

Symposium Abbott

© Springer-Verlag France 2012

17

Symposium prise en charge des rectites à l'heure des biothérapies

P. Marteau¹, L. Siproudhis²

¹Université Paris-Diderot, Sorbonne-Paris-Cité & AP-HP, hôpital Lariboisière, département médicochirurgical de pathologie digestive, F-75010, Paris, France

²Service des maladies de l'appareil digestif, CHU Pontchaillou, 2, rue Henri-Le-Guilloux, F-35033 Rennes cedex 09, France

Objectifs pédagogiques

Les objectifs ci-dessous seront soulevés par des « situations cliniques » synthétiques :

- connaître les stratégies thérapeutiques de première intention d'une rectite de RCH (quoi, comment, combien de temps) ;
- savoir définir une rectite réfractaire ;
- connaître les formes trompeuses de rectites de RCH (rectites spécifiques chroniques) et les stratégies qui en découlent ;
- connaître les stratégies thérapeutiques médicamenteuses alternatives aux corticoïdes et aux dérivés aminosalicylés ;
- connaître les résultats des biothérapies dans cette indication ;
- placer les biothérapies dans l'algorithme de prise en charge thérapeutique des rectites de RCH.

La prise en charge des rectites cryptogénétiques est assez bien codifiée en première intention et fait l'objet de recommandations consensuelles comme celles de l'ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation). Les principaux agents efficaces sont les aminosalicylés, les corticostéroïdes (dont l'emploi doit être limité), l'azathioprine et les anti-TNF α . De nombreuses autres molécules ou traitements non médicamenteux font l'objet de recherches. La localisation de la maladie autorise des traitements non seulement par voie orale (ce qui nécessite des galéniques particulières en cas de médicament d'action topique) ou systémique, mais aussi par voie rectale : suppositoires, mousses, ou lavements.

Les recommandations européennes ECCO de traitement basées sur l'analyse de la littérature ont été publiées en 2007 et des recommandations britanniques plus concises en 2011 (quasi identiques).

Dans les poussées de rectites minimales ou modérées, les suppositoires de 5-ASA à la dose de 1 g/j sont recommandés.

En cas d'échec au traitement de première ligne précédemment décrit et en absence d'aggravation ou d'extension de la rectite, trois stratégies peuvent être suivies qui n'ont pas été comparées entre elles : l'association de 5-ASA oral (au moins 2 g/j) au 5-ASA local, un traitement local stéroïde pour une durée de 28 jours ou l'association de 5-ASA local avec stéroïde local.

En cas d'échec après au moins deux (certains disent trois) mois de traitement combiné bien conduit, la rectite est dite réfractaire. Le traitement peut alors suivre la même logique que celui de la RCH plus étendue (en prescrivant alors la corticothérapie orale, habituellement à la dose de 40 mg/j).

En cas d'échec ou d'intolérance aux aminosalicylés et stéroïdes, un traitement anti-TNF α est indiqué. Il sera utilisé le plus souvent non seulement pour induire la rémission, mais aussi pour la maintenir. L'infliximab est utilisé par voie veineuse à la dose de 5 mg/kg après avoir écarté une contre-indication. L'adalimumab (40 mg SC toutes les deux semaines après une première injection de 160 mg) doit avoir une AMM fin 2012 dans l'indication de la RCH comme l'infliximab. L'efficacité de ces deux anti-TNF α n'a pas été comparée, mais semble voisine.

Pour en savoir plus

Marshall JK, Thabane M, Steinhart AH, et al (2010) Rectal 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* (1):CD004115

Travis S, Stange F, Lémann M, et al (2008) For the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis: Current management. *J Crohn's Colitis* 2:24–62

Mowat C, Cole A, Windsor A, et al (2011) Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 60:571–607

Bouguen G, Roblin X, Bourreille A, et al (2010) Infliximab for refractory ulcerative proctitis. *Aliment Pharmacol Ther* 31:1178–85

Sandborn WJ, van Assche G, Reinisch W, et al (2012) Adalimumab induces and maintains clinical remission in patients with moderate-to-severe ulcerative colitis. *Gastroenterology* 142:257–65