



Fondation canadienne des
maladies inflammatoires
de l'intestin

Crohn's and Colitis
Foundation of Canada

Toute la vérité sur

LES MALADIES

INFLAMMATOIRES

DE L'INTESTIN



Que sont les maladies inflammatoires de l'intestin ?

Le terme «maladies inflammatoires de l'intestin» (MII) désigne deux maladies semblables mais distinctes, la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Les MII possèdent également d'autres noms, comme colite de Crohn, iléite, colite distale et pancolite. Ces maladies touchent le système digestif, provoquent l'inflammation des intestins de même que la formation d'ulcères et favorisent les saignements, l'apparition de cicatrices et la perte du caractère lisse de la muqueuse intestinale. Les symptômes des MII comprennent des douleurs abdominales, des crampes, de la fatigue, de la diarrhée, de la fièvre et des douleurs articulaires.

La **maladie de Crohn** peut toucher n'importe quelle partie du tube digestif, de la bouche à l'anus. Des zones d'inflammation surgissent, entrecoupées de tissu sain; ce sont les lésions discontinues. L'inflammation peut traverser toutes les couches du tissu intestinal atteint. Les médicaments et les interventions chirurgicales ne peuvent guérir la maladie de Crohn, mais l'une ou l'autre de ces solutions contribue à en soulager les symptômes.

La **colite ulcéreuse** s'attaque *seulement* au côlon, ou gros intestin, et à une *seule* couche de tissu intestinal, la muqueuse. La maladie se déclare presque toujours dans la même partie du côlon, le rectum, et *peut* évoluer pour former une inflammation *continue* entre le rectum et le reste du côlon. Règle générale, la colite ulcéreuse se contrôle à l'aide de médicaments. La maladie *peut* être éliminée par l'ablation chirurgicale du côlon, mais par la suite, il arrive que les matières fécales (les selles) doivent être rejetées et recueillies dans un appareil externe (un sac).

Les MII sont imprévisibles. Beaucoup de personnes souffrent de «récidives» (des crises), puis la maladie semble disparaître. Les périodes calmes, les «rémissions», peuvent durer quelques semaines ou des années. La plupart des gens font des «rechutes» et souffrent de plusieurs crises. La gravité des symptômes de MII varie également. Certaines personnes présentent des symptômes bénins et sont soignées à l'aide d'une association de médicaments et de traitement nutritionnel. D'autres peuvent souffrir de symptômes fréquents et débilissants, prendre des médicaments puissants, être souvent hospitalisées et se faire opérer.

Quels en sont les signes et les symptômes ?

Puisqu'elle peut toucher n'importe quelle partie du tube digestif, la **maladie de Crohn** présente des symptômes très variés. Le plus souvent, elle s'attaque à l'iléon ou au côlon. Les symptômes les plus courants incluent des crampes abdominales, de la diarrhée et une perte de poids. La maladie peut aussi entraîner des nausées, des vomissements, un gonflement et une stomatite aphteuse. Chez certaines personnes atteintes de la maladie de Crohn, une zone précise de l'abdomen enfle. D'autres développent une maladie périanales, c'est-à-dire autour de l'anus.

Les personnes atteintes de la maladie de Crohn peuvent manifester une fièvre inexplicable, des ulcères autour de l'anus, des douleurs ou un œdème des articulations ou de l'anémie. Certains enfants grandissent moins vite que leurs camarades du même âge et leur puberté peut se déclencher plus tard, mais ils finissent par rattraper la courbe de croissance normale.

La maladie de Crohn et la colite ulcéreuse peuvent s'accompagner de fatigue, d'une perte d'appétit et d'une perte de poids.

Les personnes atteintes d'une **colite ulcéreuse** ont souvent des diarrhées sanglantes. Elles peuvent avoir des douleurs abdominales et, parfois, une fièvre légère. Lorsque le rectum est enflammé et qu'il présente des spasmes, elles peuvent ressentir le besoin urgent de se soulager, mais rien ne se produit. C'est ce qu'on appelle les fausses «défécations impérieuses».

Cette brochure n'est distribuée qu'à titre informatif. Il faut toujours consulter son médecin pour obtenir des conseils quant à un traitement.

**NOTRE MISSION : TROUVER UN TRAITEMENT CURATIF.
VOUS POUVEZ Y CONTRIBUER. TÉLÉPHONEZ-NOUS.
FONDATION CANADIENNE DES MALADIES INFLAMMATOIRES DE L'INTESTIN
(416) 920-5035 ou 1 800 387-1479**

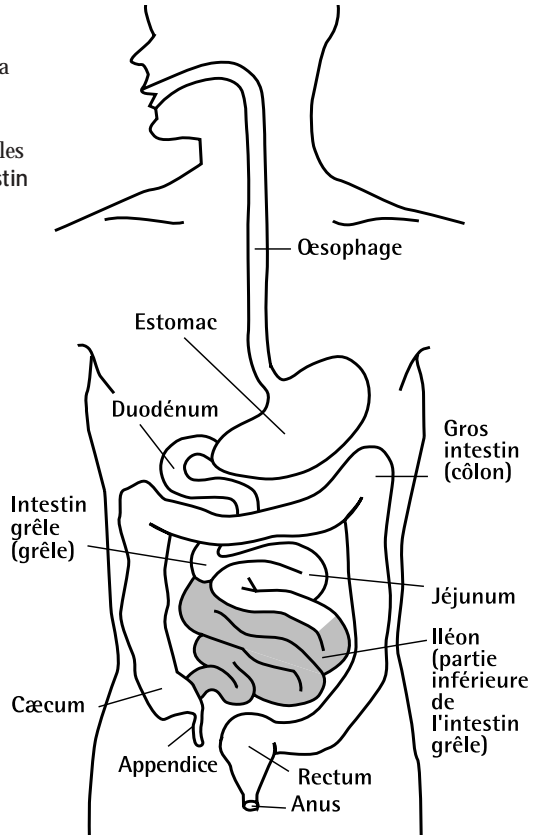
Quelles parties de l'organisme sont atteintes ?

Le système digestif

Les aliments sont absorbés par la bouche, puis descendent dans l'œsophage pour se rendre dans l'estomac, qui dilue et mélange les aliments et les transmet à l'intestin grêle, ou grêle, qui s'enroule au milieu de l'abdomen.

L'intestin grêle absorbe les nutriments. Il commence au duodénum, d'une longueur de quelques centimètres, et se poursuit dans le jéjunum, qui mesure environ trois mètres et digère les hydrates de carbone. L'iléon, d'une longueur équivalente, représente la dernière partie de l'intestin grêle et, conjointement avec le jéjunum, décompose les matières grasses. Seul l'iléon absorbe la vitamine B₁₂ et les sels biliaires. (La maladie de Crohn se manifeste souvent dans l'iléon.)

Le gros intestin, ou côlon, reçoit les matières en provenance de l'iléon et en absorbe l'eau pour former les selles. Le côlon mesure environ 1,5 mètre. Il remonte du côté droit et traverse l'abdomen pour redescendre du côté gauche et transmettre les selles solides au rectum en vue de leur élimination par l'anus.



Ce que l'on sait des MII

Personne ne connaît la cause exacte des maladies inflammatoires de l'intestin ni la raison pour laquelle certains individus sont atteints de ces maladies tandis que d'autres sont épargnés.

On sait cependant que les maladies intestinales existent partout dans le monde, surtout en Amérique du Nord et en Europe septentrionale, moins en Europe centrale, au Moyen-Orient et en Australie, et encore moins en Asie et en Afrique. Elles sont plus répandues dans les climats tempérés que dans les climats tropicaux.

Aucune caractéristique commune ne semble relier les personnes atteintes. N'importe qui peut développer une MII, quel que soit son sexe, sa race ou son âge. D'ordinaire, les personnes sont diagnostiquées entre 15 et 25 ans ou entre 45 et 55 ans.

N'importe qui peut développer une MII, quel que soit son sexe, sa race ou son âge.

Les enfants et les membres de la famille des personnes atteintes ont tendance à développer aussi l'une de ces maladies, probablement pour des raisons d'ordre génétique.

Les maladies inflammatoires de l'intestin se traitent par un traitement nutritionnel, des médicaments, des interventions chirurgicales ou par une combinaison de ces traitements.

Les complications des MII

Les complications potentielles des MII comprennent la malnutrition et la malabsorption. La malnutrition correspond à une carence de nutriments dans l'organisme, et résulte souvent du manque d'appétit causé par l'association entre les aliments et la douleur. La malabsorption consiste plutôt en l'incapacité qu'a l'organisme d'absorber la totalité de certains nutriments essentiels.

Le traitement nutritionnel, qui associe un régime, des suppléments alimentaires et un «repos gastrique», représente une partie importante du traitement de la malnutrition et de la malabsorption que causent les MII. Pour en savoir davantage à ce sujet, reportez-vous à la prochaine rubrique, «Traitement nutritionnel», sur le régime alimentaire et les maladies inflammatoires de l'intestin. Des renseignements encore plus détaillés se trouvent dans la brochure de la Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin (FCMII) intitulée «L'alimentation et les maladies inflammatoires de l'intestin».

Les complications potentielles des MII comprennent la malnutrition et la malabsorption.

Les maladies inflammatoires de l'intestin peuvent entraîner des modifications à l'intestin même. Les personnes atteintes de la maladie de Crohn peuvent présenter des complications comme la cicatrisation et le rétrécissement de l'iléon, ce qui entraîne des occlusions qui bloquent le passage des aliments dans l'intestin. Ce phénomène peut se révéler dangereux et exiger une opération.

Des failles de la paroi intestinale interne peuvent s'approfondir et former un trajet, occasionnant ainsi la formation de furoncles infectés, les abcès, et de passages anormaux entre organes ou entre un organe et la surface de la peau, les fistules. Des infections peuvent survenir; elles sont alors traitées à l'aide d'antibiotiques ou d'une intervention chirurgicale.

Pour ce qui est de la colite ulcéreuse, la complication la plus grave, le mégacôlon toxique, consiste en une distension du côlon causée par l'accumulation de gaz. Si un trou, ou perforation, se développe dans l'intestin, le contenu intestinal, y compris les bactéries accumulées, peut s'échapper dans la cavité abdominale et provoquer une inflammation, ou péritonite. Le mégacôlon toxique risque d'être fatal, à moins d'être corrigé au moyen d'une intervention chirurgicale.

Les personnes qui souffrent d'une colite ulcéreuse depuis plus de dix ans présentent un risque légèrement plus élevé que le reste de la population de développer un cancer du côlon. Ce risque augmente ensuite chaque année. On recommande donc à ces personnes de subir des tests diagnostiques annuels.

Des fissures (craquelures de la peau de l'anus) et des hémorroïdes (enflure des veines rectales ou anales) sont des effets secondaires courants des MII.

Les personnes atteintes d'une MII présentent un risque plus élevé d'ostéoporose, ou perte osseuse. Elles devraient parler de ce phénomène avec leur médecin et pourraient devoir passer des scintigraphies osseuses.

Les MII peuvent également susciter des complications qui ne semblent pas reliées aux intestins. Ces «manifestations extra-intestinales» comprennent l'inflammation des articulations et les maladies oculaires.

Les traitements des MII

LE RÉGIME ALIMENTAIRE ET LES MII

Tout le monde doit adopter un régime équilibré, mais les personnes atteintes d'une maladie inflammatoire de l'intestin y sont particulièrement tenues si elles veulent obtenir tous les nutriments dont elles ont besoin. En effet, les MII peuvent entraîner une malabsorption, c'est-à-dire que le tube digestif, déjà agressé par l'inflammation, n'absorbe pas tous les nutriments contenus dans les aliments.

Certains médicaments contre les MII favorisent également la malabsorption des nutriments. Par conséquent, l'organisme ne digère plus certaines vitamines, certains minéraux et certains éléments essentiels. Les nutriments les plus souvent mal absorbés sont le fer, l'acide folique, le calcium et la vitamine B₁₂.

Les aliments peuvent être associés à la douleur, ce qui incite à éviter de manger.

Les personnes atteintes d'une MII risquent aussi d'avoir un poids insuffisant, et les enfants de présenter un retard de croissance. En effet, les aliments peuvent être associés à la douleur, ce qui incite à éviter de manger.

Les personnes souffrant de la maladie de Crohn qui subissent une opération pour enlever les segments atteints de l'iléon ont moins de tissus résiduels pour absorber les nutriments et certaines vitamines et certains minéraux.

Une «saine alimentation» conserve la même signification pour tous : obtenir la moitié des calories quotidiennes des hydrates de carbone (amidon, fibres, sucres simples) et l'autre moitié des protéines (viande et produits laitiers) et des matières grasses (poisson, viande et produits laitiers). Un diététiste peut aider les personnes atteintes à élaborer un régime qui leur fournit tous les nutriments dont elles ont besoin, et leur suggérer des moyens de pallier les carences nutritionnelles dont elles souffrent peut-être.

Il arrive que les personnes atteintes d'une MII présentent un déficit nutritionnel grave. Elles peuvent alors recourir à une alimentation spéciale, telles les préparations nutritives complètes (aliments liquides par voie orale), ou à une alimentation par voie intraveineuse.

Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, reportez-vous à la brochure de la FCMII intitulée «L'alimentation et les maladies inflammatoires de l'intestin».

LES MÉDICAMENTS CONTRE LES MII

Les médicaments qui contrôlent les maladies inflammatoires de l'intestin incluent les anti-inflammatoires, des médicaments qui réduisent l'inflammation, des médicaments qui visent à prévenir ou à réduire les divers symptômes, comme la diarrhée, et des médicaments qui traitent les complications de ces maladies.

Les anti-inflammatoires comprennent le 5-aminosalicylate, les glucocorticoïdes et les immunosuppresseurs.

Les antidiarrhéiques ralentissent les muscles de l'intestin, ce qui retarde le passage des selles dans l'organisme.

Les médicaments contre les autres complications incluent les antibiotiques pour soigner les infections, les médicaments pour pallier la malabsorption des nutriments et les bisphosphonates pour prévenir et traiter la perte osseuse.

Avertissement au sujet des analgésiques courants : Les personnes atteintes d'une MII devraient éviter de prendre des analgésiques en vente libre contre les maux de tête. L'acide acétylsalicylique (ASA) peut aggraver les symptômes (ulcères, saignements) des MII. S'il faut prendre des analgésiques bénins, l'acétaminophène est recommandé.

Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez la brochure de la FCMII intitulée «Les médicaments et les maladies inflammatoires de l'intestin».

LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES CONTRE LES MII

Les personnes atteintes de la maladie de Crohn subiront probablement une opération un jour. Il n'est pas rare qu'elles se fassent opérer pour traiter des abcès et des fistules. Le traitement de l'abcès consiste simplement à ouvrir celui-ci pour en évacuer le liquide. Quant au traitement d'une fistule, il peut exiger l'ablation de la région intestinale dans laquelle la fistule s'est développée.

Les personnes atteintes de la maladie de Crohn peuvent subir une intervention chirurgicale pour soigner une occlusion, ou blocage, de l'intestin. Le blocage se développe lorsque du tissu atteint forme des cicatrices et épaissit jusqu'à ce que les aliments ne puissent plus passer. Une intervention, la stricturotomie, élargit l'intestin rétréci. Une autre intervention, la résection, consiste à pratiquer l'ablation de la partie de l'intestin atteinte et à rattacher les segments sains.

Après une opération pour traiter la maladie de Crohn, celle-ci peut demeurer inactive pendant un certain temps, mais peut se manifester de nouveau dans une autre partie du tube digestif.

Les opérations sont moins courantes dans le traitement de la colite ulcéreuse que dans celui de la maladie de Crohn.

Les opérations sont moins courantes dans le traitement de la **colite ulcéreuse** que dans celui de la maladie de Crohn. Des chirurgies d'urgence sont effectuées dans le cas du mégacôlon toxique ou d'hémorragies graves. Les personnes atteintes d'une colite ulcéreuse peuvent subir une intervention chirurgicale pour extraire le côlon, mais on n'envisage cette solution que si les médicaments n'agissent plus ou

que le côlon devient précancéreux ou cancéreux.

L'intervention chirurgicale guérit complètement la colite ulcéreuse, mais les matières fécales ne sont plus entreposées ou évacuées comme auparavant. Après l'intervention standard, l'iléostomie conventionnelle, la personne ne peut plus contrôler l'élimination des matières fécales et doit donc porter un appareil externe, un sac, pour recueillir celles-ci. Une autre possibilité consiste à fabriquer une poche pelvienne à partir de tissus existants, qu'on insère dans l'abdomen pour recueillir les matières fécales à l'intérieur de l'abdomen. L'extrémité de l'iléon est alors fixée à l'anus, ce qui permet une évacuation normale.

Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez la brochure de la FCMI intitulée «Les interventions chirurgicales et les maladies inflammatoires de l'intestin».

Les termes médicaux les plus courants

TESTS ET INSTRUMENTS MÉDICAUX POUR DIAGNOSTIQUER ET DÉPISTER LES MII

Baryum : Liquide que prend le patient et qui permet de visualiser le tube digestif au rayon X. Lorsqu'on veut un rayon X de l'estomac, le patient avale le baryum; c'est ce qu'on appelle le «transit œsogastroduodénal». Lorsqu'on veut plutôt un rayon X du bas de l'intestin, le baryum est administré sous forme de lavement. Voir aussi «Transit œsogastroduodénal».

Biopsie : Petit morceau de tissu prélevé dans l'organisme et examiné au microscope afin d'y déceler des anomalies.

Cholécystogramme oral : Rayon X de la vésicule biliaire pour vérifier la présence de calculs biliaires. Voir «Échographie».

Coloscopie : Voir «Endoscopie».

Échographie et échographie abdominale : Test qui fait appel au son au lieu de la lumière pour procurer une image de l'organisme. L'échographie abdominale est un instrument diagnostique fréquent de MII. Elle fournit des images du foie, de la vésicule biliaire, des canaux biliaires, du pancréas et des reins. De nos jours, l'échographie abdominale remplace presque toujours le cholécystogramme.

Endoscopie : Procédé diagnostique non chirurgical par lequel le médecin visualise le tube digestif en insérant un instrument à fibres optiques long et mince dans l'organisme. Dans le cas de la *gastroscopie*, l'instrument est inséré par la bouche

Procédé diagnostique non chirurgical par lequel le médecin visualise le tube digestif en insérant un instrument à fibres optiques long et mince dans l'organisme.

pour examiner l'œsophage, l'estomac et le duodénum. Les personnes qui ont de la difficulté à avaler le tube doivent être endormies. Pour ce qui est de la *sigmoïdoscopie*, l'instrument est inséré par l'anus dans le rectum et jusqu'au côlon sigmoïde, qui représente les derniers 25 centimètres du gros intestin. La sigmoïdoscopie peut causer de l'inconfort mais en général, il n'est pas nécessaire d'endormir le patient. Quant à la *coloscopie*, cette intervention exige le passage de l'instrument dans le gros intestin pour atteindre le cæcum, le début du gros intestin. Il faut souvent endormir le patient dans ce cas. La sigmoïdoscopie et la coloscopie servent également à effectuer les biopsies et à extraire les polypes, des excroissances.

Entéroclyse (lavement du grêle) : Intervention selon laquelle la personne avale un petit tube qui est placé dans la partie supérieure de l'intestin. Le tube est ensuite rempli de baryum, lequel permet de visualiser l'intestin en détail aux rayons X.

Épreuve de tolérance au lactose : Certaines personnes atteintes d'une MII souffrent aussi d'intolérance au lactose. Elles ne produisent pas assez d'une enzyme, la lactase, qui digère un sucre contenu dans le lait et les produits laitiers, le lactose. Une épreuve de tolérance au lactose permet de confirmer une carence en lactase. Le patient avale une dose de lactose, puis on analyse des échantillons de son sang. Le test respiratoire permet d'obtenir le même résultat.

Gastroscopie : Voir «Endoscopie».

Hémoglobine : Protéine présente dans les globules rouges et qui transporte et libère l'oxygène dans les tissus de l'organisme. Une personne dont la concentration d'hémoglobine est faible est anémique. Voir «Anémie» à la rubrique «Troubles, symptômes et complications des MII».

Hémogramme (formule sanguine) : Analyse sanguine qui évalue les principaux éléments du sang : les globules blancs et les globules rouges, les plaquettes et l'hémoglobine. Le test peut établir l'efficacité d'un médicament et indiquer si la personne reçoit suffisamment de nutriments.

Indium : Substance radioactive utilisée en quantité sécuritaire et infime dans les analyses sanguines (scintigraphie à l'indium) pour mesurer le degré d'inflammation de l'intestin.

Scintigraphie osseuse : Test destiné à mesurer la densité et la force des os.

SMA₁₂ : Analyse sanguine qui permet d'utiliser un seul échantillon de sang pour analyser 12 facteurs biochimiques.

Test respiratoire : Test par lequel le patient avale une substance, puis expire dans un tube collecteur pour que l'échantillon d'air puisse être examiné. Le test respiratoire sert à déceler la présence d'un excès de bactéries ou une intolérance au lactose, c'est-à-dire l'incapacité qu'a l'intestin d'absorber les produits laitiers. Voir «Épreuve de tolérance au lactose».

Tomodensitométrie : Cette combinaison de radiologie et d'ordinateur produit des images multiples de l'organisme, sous forme de «coupes». Dans le cas des maladies inflammatoires de l'intestin, on procède généralement à la tomodensitométrie de l'abdomen.

Transit œsogastroduodénal : Rayon X du tube digestif supérieur (l'œsophage, l'estomac et le duodénum). Voir «Baryum» pour obtenir une description de ce procédé. Lorsque le rayon X comprend une partie plus importante de l'intestin et permet aussi d'examiner l'intestin grêle, on l'appelle «transit œsogastroduodénal et rayon X de suivi».

Troubles, symptômes et complications des MII

Abcès : Infection douloureuse qui ressemble à un furoncle et se développe autour de l'anus ou dans la cavité abdominale. Pour la soulager, on pratique une incision chirurgicale pour évacuer le liquide qu'elle contient. Pour ce qui est des MII, les abcès ne se produisent qu'en cas de maladie de Crohn. Voir également «Fistule».

Anémie ou faible concentration de l'hémoglobine : Carence de la protéine des globules rouges qui transporte l'oxygène. Chez les personnes atteintes d'une MII, l'anémie provient des saignements, de la destruction des globules rouges ou de carences en nutriments essentiels. Voir également «Acide folique» à la rubrique «Termes reliés aux traitements nutritionnels» et «Hémoglobine» à la rubrique «Tests et instruments médicaux pour diagnostiquer et dépister les MII».

Distension : Un intestin «distendu» ou gonflé découle d'une suraccumulation de gaz ou de liquides.

Entérite : Inflammation de l'intestin grêle. Si le jéjunum est enflammé, on nomme l'inflammation jéjunite. S'il s'agit plutôt de l'iléon, on l'appelle iléite.

Excoriation : Égratignure ou autre lésion cutanée superficielle. Une personne souffrant de diarrhée peut avoir des excoriations parce qu'elle s'irrite la peau en essuyant souvent la région périanale.

Fébrile : Synonyme de févreux. La fièvre indique souvent une inflammation, une infection ou ces deux symptômes. La température buccale normale se situe entre 36 °C et 37 °C.

Fistule : Un abcès peut favoriser la formation d'une fistule, une ouverture ou connexion anormale entre l'intestin et un autre organe. L'ouverture peut se former entre l'intestin et d'autres organes, comme une autre partie de l'intestin, le vagin, la vessie ou l'urètre, mais peut aussi se développer entre l'intestin et la peau. Les fistules ne s'observent que dans les cas de maladie de Crohn. Voir également «Abcès».

Hémoglobine : Voir la rubrique «Tests et instruments médicaux pour diagnostiquer et dépister les MII».

Hémorragie : Saignement de l'intestin grêle ou du gros intestin qui se produit chez de nombreux patients atteints d'une MII.

Maladie périanale : Irritation ou inflammation autour de l'anus, l'ouverture de l'intestin vers l'extérieur. Cette maladie peut se manifester chez les personnes atteintes de la colite ulcéreuse, mais elle est plus courante chez celles qui souffrent de la maladie de Crohn.

Occlusion : Blocage de l'intestin qui empêche le passage naturel des matières liquides et solides. L'occlusion se produit lorsque l'intestin devient enflammé et cicatrisé, et s'épaissit au point d'empêcher le passage des aliments. Ce phénomène se nomme sténose et se corrige au moyen d'une intervention chirurgicale.

Perforation : Ouverture anormale dans la paroi intestinale qui se produit lorsque cette paroi s'affaiblit. Le contenu de l'intestin peut alors se répandre dans la cavité abdominale et susciter une péritonite, un type d'inflammation aux conséquences pouvant être fatales.

Polype : Excroissance dans l'intestin, qu'on peut extraire pendant une coloscopie. La plupart sont bénignes. Il arrive que certaines soient cancéreuses, mais d'autres ne découlent que de l'inflammation.

Termes reliés aux traitements nutritionnels

Acide folique et folate : Vitamine. Une personne qui souffre d'une carence en folates peut développer de l'anémie. Les personnes atteintes d'une carence en folates le sont par suite d'une mauvaise alimentation ou de la prise de médicaments contre les MII qui empêchent l'organisme de bien absorber cette vitamine. Les suppléments par voie orale permettent de compenser cette carence. Par ailleurs, les personnes qui en souffrent présentent souvent une carence en vitamine B₁₂.

Alimentation nasogastrique : Technique d'alimentation qui nécessite l'insertion d'un tube flexible dans la narine ou la bouche jusqu'à l'estomac.

Hyperalimentation ou alimentation parentérale totale (APT) : Technique d'alimentation qui consiste à fournir des nutriments liquides par voie intraveineuse pour court-circuiter l'intestin. D'ordinaire, on l'effectue en milieu hospitalier. Ce type d'alimentation contribue à la prise de poids, permet le repos intestinal et favorise la disparition de l'inflammation. Quelques personnes atteintes de la maladie de Crohn doivent recourir à l'APT pendant une longue période.

Lactase : Enzyme que l'on peut ajouter aux produits laitiers ou prendre avant de consommer ceux-ci. Elle permet aux personnes qui souffrent d'intolérance au lactose de digérer le sucre du lait, le lactose. Le lait et les produits laitiers contiennent en effet des vitamines difficilement remplaçables. Voir également «Épreuve de tolérance au lactose» à la rubrique «Tests et instruments médicaux pour diagnostiquer et dépister les MII».

Préparation nutritive complète : Repas liquide contenant des éléments alimentaires purifiés. On l'administre aux personnes malnutries pour les aider à prendre du poids. Puisqu'il s'agit d'un liquide facile à digérer, il met l'intestin «au repos».

Interventions chirurgicales

Anastomose : Intervention chirurgicale consistant à relier deux parties de l'intestin.

Colectomie : Ablation chirurgicale de la totalité ou d'une partie du côlon. Si on extrait aussi le rectum, l'intervention se nomme proctocolectomie. Si on n'extrait pas le rectum, on l'appelle plutôt colectomie subtotale.

Dérivation : Opération exécutée dans un intestin enflammé. La partie atteinte de l'intestin est extraite du reste de l'intestin, qui s'en trouve raccourci.

Iléostomie : Lorsqu'on extrait tout le côlon et qu'on ne laisse que l'intestin grêle pour assurer la digestion des aliments, il faut créer une nouvelle voie pour l'expulsion des matières fécales. Dans le cadre d'une iléostomie conventionnelle, une ouverture

Il existe des solutions de rechange à l'iléostomie standard, lesquelles permettent de recueillir les matières fécales à l'intérieur de l'organisme.

chirurgicale permet de relier l'iléon, la partie inférieure de l'intestin grêle, à la peau de l'abdomen. Un appareil externe, ou sac, est fixé à l'organisme pour faire fonction de rectum, pour recueillir et entreposer les selles. La personne ne peut contrôler l'élimination des matières fécales mais peut vider le sac au besoin, généralement de trois à quatre fois par jour. Il existe des solutions de rechange à l'iléostomie standard, lesquelles permettent de recueillir les matières fécales à

l'intérieur de l'organisme. Voir «Iléostomie de Kock» et «Poche pelvienne avec anastomose iléoanale».

Iléostomie continente : Voir «Iléostomie» et «Iléostomie de Kock».

Iléostomie de Kock : Également désignée iléostomie continente, l'iléostomie de Kock permet de recueillir les matières fécales dans une «poche» ou un réservoir de tissu intestinal reformé pour remplacer le rectum, cette poche restant à l'intérieur de l'organisme. Une soupape artificielle plissée en forme de nombril fait office d'ouverture étanche entre la poche et l'extérieur de l'organisme. Le patient se débarrasse des matières fécales contenues dans la poche en insérant un petit tube dans la soupape, en se penchant au-dessus de la cuvette, puis en laissant passer les matières fécales dans le tube.

Incision : Coupure chirurgicale. Chez les personnes atteintes de la maladie de Crohn, des abcès, ou ulcères, peuvent se former dans l'intestin, et surtout autour de l'anus. On pratique alors une incision pour drainer les liquides qui s'accumulent dans l'abcès. Voir «Abcès» à la rubrique «Troubles, symptômes et complications des MII».

Poche pelvienne avec anastomose iléoanale : Solution de rechange à l'intervention chirurgicale standard de la colite ulcéreuse, la poche pelvienne avec anastomose iléoanale est devenue très répandue. Elle consiste à pratiquer l'ablation du côlon et du rectum, mais à laisser l'anus intact. Une poche pelvienne est alors formée de tissus prélevés dans l'iléon, puis insérée dans le pelvis pour remplacer le rectum. L'extrémité de l'iléon est reliée à l'anus, qui fonctionne normalement. Aucun appareil externe n'est nécessaire. Voir «Iléostomie» et «Iléostomie de Kock».

Proctocolectomie totale et iléostomie : Dans le cadre de l'intervention chirurgicale standard de la colite ulcéreuse, on procède à l'ablation du côlon, du rectum et de l'anus. L'extrémité de l'intestin grêle restant est reliée à l'extérieur de l'organisme, où les matières fécales sont recueillies et éliminées au moyen d'un appareil artificiel. L'opération élimine totalement la colite ulcéreuse. Voir «Colectomie», «Iléostomie», «Iléostomie de Kock» et «Proctocolectomie totale et sac continent».

Proctocolectomie totale et sac continent : Solution de rechange à la proctocolectomie totale et iléostomie, cette intervention permet à la personne d'éviter le recours à un appareil extérieur pour recueillir les matières fécales. À l'aide de l'intestin restant, on fabrique plutôt une «poche» à l'intérieur de l'organisme, pour remplacer le rectum.

Réséction : Opération par laquelle on extrait la partie atteinte de l'intestin et on relie les deux extrémités intestinales saines.

L'équipe soignante : qui fait quoi ?

Chirurgien : Médecin spécialiste qui effectue les opérations pour pratiquer l'ablation des tissus atteints, fixer ou insérer des appareils ou corriger les occlusions.

Diététiste : Professionnel médical qui donne des conseils au sujet du type d'alimentation convenant le mieux au traitement d'une maladie.

Gastroentérologue : Médecin spécialiste de l'estomac et du tube digestif, y compris de maladies comme la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse.

Infirmière en gastroentérologie : Infirmière spécialisée dans les soins aux personnes atteintes de maladies ou de troubles intestinaux.

Médecin de famille : Médecin qui procure des soins médicaux généraux continus à l'individu et à sa famille.

Pathologiste : Médecin spécialiste qui examine les biopsies (échantillons de tissu de l'organisme) pour arriver à poser un diagnostic exact.

Pharmacien : Professionnel qui possède une licence pour préparer et délivrer des médicaments et qui en connaît les propriétés et les effets.

Psychologue : Professionnel spécialisé dans les comportements humains.

Radiologiste : Médecin spécialiste des rayons X et de l'interprétation de leurs résultats. Les tests qu'exécute le radiologiste incluent le transit œsogastroduodénal, l'entérocluse et le lavement baryté.

Rhumatologue : Certaines personnes atteintes d'une maladie de Crohn ou d'une colite ulcéreuse peuvent également souffrir de douleurs et de raideur des articulations, tandis que d'autres font carrément de l'arthrite. Le rhumatologue se spécialise dans le diagnostic et le traitement des inflammations articulaires et musculaires.

Stomothérapeute : Les personnes atteintes d'une colite ulcéreuse qui subissent une iléostomie peuvent être forcées de porter un appareil externe qui recueille les excréments. Le stomothérapeute leur apprend à manipuler cet appareil et leur donne des conseils pour qu'elles s'adaptent à l'iléostomie.

Travailleur social médical : Professionnel qui donne de l'aide quant aux aspects psychosociaux d'une maladie.

Notes :

Ensemble, nous pouvons trouver un traitement curatif

La Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin (FCMII) est un organisme bénévole sans but lucratif de recherche médicale. Sa mission : trouver un traitement curatif à la maladie de Crohn et à la colite ulcéreuse. Pour y parvenir, la FCMII s'engage, d'abord et avant tout, à recueillir des fonds pour la recherche médicale. La FCMII juge également important de sensibiliser toutes les personnes atteintes d'une maladie inflammatoire de l'intestin à l'existence de la Fondation et d'éduquer ces personnes, leur famille, les professionnels de la santé et le grand public au sujet de ces maladies.

OUI ! Je soutiens la recherche d'un traitement curatif aux maladies inflammatoires de l'intestin. Je vous envoie immédiatement un don déductible d'impôt au montant de :

35 \$ 50 \$ 100 \$ Autre : _____ \$

Je préfère payer par : chèque MasterCard
 VISA AMEX

Numéro de carte : _____ Date d'expiration : _____

Signature : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Veillez me faire parvenir des renseignements au sujet :

- d'une contribution mensuelle à la recherche d'un traitement curatif (programme de bienfaiteur de la recherche);
- des possibilités de faire don à la Fondation de mon temps et de mes compétences;
- de l'inclusion de la FCMII dans mon testament;
- de l'adhésion à la FCMII.

- I wish to receive material in English.

Veillez libeller le chèque à l'ordre de la Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin et faire parvenir votre chèque, accompagné de ce formulaire, au bureau national de la FCMII situé au 60, av. St. Clair Est, bureau 600, Toronto (Ontario) M4T 1N5. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des activités dans votre région, prenez contact avec votre bureau régional, dont l'adresse figure au dos de cette page.

Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin

BUREAU NATIONAL

60, avenue St. Clair Est, bureau 600
Toronto (Ontario) M4T 1N5
Téléphone : (416) 920-5035 ou 1 800 387-1479
Télécopieur : (416) 929-0364
Site Web : www.cffc.ca Courriel : ccfc@ccfc.ca

BUREAUX RÉGIONAUX

Colombie-Britannique et Yukon
Téléphone : (604) 685-1844

Manitoba et Saskatchewan
Téléphone : (204) 231-2115

Québec
Téléphone : (514) 342-0666

Terre-Neuve et Labrador
Téléphone : (709) 579-3700

Alberta, Territoires-du-Nord-Ouest et Nunavut
Téléphone : (403) 569-8477

Ontario
Téléphone : (416) 920-5055

Maritimes
Téléphone : (902) 422-8137

RENSEIGNEMENTS LOCAUX

COMMANDITAIRES

PLATINE



ARGENT

Imodium



AstraZeneca

