



MALADIE DE CROHN ET TABAC

La maladie de Crohn est une pathologie inflammatoire, d'étiologie inconnue, qui touche l'ensemble du tube digestif de la bouche à l'anus, avec une préférence pour la région iléo-colique.

La maladie de Crohn et le tabac

Les facteurs environnementaux ont un rôle important, sur un terrain génétique prédisposant, dans le déclenchement et l'entretien de la maladie de Crohn. Parmi ces facteurs, le tabac est certainement le plus clairement identifié. En effet, il a fait l'objet de nombreux travaux que l'on peut classer en 3 questions :

Première question : le tabac peut-il provoquer la maladie de Crohn ?

Deuxième question : le tabac peut-il déséquilibrer et aggraver une maladie de Crohn ?

Troisième question : l'arrêt du tabac permet-il de modifier l'évolution d'une maladie de Crohn ?

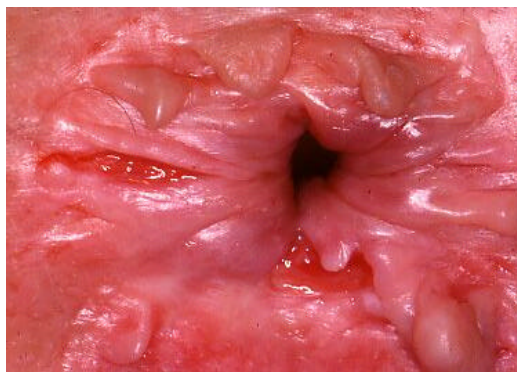


Figure 1 : Ulcérations anales de la maladie de Crohn.

- 1° niveau :

Une première série d'études montre que le tabac est un facteur de risque de la maladie de Crohn. En synthèse, une publication, parue en 1989, analyse les articles publiés (21 articles) dans la littérature anglaise sur le rôle nocif du tabac dans les maladies inflammatoires intestinales (1). Ses conclusions insistent déjà sur l'association directe entre le tabac et la maladie de Crohn, retrouvée dans l'ensemble des études. Comparés à des non-fumeurs, les fumeurs ont un risque doublé de développer une maladie de Crohn, sans lien évident avec l'importance du tabagisme. A ce stade, le mécanisme de l'effet nocif du tabac sur la paroi de l'intestin reste non précisé.

Le rôle du tabagisme passif est plus discuté. Une étude de 1993 (2) montre que l'exposition passive au tabac à la naissance augmente le risque ultérieur de développer une maladie de Crohn (risque x 5,3) et ce quel que soit le parent fumeur. L'effet nocif du tabac est donc lié à son inhalation plus qu'à un passage transplacentaire.



Figure 2 : Abscès de l'anus dans une maladie de Crohn.

- 2° niveau :

A cette étape, la littérature montre l'influence du tabac sur l'évolution de la maladie de Crohn. Le risque de rechute est étudié chez 622 patients présentant une maladie de Crohn peu intense (3). Une rechute est survenue chez 46 % des fumeurs contre 30 % des non-fumeurs et 23 % pour les anciens fumeurs. Le seuil de 15 cigarettes par jour était déterminant.

Une étude réalisée chez 174 patients, parue en 1990, a montré que le taux de récurrences (manifestations nécessitant une reprise chirurgicale) à 5 et 10 ans était de 20 et 41 % chez les non-fumeurs et de 36 et 70 % chez les fumeurs (4).

Une analyse réalisée chez 182 patients, parue en 1994, montre, après 6 ans d'observations, l'absence de rechute chez 27% de fumeurs, 60% de non-fumeurs et 71% d'anciens fumeurs ainsi que d'absence de chirurgie chez 76 % de fumeurs, 92 % des non-fumeurs et 79 % d'anciens fumeurs (5). Les risques chez les fumeurs augmentaient significativement avec l'importance et l'ancienneté du tabagisme.

Une publication, parue en 1996, montre la nécessité de recourir plus souvent à un traitement médicamenteux lourd (immunosuppresseurs) chez les fumeurs (6). Différents mécanismes d'action sont suggérés, des troubles de la micro circulation, une altération du mucus intestinal par la nicotine ou des modifications de la réponse immunitaire (5,6).

En synthèse, par rapport aux non-fumeurs, les fumeurs présentent des rechutes de la maladie plus rapprochées et plus sévères, avec des risques plus fréquents de recours aux immunosuppresseurs et des récurrences post-chirurgicales plus fréquentes et plus rapides. De plus, les anciens fumeurs semblent revenir à des risques identiques aux non-fumeurs.

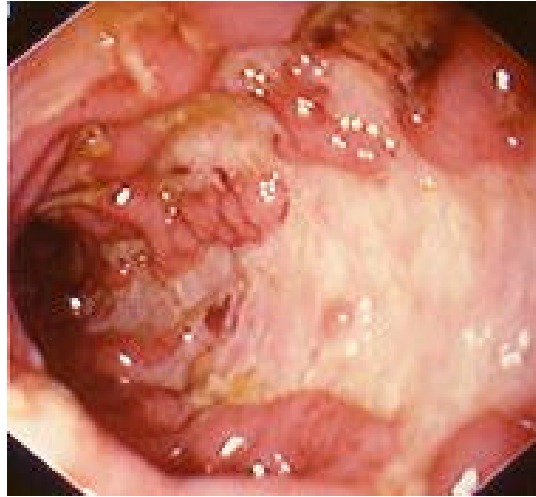


Figure 3 : Ulcérations du côlon dans une maladie de Crohn.

- 3° niveau :

L'ensemble des résultats de ces deux premiers groupes d'études souligne le rôle nocif du tabac dans la maladie de Crohn et impose de s'intéresser à l'évolution de la maladie après arrêt du tabac.

Certaines publications montrent le bénéfice de l'arrêt du tabac en étudiant des groupes de patients fumeurs, anciens fumeurs et non-fumeurs (5,7). Surtout, une étude récente évalue les effets d'un programme d'arrêt du tabac sur l'histoire naturelle de la maladie de Crohn chez 474 patients consécutifs fumeurs (8). Elle permet de souligner différents points :

- 1) Après un an de sevrage, la comparaison des 3 groupes, fumeurs, anciens fumeurs et non-fumeurs, montre une différence dans l'évolution de la maladie et sa thérapeutique.
- 2) Le groupe fumeurs présente un risque de rechute de la maladie, une gravité des poussées et des besoins en corticoïdes et immunosuppresseurs significativement plus importants.
- 3) Chez les anciens fumeurs, l'évolution de la maladie se traduit par une réduction de 65 % du risque de rechute, et les besoins thérapeutiques sont identiques aux groupes non-fumeurs.

Par contre, le taux de complications ano-périnéales et le recours à la chirurgie sont similaires dans les trois groupes probablement du fait de la durée trop courte de ce travail.

En Europe, le taux élevé, environ 50 %, de fumeurs parmi les patients présentant une maladie de Crohn soulignent l'importance thérapeutique des résultats de cette étude.

La prise en charge de ces patients n'a permis un arrêt du tabac pendant plus d'un an que chez 12 %, chiffre à opposer aux taux de l'ordre de 30 % observés habituellement en cas de maladie coronarienne. Les facteurs favorisant le sevrage ont été : le médecin responsable, une intervention chirurgicale antérieure, un statut socio-économique élevé et la prise de contraceptifs oraux chez la femme.

Ces éléments montrent qu'il est encore nécessaire d'insister sur l'effet néfaste du tabac dans la maladie de Crohn aussi bien parmi les patients que les médecins (les médecins les plus convaincus avaient le plus fort taux de réussite dans le sevrage).

CONCLUSION

En conclusion, malgré certaines réserves sur le rôle des modifications alimentaires et psychologiques associées au sevrage du tabac, cette étude démontre que l'arrêt du tabac peut modifier considérablement l'évolution de la maladie de Crohn et qu'il est donc fondamental d'arriver à convaincre les patients de la nécessité de cet arrêt.

REFERENCES

- 1 : Calkins BM. A meta-analysis of the role of smoking in inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci* 1989 Dec;34(12):1841-54.
- 2 : Lashner BA, Shaheen NJ, Hanauer SB, Kirschner BS. Passive smoking is associated with an increased risk of developing inflammatory bowel disease in children. *Am J Gastroenterol* 1993 Mar;88(3):356-9.
- 3 : Cosnes J, Carbonnel F, Carrat F, Beaugerie L, Cattan S, Gendre J. Effects of current and former cigarette smoking on the clinical course of Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1999 Nov;13(11):1403-11.
- 4 : Sutherland LR, Ramcharan S, Bryant H, Fick G. Effect of cigarette smoking on recurrence of Crohn disease. *Gastroenterology* 1990 May;98(51):1123-8.
- 5 : Cottone M, Rosselli M, Orlando A, Oliva L, Puleo A, Cappello M, Traina M, Tonelli F, Pagliaro L. Smoking habits and recurrence in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1994 Mar;106(3):643-8.
- 6 : Cosnes J, Carbonnel F, Beaugerie L, Le Quintrec Y, Gendre JP. Effects of cigarette smoking on the long term course of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1996 Feb;110(2):424-3.
- 7 : Timmer A, Sutherland LR, Martin F. The Canadian Mesalamine for Remission of Crohn's Disease Study Group. Oral contraceptive use and smoking are risk factors for relapse in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1998 Jun;114(6):1143-50.
- 8 : Cosnes J, Beaugerie L, Carbonnel F, Gendre JP. Smoking cessation and the course of Crohn's disease : an intervention study. *Gastroenterology* 2001 Apr;120(5):1093-9.