

LES STÉROÏDES POUR LE TRAITEMENT DES MICI EN PHASE AIGUE



**CROHN COLITE
SUISSE**

Association Suisse de la maladie
de Crohn/Colite ulcéreuse
5000 Aarau · www.crohn-colite.ch

ac^ocent

Petit guide pour les personnes concernées



MENTION LÉGALE

Brochure de Crohn Colite Suisse, Association suisse de la maladie de Crohn et Colite ulcéreuse

Tirage: 6000 exemplaires

Éditeur:

Crohn Colite Suisse
Association suisse de la maladie de Crohn et Colite ulcéreuse
5000 Aarau
Téléphone/fax: 0800 79 00 79
bienvenue@crohn-colite.ch
Compte postal: 50-394-6

Direction de projet et rédaction:

Centerview GmbH
Dr. Nadine Zahnd-Straumann
info@centerview.ch

Traduction:

Jérôme Boudet, Flurina Krähenbühl

Conseil spécialisé:

Prof. Dr. med. Stephan Vavricka
Centre de gastroentérologie et d'hépatologie de Zurich-Altstetten
Vulkanplatz 8, 8048 Zurich-Altstetten

Reproduction et rediffusion, même par extraits, autorisées uniquement avec l'accord du comité de Crohn Colite Suisse.

Les photos utilisées dans cette brochure n'ont pas forcément un lien direct avec le texte.

Réalisation:

Gutenberg Druck AG, Lachen
www.gutenberg-druck.ch

Relecture:

Franziska Landolt, www.1-2-fehlerfrei.ch

Actualisation: 1re édition, mars 2019

IBDnet

En collaboration avec l'IBDnet
www.ibdnet.ch

SOMMAIRE

- 3 Avant-propos
- 4 Que sont les maladies inflammatoires chroniques intestinales?
- 7 Que sont les corticoïdes?
- 9 Stéroïdes conventionnels
- 10 Stéroïdes topiques
- 12 Effets secondaires
- 13 Arrêt du traitement à base de stéroïdes
- 14 Vitamine D et calcium
- 15 Adhrez à Crohn Colite Suisse

AVANT-PROPOS



**Prof. Dr. med.
Stephan Vavricka**

Centre de
gastroentérologie
et d'hépatologie
de Zurich-Altstetten
Président d'IBDnet

Chère patiente, cher patient,

Aujourd'hui en Suisse, environ 16 000 personnes sont atteintes d'une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI).

Une maladie inflammatoire chronique intestinale comme la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse est incurable et accompagne le patient tout au long de sa vie. Les MICI évoluent de manière très différente et difficilement prévisible. Bien souvent, elles se distinguent par des poussées récurrentes et par des périodes au cours desquelles la maladie se fait moins présente. Une approche combinant plusieurs thérapies est nécessaire pour maîtriser le plus rapidement possible les symptômes, notamment en raison du caractère imprévisible et soudain des poussées.

Les corticoïdes représentent un élément important dans le traitement des MICI, surtout en phase aigüe. Cette brochure vise à apporter des réponses aux questions sur la thérapie à base de stéroïdes, mais ne doit en aucun cas remplacer une visite médicale. Votre médecin traitant et vous-même devrez décider quelle est la thérapie la plus judicieuse pour vous. Cette décision ne dépendra pas seulement du degré de gravité de la maladie, mais aussi de facteurs personnels, familiaux et professionnels.

Salutations amicales

Prof. Dr. med. Stephan Vavricka

Centre de gastroentérologie et d'hépatologie de Zurich-Altstetten
Président d'IBDnet

QUE SONT LES MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES INTESTINALES?

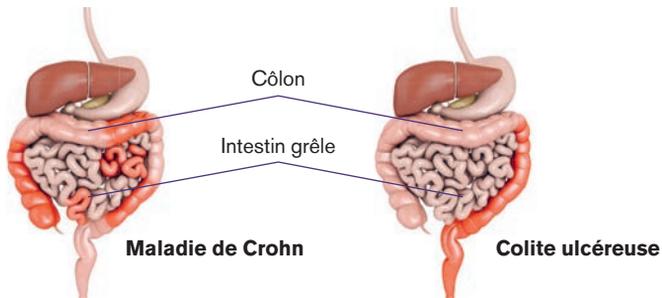
La maladie de Crohn et la colite ulcéreuse: des maladies chroniques incurables

Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) telles que la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse accompagnent les patients tout au long de leur vie et sont incurables. Les symptômes varient d'un patient à l'autre; ils sont très variés et vont des légers maux de ventre aux douleurs de type colique et diarrhées répétées. Maux de ventre, diarrhée, fièvre, saignements du rectum, abcès et fistules: tels sont les symptômes les plus fréquents. Chez environ un tiers des patients, d'autres affections en lien avec les MICI apparaissent, comme des inflammations articulaires, cutanées ou oculaires. Les patients atteints d'une MICI souffrent souvent de fatigue, ils ressentent un état de faiblesse qui diminue leurs performances.

Quelles sont les différences entre la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse?

Dans le cas de la maladie de Crohn, la totalité de l'appareil digestif, de la bouche jusqu'à l'anus, peut être touchée par des lésions et des inflammations de la muqueuse. Les symptômes de la colite ulcéreuse, eux, sont limités au gros intestin (côlon). Dans le cas de la colite ulcéreuse, l'inflammation de la muqueuse concernée se situe en surface sur une zone étendue. Dans le cas de la maladie de Crohn, les foyers d'inflammation peuvent atteindre les tissus intestinaux et former des connexions vers d'autres organes. Ces connexions sont appelées fistules.

La maladie de Crohn et la colite ulcéreuse apparaissent en différents endroits de l'appareil digestif.

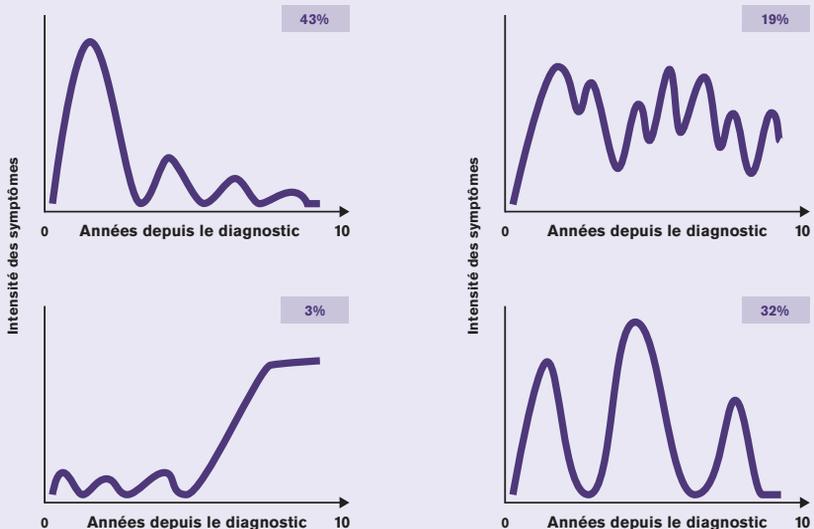


Diagnostic d'une MICI: à quoi devez-vous vous attendre?

L'évolution d'une MICI varie d'un patient à l'autre et est imprévisible: des phases avec une faible activité de la maladie peuvent être suivies de poussées graves. Certains patients connaissent rarement des poussées de la maladie, tandis que chez d'autres, les symptômes de la maladie sont récurrents et fréquents. L'évolution de la maladie dépend des parties atteintes dans l'appareil digestif et du stade d'évolution de la maladie. Par conséquent, chaque patient doit être suivi et conseillé individuellement. Des visites médicales régulières et une thérapie adaptée sont nécessaires pour maîtriser la maladie.

Étude IBSEN: parmi 4 modèles théoriques et prédéfinis d'évolution de la maladie, les patients choisissent celui qui correspond le mieux à leur situation (n=197).

Solberg IC, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5:1430-8 Données manquantes: 3%



Chez à peine la moitié des personnes atteintes de la maladie de Crohn, une première poussée de la maladie survient, puis les symptômes s'estompent ensuite. En revanche, chez un tiers des patients, la maladie évolue de manière chronique et se manifeste par des poussées continues.

Facteurs de risque et complications

Les douleurs permanentes liées aux MICI ou les poussées récurrentes de la maladie provoquent des lésions irréversibles de l'intestin. Des complications peuvent se produire suite à ces lésions: certaines parties de l'intestin ne fonctionnent plus correctement et l'intestin ne peut plus assimiler les nutriments issus de l'alimentation. Lorsqu'elles ne sont pas

contrôlées, les inflammations chroniques de l'intestin peuvent, dans le cas de la maladie de Crohn, entraîner des rétrécissements, des fistules et des abcès. Dans de tels cas, une intervention chirurgicale est inévitable. Les enfants atteints de MICI souffrent quant à eux de troubles de la croissance.

Les complications types de la colite ulcéreuse sont les saignements abondants, le cancer de l'intestin et le mégacôlon toxique (dilatation du côlon avec risque de perforation du côlon et de péritonite).

Le principal facteur pouvant provoquer l'apparition de complications est une thérapie inadaptée. Vous devez vous entretenir avec votre médecin à propos des facteurs de risque individuels, comme par exemple le tabagisme si vous souffrez de la maladie de Crohn.

Un démarrage rapide de la thérapie peut permettre d'éviter les complications

Pour maîtriser les symptômes et améliorer leur qualité de vie, les patients ont bien souvent besoin d'un traitement à vie. Toute thérapie vise à apaiser le plus possible les symptômes afin que le patient puisse mener une vie normale. Une bonne maîtrise des symptômes de la maladie est essentielle car l'inflammation chronique peut provoquer des lésions irréversibles de l'intestin. Des complications peuvent alors survenir.

La pyramide thérapeutique: soulager rapidement et durablement les symptômes

L'objectif principal d'un traitement d'une MICI est de soulager les douleurs et d'éviter l'apparition d'inflammations dans le tube digestif. Il n'existe à l'heure actuelle aucune thérapie garantissant la guérison. En revanche, il existe des médicaments et des options thérapeutiques efficaces, permettant de réduire sensiblement les symptômes.

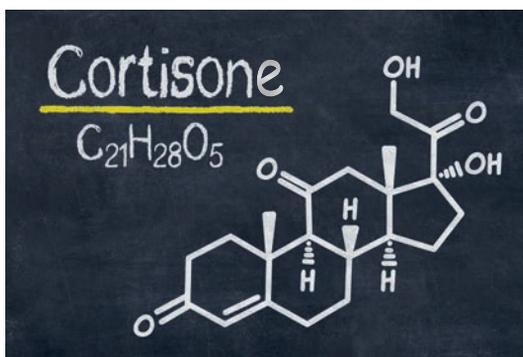
Aujourd'hui, l'objectif de toute thérapie d'une MICI n'est pas seulement de parvenir à une cicatrisation de la muqueuse intestinale, mais aussi de maîtriser intégralement la maladie avec une rémission histologique sans corticoïdes. La première étape thérapeutique - et la plus importante - est de parvenir rapidement à la rémission (diminution des symptômes). Pour ce faire, on utilise souvent des médicaments à effet rapide, dits immunomodulateurs, comme les corticoïdes. Lors de la deuxième phase thérapeutique, il convient de maintenir la rémission pendant une durée la plus longue possible et de contrôler ainsi durablement la maladie. En raison de leurs effets secondaires, les corticoïdes ne sont pas adaptés à cet effet. En fonction de la maladie et du degré de gravité, on utilise de l'aminosalicylate, de l'azathioprine ou des médicaments biologiques. La thérapie d'entretien accompagne les patients tout au long de leur vie.

QUE SONT LES CORTICOÏDES?

La «cortisone», la «prednisone», les «stéroïdes» ou les «glucocorticoïdes» sont autant de désignations qui se rapportent au même groupe de médicaments. Les corticostéroïdes ou corticoïdes ressemblent à une hormone sécrétée par le corps humain dans les glandes surrénales, qui peut prévenir les réactions allergiques et inflammatoires. Ce sont des substances hautement efficaces qui peuvent agir en l'espace de quelques heures. C'est pourquoi les corticoïdes sont utilisés surtout pour les poussées de la maladie de gravité moyenne à élevée. Une amélioration des symptômes peut être observée au bout de 1 à 4 semaines. Une fois que les patients ne ressentent plus les symptômes de la maladie, ils doivent cesser de prendre des corticoïdes. En effet, une thérapie prolongée à base de corticoïdes peut présenter quelques effets secondaires irréversibles.

Les formes de stéroïdes sécrétées par l'organisme sont la cortisone, le cortisol et la corticostérone. Ces substances sont produites dans le cortex surrénal et possèdent une série de fonctions; elles agissent notamment dans la diminution de la pression artérielle et la réduction des hydrates de carbone et des protéines. Elles aident aussi le corps à s'adapter lors des sollicitations physiques.

Lorsqu'ils sont administrés sous forme médicamenteuse, les stéroïdes permettent notamment de réduire l'inflammation dans le cas de maladies inflammatoires chroniques intestinales comme la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse.



Dans quelle mesure les stéroïdes sont-ils efficaces dans le traitement des MICI?

Des études cliniques ont montré que les stéroïdes sont très efficaces lorsqu'ils sont utilisés lors d'une poussée active de la maladie, à la fois pour la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. En revanche, les stéroïdes semblent être peu efficaces lorsqu'il s'agit de maintenir une phase de rémission. Dès que le patient se trouve en phase de rémission, il doit alors arrêter le traitement à base de stéroïdes en raison de leur efficacité limitée et de leurs effets secondaires lors d'une thérapie d'entretien.

Quels sont les stéroïdes utilisés pour la thérapie et de quelle manière? Après leur prise sous forme de cachets, les stéroïdes normaux, «conventionnels», sont rapidement et pratiquement intégralement absorbés dans l'appareil digestif. Le médicament peut aussi être administré sous forme de perfusion. Les stéroïdes conventionnels agissent de manière très rapide et systématique dans tout le corps et permettent de soulager aussi des symptômes qui ne concernent pas l'intestin, mais qui sont en lien avec les MICI. Il s'agit notamment des inflammations oculaires, cutanées ou articulaires.

Étant donné que les stéroïdes peuvent, en marge de leur effet souhaité, également provoquer des effets secondaires et qu'il faut faire preuve de prudence lors de l'arrêt du traitement, d'autres stéroïdes qui agissent uniquement de manière localisée dans l'intestin, appelés stéroïdes «topiques», ont été mis au point. Les stéroïdes topiques sont administrés sous forme de cachets, granulés ou gélules ou sous la forme d'une crème rectale ou d'un lavement.

Pendant combien de temps?

En règle générale, une thérapie à base de stéroïdes ne doit pas durer plus de trois mois. Sinon, il faut s'attendre à des effets secondaires graves et durables. Si nécessaire, les stéroïdes topiques peuvent être utilisés pendant une durée plus longue, au maximum pendant six mois.

Résistance aux stéroïdes et dépendance aux stéroïdes

On parle de résistance aux stéroïdes lorsque, lors du traitement de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse, les symptômes ne peuvent plus être maîtrisés ou ne peuvent être intégralement supprimés malgré la prise de stéroïdes.

En revanche, si les symptômes réapparaissent peu de temps après la diminution progressive de la prise de stéroïdes, on parle alors de dépendance aux stéroïdes. Il faut dans ce cas mettre en place une thérapie alternative, par exemple à base d'immunosuppresseurs.

STÉROÏDES CONVENTIONNELS

Les stéroïdes conventionnels sont principalement utilisés en cas de poussées graves des maladies inflammatoires chroniques intestinales; une thérapie de longue durée, supérieure à trois mois, doit être évitée. En général, les patients ressentent une amélioration de leurs symptômes dès les premiers jours qui suivent le début de la thérapie. Les médicaments les plus fréquemment utilisés sont la prednisone et la prednisolone.

Comment les stéroïdes conventionnels sont-ils administrés?

Il n'existe pas de dosage fixe pour les corticoïdes en cas de maladies inflammatoires chroniques intestinales. En règle générale, en cas de poussée grave, il faut administrer par voie orale soit 40 à 60 mg par jour, soit 1 mg/kg de masse corporelle. Il faut toutefois tenir compte de la fréquence des diarrhées chez le patient. Si celle-ci est très élevée, la résorption des stéroïdes administrés par voie orale est fortement diminuée et une administration intraveineuse doit alors être envisagée. Ce type d'administration reste toutefois réservé aux formes les plus graves de MICI et nécessite une hospitalisation du patient.

Lors de la prise par voie orale, les symptômes s'estompent normalement au bout d'une à quatre semaines. Dans le cas d'une administration intraveineuse, une diminution des symptômes apparaît en l'espace de dix jours.

Effets secondaires des stéroïdes conventionnels

Les stéroïdes conventionnels agissent de manière systématique dans tout le corps. C'est pourquoi les patients ayant suivi un traitement à base de stéroïdes conventionnels pendant une durée prolongée sont davantage sujets aux effets secondaires (voir le chapitre «Effets secondaires»).

STÉROÏDES TOPIQUES

Les stéroïdes topiques agissent principalement dans la muqueuse du côlon et sont rapidement assimilés dans le corps. Cela s'explique par le fait que les stéroïdes topiques, après leur admission dans le tube digestif puis leur passage à travers le foie, sont de nouveau en grande partie assimilés par ce dernier avant qu'ils ne parviennent dans le reste du corps. Par conséquent, ils provoquent nettement moins d'effets secondaires que les stéroïdes conventionnels et peuvent, si nécessaire, être utilisés sur une période plus longue, pouvant atteindre six mois au maximum.

Quels sont les types de stéroïdes topiques et comment sont-ils administrés?

Les stéroïdes topiques sont principalement prescrits pour le traitement de la colite ulcéreuse et de la maladie de Crohn dans l'iléon et la



partie supérieure du côlon. On utilise le plus souvent le budésonide à raison d'une dose quotidienne de 6 à 9 mg sous la forme de cachets ou de gélules (Budenofalk®/-Uno et Entocort® pour la maladie de Crohn, Cortiment® MMX® pour la colite ulcéreuse), de mousse rectale (Budenofalk®) ou de lavement (Entocort®). L'application rectale est très efficace chez les patients atteints de colite ulcéreuse, chez lesquels seulement le côlon sigmoïde (les derniers 40 à 60 cm du côlon) est touché par une inflammation légère à moyennement grave.

Les traditionnels cachets, gélules et granulés de budésonide agissent uniquement de manière localisée chez les patients atteints de la maladie de Crohn, principalement au niveau de la transition entre l'intestin grêle et le côlon; environ 41 à 55% des personnes souffrant de la maladie de Crohn sont atteintes de cette inflammation iléo-cæcale.

En cas d'administration du budésonide MMX®, la substance agit sur une grande partie du côlon; c'est pourquoi ce mode d'administration peut être utilisé pour traiter la colite ulcéreuse, mais pas la maladie de Crohn.

Stéroïde topique	Homologué pour	Modes d'administration	
		Oral	Rectal
Budenofalk®/-Uno	Maladie de Crohn Colite collagène	x	x
Crème rectale Budenofalk®	Colite ulcéreuse		x
Cortiment® MMX®	Colite ulcéreuse	x	
Entocort®	Maladie de Crohn	x	x

Actualisation: février 2019

EFFETS SECONDAIRES

De nombreux patients pour lesquels des corticostéroïdes sont utilisés pour le traitement d'une inflammation de l'intestin souffrent d'effets secondaires liés à la thérapie, en particulier en cas de thérapie à base de stéroïdes conventionnels. Pratiquement toutes les personnes souffrant d'une maladie inflammatoire chronique intestinale connaissent ces symptômes.

Liste de symptômes:

- **Circulation sanguine:** hypertension, rétention d'eau (œdème) et donc prise de poids
- **Effets sur le métabolisme:** diabète, taux de cholestérol élevé, prise de poids, «faciès lunaire», «cou de taureau», troubles d'électrolyte, affaiblissement du système immunitaire
- **État psychologique:** au début de la thérapie, on constate souvent un état d'euphorie et d'insomnie; en cas de thérapie prolongée: état de fatigue, lassitude, faiblesse et dépression, psychose (agitation, agressivité), changements d'humeur
- **Peau:** acné prononcée, vulnérabilité accrue de la peau (fragilité, saignement interne), pilosité accrue, troubles de la cicatrisation
- **Yeux:** cataracte et glaucome
- **Estomac:** douleurs d'estomac, surtout en cas de prise simultanée d'antidouleurs: apparition d'ulcères
- **Métabolisme osseux:** perte de masse osseuse (ostéoporose)
- **Fonte musculaire**
- **Sur le plan hormonal:** inhibition de la fonction du cortex surrénalien, retard de croissance chez les enfants

ARRÊT DU TRAITEMENT À BASE DE STÉROÏDES

Si les stéroïdes sont pris pendant une durée supérieure à quelques jours, il est très important de ne pas arrêter brusquement le traitement, mais de réduire progressivement la dose en suivant les conseils d'un médecin. La production de cortisol par le cortex surrénal cesse quelques jours après le début de la prise de stéroïdes. Un arrêt brusque du traitement médicamenteux peut provoquer une grave lésion physique appelée insuffisance surrénale (surtout en cas de prise de stéroïdes conventionnels). Dans ce cas, la pression artérielle et le taux de glycémie ne sont plus contrôlés. Différents symptômes peuvent survenir comme l'adynamie, la fatigue, la somnolence, la faible pression artérielle, des sensations de vertige au moment de se lever, des maux d'estomac, des troubles de la conscience, voire un dysfonctionnement complet de la circulation sanguine, entraînant un coma ou la mort.

Réduction progressive de la dose

En cas d'utilisation prolongée, l'arrêt du traitement à base de corticoïdes doit se faire seulement avec une réduction lente de la dose. En fonction de la durée de la thérapie, de la dose administrée et du degré de gravité de la maladie, la dose sera réduite par étapes de 10 mg à 2,5 mg.

Arrêt des stéroïdes – Quelle est la thérapie adaptée pour maintenir la phase de rémission de la maladie?

Si la prise de corticoïdes a permis de maîtriser la poussée aiguë de la maladie, il faut alors maintenir la phase de rémission le plus longtemps possible pour garantir au patient la meilleure qualité de vie possible.

Les patients atteints de la maladie de Crohn ou de colite ulcéreuse disposent de différentes options thérapeutiques pour maintenir une phase de rémission: traitement à base d'aminosalicylates, d'immunosuppresseurs ou de médicaments biologiques, de médicaments biosimilaires, sans oublier les nouveaux principes actifs, les «small molecules». Vous trouverez des informations détaillées à ce sujet dans la brochure Accent «Maladies inflammatoires chroniques intestinales: thérapies actuelles et futures».

VITAMINE D ET CALCIUM

D'une part, les corticoïdes interagissent avec l'équilibre électrolytique du corps et, d'autre part, ils perturbent le métabolisme de la vitamine D. En particulier en cas de thérapie prolongée et systématique à base de corticoïdes, cela peut entraîner une perte de masse osseuse (ostéoporose), avec pour conséquences une densité osseuse réduite et un risque accru de fractures osseuses.

Pour lutter de manière préventive contre la perte de masse osseuse, il est judicieux de prendre régulièrement du calcium et de la vitamine D3. De plus, pendant une thérapie prolongée à base de corticoïdes, il est important d'effectuer régulièrement des analyses de sang et des mesures de densité osseuse chez le médecin.



ADHÉREZ À CROHN COLITE SUISSE

et soutenez durablement notre association!

Vous pouvez également adhérer sur notre site Internet: www.crohn-colite.ch



Formulaire d'adhésion

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Je suis atteint/e de la maladie de Crohn et je souhaite adhérer à Crohn Colite Suisse (cotisation annuelle de CHF 60.–) | <input type="checkbox"/> Je souhaite soutenir Crohn Colite Suisse (cotisation annuelle de CHF 60.–) |
| <input type="checkbox"/> Je suis atteint/e de colite ulcéreuse et je souhaite adhérer à Crohn Colite Suisse (cotisation annuelle de CHF 60.–) | <input type="checkbox"/> Je fais un geste pour l'environnement et je souhaite recevoir toutes les informations uniquement par e-mail |

**Coupon à découper et à retourner à Crohn Colite Suisse,
5000 Aarau ou par e-mail à bienvenue@crohn-colite.ch**

Nom/prénom

.....

Adresse

.....

NPA/ville

.....

Profession

.....

Date de naissance

.....

Téléphone personnel

.....

E-mail

.....

Ville, date

.....





Crohn Colite Suisse

5000 Aarau

www.crohn-colite.ch

Compte postal pour les dons: 50-394-6

0800 79 00 79

bienvenue@crohn-colite.ch

Avec l'aimable soutien de:

