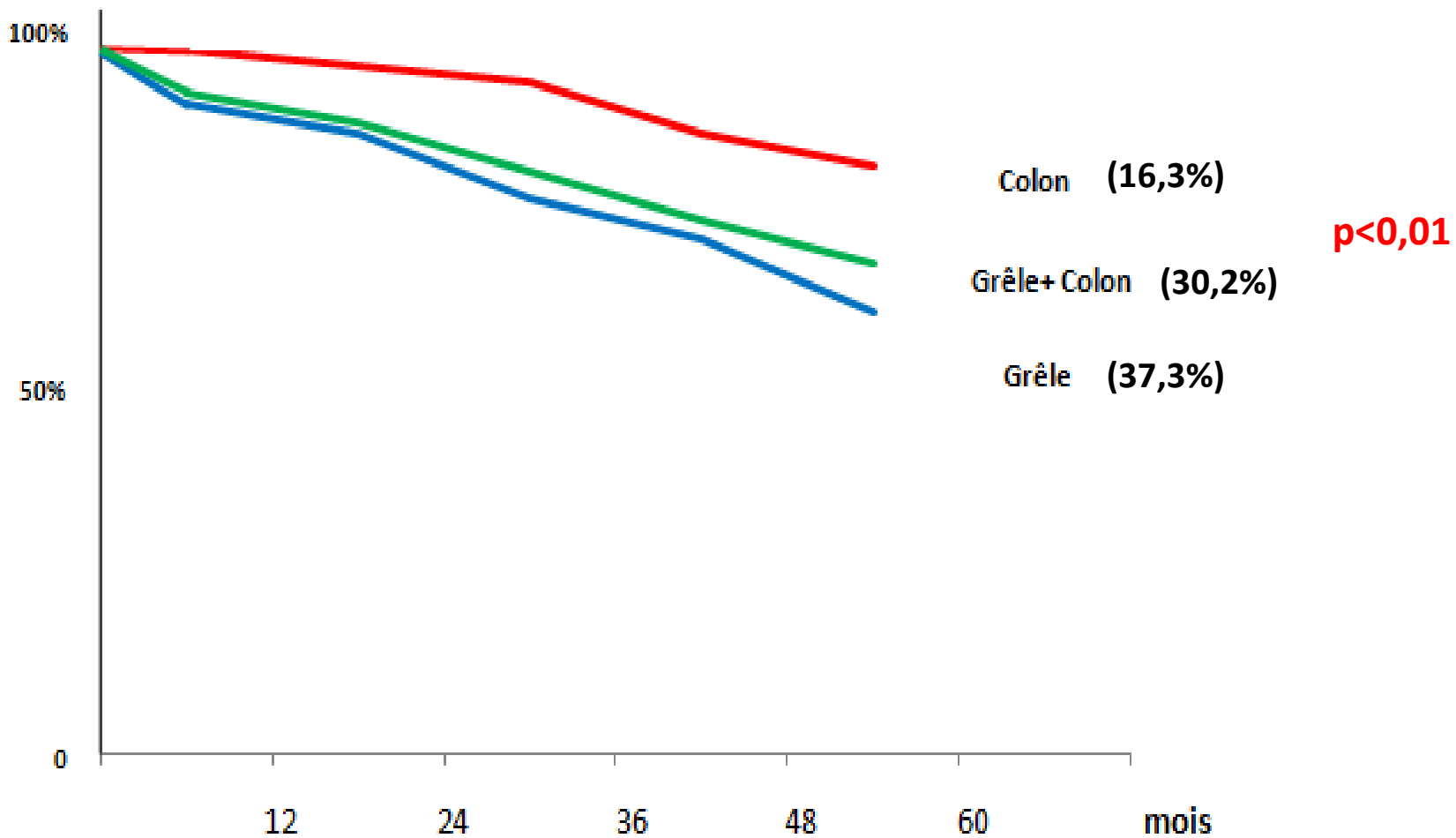
INCIDENCE CUMULEE GLOBALE DE LA PREMIERE EXERESE INTESTINALE

	Nombre total de patients	% Patients opérés	
2005	12	5,3%	} 4%
2006	21	9,3%	
2007	36	15,9%	
2008	51	22,6%	} 7%
2009	67	29,6%	

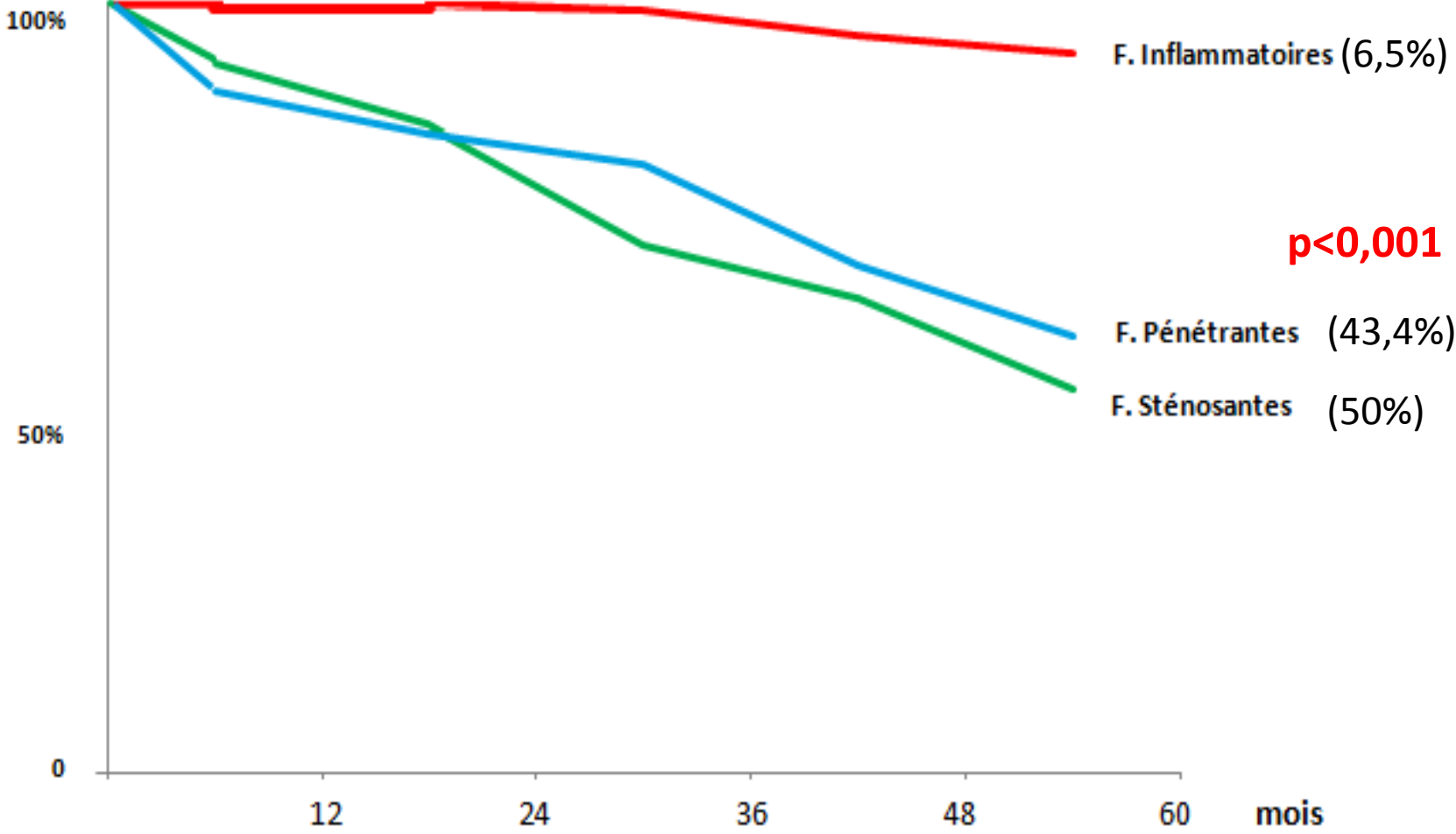
PROPORTION DES PATIENTS OPERES EN FONCTION DE L'AGE DE DEBUT DE LA MALADIE



COURBE ACTUARIELLE DE LA PREMIERE EXERESE CHIRURGICALE EN FONCTION DE LA LOCALISATION DES LESIONS INTESTINALES A L'INCLUSION



COURBE ACTUARIELLE DE LA PREMIERE EXERESE CHIRURGICALE EN FONCTION DU TYPE ANATOMIQUE A L'INCLUSION



Indications opératoires de l'exérèse intestinale en urgence

(n=24 /226 ; 10,6%)

• Occlusion intestinale aigue	9
• Perforation iléale	2
• Abcès abdominal	7
• Fistule entero vésicale	2
• Colite aigue sévère	3
• Hémorragie digestive grave	1

Indications de l' exérèse intestinale selon la localisation initiale des lésions

Indications d'urgence (10,6%)

Indications	Grêle/colon n=35	Grêle seul n=25	Colon seul n=7
Occlusion intestinale aigue	6/13 (46,1%)	3/8(37,5%)	0
Perforation iléale	1	1	0
Abcès abdominal	4/14 (28,6%)	3/8(37,5%)	0
Fistule Entero- vésicale	1	1	0
Colite aigue sévère	1	0	2
Hémorragie digestive grave	0	0	1

Discussion

Evolution dans le temps de l'activité clinique de la MC (1)

- L'activité de la maladie subit des modifications dans le temps :
Intense au cours de la 1ere année puis diminue au cours des années suivantes:
 - Réduction de la fréquence des poussées ;
 - Augmentation de la proportion des patients en rémission;
- Forme chronique active = 1% (à long terme)

Munkholm P. Scand J Gastroenterol 1995 ; 30 : 699- 706

Loftus EV . Gastroenterology Clinics of North America March 2002: 1 – 20

Silverstein MD . Gastroenterology, 1999; 117: 49-57

Veloso FT . Inflammatory Bowel Disease 2001 (4);306-313

Solberg IC, Clin Gastroenterol Hepatol 2007 ; 5 : 1430 – 8 .

Evolution dans le temps de l'activité clinique de la MC (2)

Notre travail prospectif mené sur une période de 5ans :

1- Tendence à l'extinction de l'activité clinique de la maladie luminale au fil du temps

- Déclin progressif de l'activité de la maladie : 57,9% → 46,5%
- Diminution de la fréquence des poussées sévères : 34,7% → 15%
- Augmentation parallèle des poussées minimales : 19,3 % → 37%

Evolution dans le temps de l'activité clinique de la MC (3)

2- **Activité clinique de la Maladie luminale :**

Indépendante de l'âge de début

Formes sténosantes et pénétrantes = Plus actives

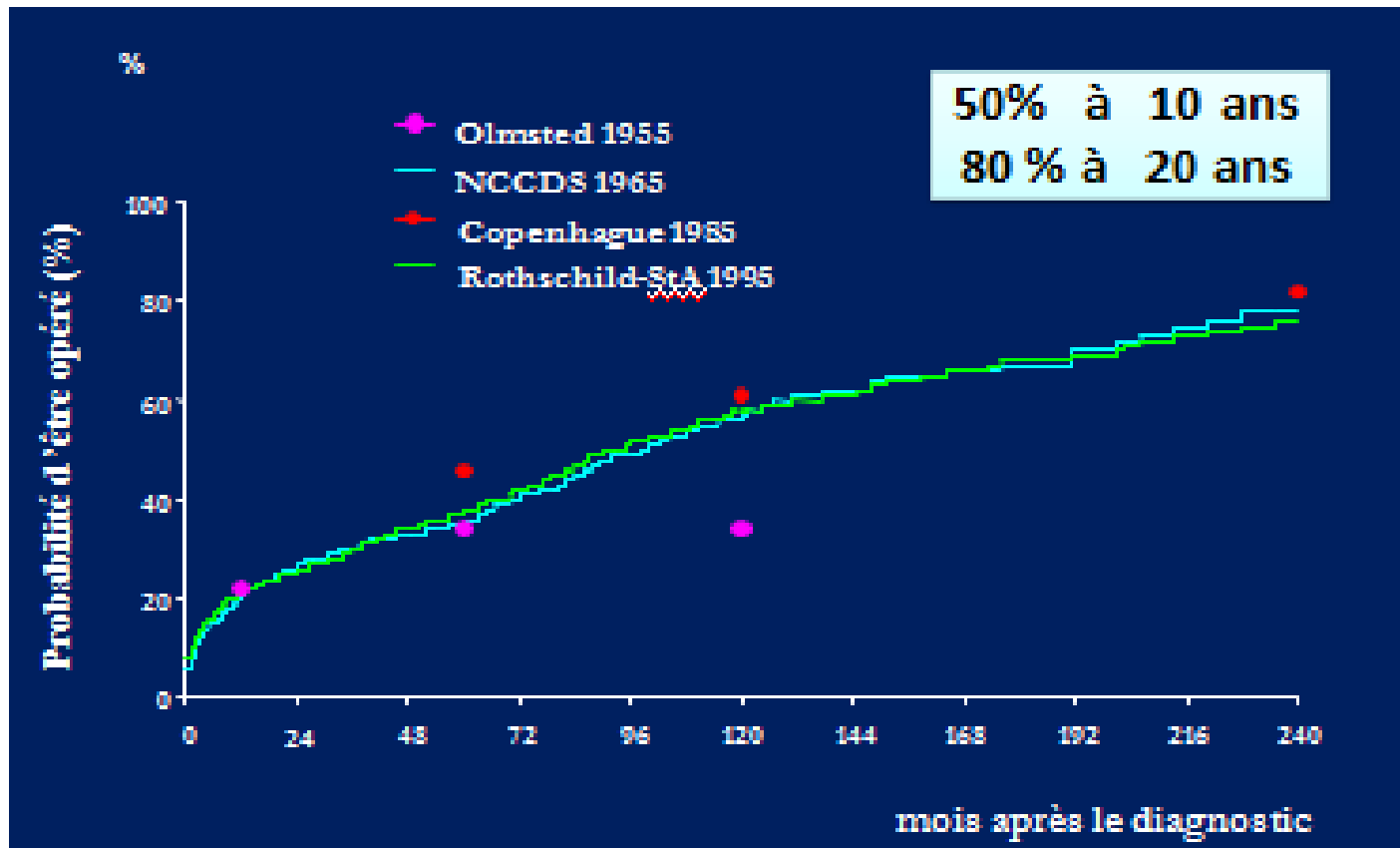
Topographie mixte et Grêle seul = Plus actives

- Cosnes : Formes inflammatoires et pénétrantes +++++
- Veloso : Formes mixtes iléo-coliques +++++

Cosnes J, IBD 2002

Veloso IBD 2001

Risque d'exérèse chirurgicale



- Relative stabilité du taux d'exérèse chirurgicale avec le temps
- Influence des traitements IS et anti-TNF sur le risque d'exérèse chirurgicale ??????

Risque d'exérèse chirurgicale

- **Notre étude :**

Le risque de la première exérèse intestinale était de 29,6% à 5ans

FDR = Age de début < 20ans (44,8%)

Localisation : Mixte (30,2%) et Grêle seul (37,6%)

Lésions Sténosantes (50%) et Pénétrantes (39,6%)

- **Nos résultats sont superposables à ceux de Wolters , Henriksen , Solberg**

Agrez MV Mayo Clin Proc 1982; 57: 747-52

Dhillon SL. AJG 2005; 100 (Suppl) : S305

Binder V, Gut 1985 ; 26 : 146 – 150

Henriksen M Scand J Gastroenterol 2007; 42: 602- 10

Solberg IC, Clin Gastroenterol Hepatol 2007 ; 5 : 1430 – 8

Wolters Gut 2006

Conclusion (1)

Les données prospectives recueillies dans ce travail sur une période de 5 ans montrent que :

- L'activité globale de la MC tend à diminuer avec le temps et à devenir moins sévère, traduisant probablement une légère tendance à l'extinction de la maladie au fil du temps ; la sévérité est initialement plus importante dans les localisations mixtes et isolées du grêle et dans les formes sténosantes et pénétrantes. L'évolution dans le temps de l'activité de la MC n'était pas influencée par l'âge de début de la maladie

Conclusion (2)

- Le recours à la première exérèse intestinale était de 29,6% à 5ans et avait concerné souvent précocement les sujets âgés de moins de 20 ans présentant des lésions sténosantes et/ou pénétrantes de localisation mixte (grêle et colon) ou exclusivement grêlique.