

Présentation clinique chez le sujet âgé : différente des autres classes d'âge

Maladies inflammatoires chroniques intestinales

La prise en charge des MICI diffère chez le sujet âgé des patients plus jeunes en raison de l'histoire naturelle de la maladie. Le diagnostic initial est parfois difficile devant des présentations plus atypiques. Une approche de traitement dite «step up» (fig. 1) est préférable devant l'évolution moins sévère de la maladie avec des formes moins extensives et des changements phénotypiques moins fréquents. Les traitements 5-ASA seront introduits en première intention avec utilisation de corticothérapie en cas de manque d'efficacité. Une attention particulière aux effets secondaires des corticoïdes sera nécessaire chez les patients polymorbides aux traitements multiples. En présence d'une maladie corticoréfractaire ou cortico-dépendante, le recours à un traitement immunosuppresseur sera nécessaire avec une préférence pour le methotrexate dans la maladie de Crohn. Les anti-TNF et le Vedolizumab seront réservés pour les maladies plus agressives.

La population vieillissant, les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) du sujet âgé sont de plus en plus fréquentes. D'une part, les patients vieillissent avec leur maladie, d'autre part une maladie de Crohn ou une rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) peuvent être diagnostiquées à un âge avancé. Les patients vieillissant avec leur maladie poseront le problème des complications au long cours de la maladie et des traitements. Pour les autres patients, le diagnostic de la maladie à l'âge avancé peut être plus difficile à confirmer en raison d'une présentation clinique moins classique. Les traitements seront choisis de manière prudente devant le risque d'effets secondaires importants et les comorbidités des patients.

Les approches diagnostiques se basent sur la clinique, les examens radiologiques (ultrasonographie intestinale, CT-scan abdominal ou



Dr Jocelyn Roduit
Delémont

IRM) et les examens endoscopiques. Les thérapies, avec les schémas «step up» (escalade des traitements du 5-ASA (dérivé de l'acide 5-aminosalicylique) aux anti-TNFs) et «step down» (début avec les traitements puissants puis désescalade) seront appliquées de manière différente et choisies selon la situation clinique et le souhait du patient (1).

Histoire naturelle

Selon une étude populationnelle récente (2), les MICI diagnostiquées après 60 ans représente moins de 10% de l'ensemble des MICI. On retrouve une incidence plus élevée de RCUH que de maladie de Crohn. Les femmes souffrent plus volontiers d'une maladie de Crohn (62%) que d'une RCUH (38%). La présentation clinique des MICI au diagnostic chez le sujet âgé est atypique et diffère des autres classes d'âge notamment en raison de l'augmentation des diagnostics différentiels potentiels: colite ischémique, infectieuse, post-radique, médicamenteuse (AINS), diverticulite chronique («smoldering diverticulitis» des anglo-saxons) ainsi que le cancer colorectal. Les biopsies coliques réalisées lors d'une coloscopie permettent en général de retenir un diagnostic. Ces difficultés peuvent engendrer des délais dans l'établissement du diagnostic, mais le recours à la coloscopie est en général plus rapide en raison de la crainte du cancer colo-rectal.

L'évolution d'une maladie de Crohn chez le sujet âgé se manifestera plus volontiers par une atteinte rectale et péri-anale et les symptômes typiques de diarrhées chroniques, douleurs abdominales et perte pondérale ainsi que les manifestations extra-digestives seront moins présentes (tab. 1) (3). De même, les patients âgés diagnostiqués avec une RCUH présentent moins de rectorragies, douleurs abdominales et symptômes généraux que les patients plus jeunes. Au diagnostic initial d'une maladie de Crohn tardive, l'atteinte sera plus volontiers colique avec une atteinte périnéale fréquente. Pour la RCUH d'apparition tardive, on retrouve plus fréquemment des atteintes gauches étendues ou pancolite avec une fréquence moindre de proctite.

L'évolution naturelle des MICI tardives est moins agressive avec des maladies de Crohn moins fistulisantes ou sténosantes et des

TAB. 1 Comparaison des symptômes de la maladie de Crohn présents au diagnostic en fonction de l'âge (en %)

	< 17 ans	17-39 ans	40-59 ans	> 60 ans	p
Diarrhées	70	79	69	60	<0.0001
Rectorragies	30	32	34	44	<0.0001
Douleurs abdominales	83	82	73	59	<0.0001
Fistule anale	5	3	4	7	0.0006
Manifestations extradiigestives	20	12	13	7	<0.0001
Perte pondérale	64	59	42	45	<0.0001
Fièvre	34	25	22	18	<0.0001

(d'après réf. 2)

RCUH présentant moins d'extensions des lésions. Ces caractéristiques évolutives chez le sujet âgé permettent une prise en charge moins agressive de la maladie avec un recours moins fréquent à la chirurgie et aux thérapies autres que les dérivés de l'acide 5-aminosalicylique.

Spécificités thérapeutiques

Médicaments

Les 5-ASA sont en général peu efficaces dans la maladie de Crohn (4). Cependant, chez le sujet âgé, ces molécules sont largement utilisées surtout en cas d'atteinte colique et permettent souvent une rémission de la maladie de Crohn. Pour la RCUH, les 5-ASA permettent aussi bien une induction qu'un maintien d'une rémission de la maladie. Les 5-ASA topiques devront être utilisés avec prudence en cas d'insuffisance sphinctérienne. Les effets secondaires, et principalement l'insuffisance rénale par atteinte interstitielle (phénomène idiosyncrasique), ne diffèrent pas d'une population plus jeune et une surveillance régulière de la fonction rénale (chaque 6–12 mois) est nécessaire. Une attention particulière aux interactions médicamenteuses, notamment avec les anticoagulants oraux et les immunosuppresseurs, doit être portée chez le sujet âgé (5). Le rôle du 5-ASA dans la prévention du cancer colique est sujet à controverse.

L'indication à une antibiothérapie est limitée chez le sujet âgé aux traitements des épisodes septiques, de la maladie périnéale fistulissante et d'une éventuelle pullulation bactérienne.

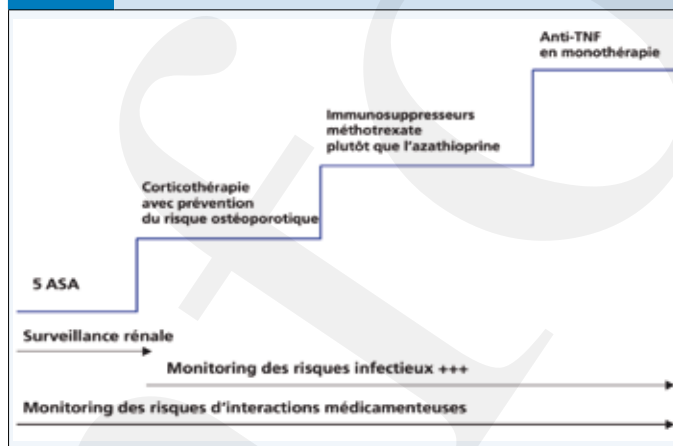
La corticothérapie provoque plus de complications chez le sujet âgé avec des risques de diabète, d'insuffisance cardiaque, d'hypertension artérielle ainsi que d'ostéopénie augmentant le risque fracturaire. La corticothérapie sera la plus faible et la plus courte possible. Si la localisation de l'inflammation le permet, le budésonide devrait être préféré car comportant moins d'effets systémiques. Une supplémentation en vitamine D et en calcium devrait être débutée avec la corticothérapie. La corticodépendance et la maladie corticoréfractaire sont rares chez le sujet âgé (18% respectivement 9% à un an) (2).

Les immunosuppresseurs sont associés à une augmentation du risque de lymphome et ce risque est clairement âge-dépendant (6), ce qui rend délicate la prescription des purines. Les cancers non-mélaniques de la peau sont également augmentés sous purines. Les indications à l'utilisation de ces traitements restent la corticodépendance et les dosages de l'azathioprine ou de la 6-mercaptopurine sont similaires aux patients plus jeunes. Une alternative pour la maladie de Crohn est l'utilisation du méthotrexate. Une surveillance hématologique et hépatique (3–4 fois/an) reste nécessaire sous ces traitements.

L'utilisation des anti-TNF et du vedolizumab est plus rare chez le sujet âgé. La réponse clinique à ces traitements semble identique aux patients plus jeunes au prix d'un risque infectieux plus grand et par conséquent d'une morbi-mortalité plus importante (7).

La chirurgie est moins fréquente chez le sujet âgé puisque les atteintes sont en général moins étendues et progressant moins fréquemment. Cependant, le recours à la chirurgie est plus rapide chez le sujet âgé pour limiter les traitements plus lourds et possiblement aussi en raison d'erreur de diagnostic initial. Les comorbidités rendent ces patients plus à risque de complications post-opératoires et d'hospitalisation prolongée (lâchage anastomotique et complications infectieuses) (8).

FIG. 1 Stratégie de traitement «step up» (d'après réf. 10)



Hospitalisation

Le risque d'hospitalisation lié à une MICI après 65 ans est estimé à 25% (9). Ces hospitalisations sont le plus souvent dues à des rectorragies, des anémies et leurs conséquences ainsi que des troubles électrolytiques plutôt que des occlusions ou des perforations intestinales. Lors de l'hospitalisation, les risques thromboemboliques et infectieux, notamment la colite à *Clostridium difficile* sont importants.

Surveillance

Le diagnostic tardif de MICI ne semble pas être lié à une augmentation du risque de mortalité par cancer colorectal. Par contre, particulièrement dans la RCUH, il semble que le cancer colorectal puisse survenir dans un délai plus court par rapport à la population plus jeune et que le délai de 8 ans actuellement recommandé pour la première coloscopie de dépistage après le diagnostic de RCUH soit peut-être trop long.

Le recours à la vaccination est essentiel chez le patient âgé. Le vaccin contre la grippe est recommandé annuellement. Une mise à jour de la vaccination avant l'introduction d'un traitement immunosuppresseur est importante puisque les vaccins vivants sont contre-indiqués.

Dr Jocelyn Roduit

Hôpital du Jura, Fbg des Capucins 30, 2800 Delémont
jocelyn.rodut@bluewin.ch

+ **Conflit d'intérêts:** L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Messages à retenir

- ◆ Les MICI à diagnostic tardif ne sont pas rares
- ◆ L'histoire naturelle de ces maladies est moins sévère que dans la population plus jeune
- ◆ L'approche thérapeutique dite «step up» devrait être privilégiée
- ◆ Les traitements spécifiques nécessiteront une surveillance particulière des effets secondaires et des interactions médicamenteuses

Références:

1. Girardin M. Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique, les maladies inflammatoires chroniques intestinales. la gazette médicale 2016;6:25-7
2. Charpentier C et al. Natural history of elderly onset inflammatory bowel disease: a population-based cohort study. Gut 2014;63(3):423-32
3. Wagtmans MJ et al. Crohn's disease in the elderly: a comparison with younger adults. J Clin Gastroenterol 1998;27:129-33
4. Lim WC et al. Aminosalicylates for induction of remission or response in Crohn's disease. Cochrane Database Syst Rev 2016 Jul 3;7:CD008870. doi:10.1002/14651858
5. Loftus EV et al. Systematic review: short-term adverse effects of 5-aminosalicylic acid agents in the treatment of ulcerative colitis. Aliment Pharmacol Ther 2004;19:179-89
6. Beaugerie L et al. Lymphoproliferative disorders in patients receiving thiopurines for inflammatory bowel disease: a prospective observational cohort study. Lancet 2009;374:1617-25
7. Cottone M et al. Age is a risk factor for severe infections and mortality in patients given anti-tumor necrosis factor therapy for inflammatory bowel disease. Clin Gastroenterol Hepatol 2011;9:30-5
8. Juneja M et al. Geriatric inflammatory bowel disease: phenotypic presentation, treatment patterns, nutritional status, outcomes, and comorbidity. Dig Dis Sci 2012;57:2408-15
9. Anathakrishnan AN et al. Inflammatory bowel disease in the elderly is associated with worse outcomes: a national study of hospitalizations. Inflamm Bowel Dis 2009;15:182-9
10. Charpentier C et al. Les MICI du sujet âgé. Hépatogastro 2013;20:719-29