



Marc Bradette,  
M.D., FRCPC, CSPO, profes-  
seur clinicien, département  
de gastroentérologie, Pavil-  
lon Hôtel-Dieu de Québec,  
Québec (Québec).

## Soins complets aux patients dans le cadre du traitement de la colite ulcéreuse

Grâce à ce cahier spécial du *Journal of Current Clinical Care* (JCCC), nous cherchons à offrir aux professionnels de la santé communautaire un aperçu clinique pratique sur la prise en charge des patients atteints de colite ulcéreuse (CU), qu'il s'agisse de patients venant de recevoir un diagnostic ou de patients ayant répondu au traitement et qui sont maintenant en rémission. Avec ce cahier, nous cherchons également à soutenir ces professionnels lors de la prise en charge de tels patients. Les articles figurant dans ce cahier discutent des soins quotidiens pour les patients venant de recevoir un diagnostic de CU, pour lesquels un choix thérapeutique pour un traitement de première intention, comme les 5-aminosalicylates, peut être adapté. De plus, chaque article parle d'expériences cliniques concrètes, ce qui montre comment les soins aux patients dans la réalité ont influencé la pratique. Les médecins investissent considérablement de temps et de ressources pour conseiller et éduquer leurs patients au moment du diagnostic, et ce supplément cherche à partager les meilleures pratiques et idées afin d'améliorer le dialogue et, plus important encore, les résultats cliniques.

L'étiologie de la colite ulcéreuse reste en grande partie inconnue, et cette maladie chronique est incurable. En recevant leur diagnostic, les patients ont parfois du mal à accepter les limites souvent imposées par de telles maladies chroniques, et un manque de renseignements sur le pronostic et les options thérapeutiques ne fait qu'interférer davantage avec les soins continus; de tels problèmes se manifestent généralement par le non respect du traitement médicamenteux. Les patients venant de recevoir

un diagnostic ont besoin du soutien et des conseils de leur médecin. Les patients ont de nombreuses questions concernant leur maladie et les études ont montré que plus ils comprennent leur maladie et son traitement, plus ils respectent leurs schémas thérapeutiques. Cependant, de nombreux praticiens sont obligés d'estimer, par tâtonnements, combien de temps ils doivent consacrer au counseling du patient afin d'en optimiser les répercussions.

Dans leur article, James Gregor, John Howard, Nitin Khanna et Nilesh Chande, du London Health Sciences Centre (Université Western), expliquent que la plupart des patients ont des questions similaires suite à leur diagnostic de CU. Ils sont souvent anxieux et frustrés. Certains doutent de la nécessité de suivre une thérapie continue. Ce sont les médecins qui soignent ces patients qui doivent les éduquer à propos de la CU et les convaincre que la thérapie d'entretien est essentielle, même en période de rémission. Comme le Dr Gregor et ses collègues l'affirment, « L'un des atouts les plus importants dans la prise en charge des patients atteints de colite ulcéreuse consiste à avoir des patients bien informés. » À cet effet, ils présentent 10 questions fréquemment posées — cinq questions générales et cinq questions propres à un type particulier de CU — ainsi que les réponses associées, afin d'aider les médecins à communiquer de façon efficace avec leurs patients.

Geoffrey C. Nguyen, du Mount Sinai Hospital Centre for Inflammatory Bowel Disease, discute du respect du traitement médicamenteux durant la grossesse. Les 5-aminosalicylates ont un bon profil d'innocuité, appuyé par des décennies d'utilisation clinique<sup>1</sup>. Cependant, certaines préparations à

enrobage entérosoluble contenant du phtalate de dibutyle (DBP) ont soulevé des inquiétudes. Des études de toxicologie suggèrent que certains phtalates pourraient être associés à des toxicités endocriniennes et de la reproduction. Bien qu'on ne sache pas à quel point le DBP pose un risque pour les humains, les effets potentiels sur le développement reproducteur chez les fœtus suggèrent qu'il faut accorder une attention particulière au choix d'une préparation de 5-AAS pour une patiente en âge de procréer. Étant donné que si une patiente pense que son traitement médicamenteux est potentiellement nuisible elle le respectera d'autant moins, le D<sup>r</sup> Nguyen a insisté sur le fait que les médecins doivent expliquer à leurs patientes à quel point il est important qu'elles prennent leurs médicaments, afin « d'empêcher une rechute de la maladie, qui pourrait entraîner le plus d'effets indésirables sur la grossesse ». Il recommande d'entamer une telle discussion avant la grossesse avec toutes les patientes en âge de procréer, car le fait de changer de préparation de 5-AAS entraîne un faible risque hypothétique de rechute.

Un rapport de cas présenté par le D<sup>r</sup> Brian Bressler, du St Paul's Hospital, Université de la Colombie-Britannique, illustre à quel point il est important d'éduquer le patient, ainsi que l'utilité d'un contrat tacite entre le patient et le fournisseur de soins pour que les schémas thérapeutiques soient respectés. Cet exemple concret est celui d'un jeune adulte atteint de colite ulcéreuse gauche modérément évolutive. Le D<sup>r</sup> Bressler insiste sur le fait que le plan thérapeutique du patient a dû inclure une « éducation adaptée » afin d'obtenir une rémission, puis de la maintenir. Dans ce cas, le D<sup>r</sup> Bressler montre que lorsque les patients atteints de CU se sentent bien, ils ont souvent du mal à respecter leur traitement médicamenteux. Ils doivent cependant accepter l'idée d'un traitement à long terme et s'engager à le respecter. En plus de discuter des options thérapeutiques pour une CU gauche modérément évolutive et de l'importance du respect du traitement, le D<sup>r</sup> Bressler répond également aux préoccupations entourant l'auto-administration des lavements.

Les thérapies médicales pour la CU sont efficaces, mais comme la maladie se caractérise par des rechutes, une détection précoce des symptômes est

inestimée. Le taux de calprotectine dans les selles est associé non seulement à la présence ou l'absence d'inflammation de la muqueuse, mais également au degré de gravité clinique de la CU. Afin de chercher à prolonger la période de rémission de CU, les recherches actuelles se sont concentrées sur les résultats des épreuves de laboratoire mesurant le taux de calprotectine fécale afin d'orienter les modifications de la posologie. L'objectif consiste à atténuer le risque de poussées ou de rechutes déclarées. Dans son article intitulé « Optimiser les objectifs lors de la prise en charge des patients atteints de colite ulcéreuse », A. Hillary Steinhart du Mount Sinai Hospital/University Health Network et de l'Université de Toronto déclare que « les patients présentant le plus haut degré d'inflammation évolutive de la muqueuse, malgré l'absence de symptômes cliniques, sont plus susceptibles de subir une poussée symptomatique à court terme ». Par conséquent, on note un intérêt accru pour la détection de l'inflammation de la muqueuse chez les patients asymptomatiques, une surveillance qui s'effectue habituellement par sigmoïdoscopie à sonde souple ou coloscopie. Cependant, comme ces examens sont effractifs, les patients en rémission clinique pourraient s'opposer à des évaluations endoscopiques à répétitions. Le test de dépistage de la calprotectine fécale permet de surveiller les patients en rémission clinique de manière non effractive. Comme le test est simple d'utilisation et non effractif — on étudie même la possibilité de pouvoir réaliser le test de dépistage à domicile —, les patients pourraient avoir plus tendance à s'y soumettre de manière régulière pour surveiller l'inflammation de leur muqueuse.

Ces articles ont pour but de répondre aux questions d'ordre pratique entourant les soins au quotidien dans le cadre du traitement de patients atteints de CU. Nous espérons sincèrement que ce cahier spécial du *JCCC* offrira plus d'explications et de perspective et munira les professionnels des soins de santé d'outils concrets qui les aideront à obtenir des résultats positifs.

### Référence

1. Karagozian R, Burakoff R. The role of mesalamine in the treatment of ulcerative colitis. *Ther Clin Risk Manag* 2007;3(5):893-903.