

**Laboratoire de Recherche sur les Maladies Inflammatoires Cryptogénétiques  
de l'Intestin**

**Association Algérienne de Développement de la Formation Continue  
et d'évaluation des Pratiques Médicales en Hépatogastroentérologie**

**Quelques données épidémiologiques  
de la maladie de Crohn à Alger**

**Réunion de Consensus sur la  
Maladie de Crohn**

**A.Balamane, N.Smail, A.Benhabyles**

Alger les 25 et 26 septembre 2013

Auditorium de l'institut Pasteur d'Algérie Dely Ibrahim

# Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI)

- État inflammatoire se manifestant cliniquement de façon aigue, subaiguë, ou chronique
- Représentés essentiellement par la Rectocolite Hémorragique(RCH) et la Maladie de Crohn (MC) ainsi que par « les colites inclassables » ou indéterminées dont les caractères atypiques ne permettant pas un classement en RCH ou MC
- **RCH**: atteinte exclusivement colique
- **MC**: atteinte de l'ensemble du tube digestif

# Pathogénie

- Encore mystérieuse
- Multifactorielle
  - Prédisposition génétique
  - Facteurs d'environnement:
    - Tabac + Flore microbienne intestinal
  - Immunitaire: dérégulation du Système Immunitaire intestinal

# Épidémiologie

- Répartition ubiquitaire mais inégale
  - Zones de haute prévalence: USA, UK , Europe du Nord
  - Zones de prévalence intermédiaire: Europe du sud
  - Zones de faible prévalence
- Évolution générale:
  - Dans les pays à forte prévalence « historique »
    - RCH:** fort accroissement jusqu'aux années 1970 puis stabilisation
    - MC:** stabilisation depuis les années 1980-1990
  - Dans les pays à faible prévalence « historique »:
    - Évolution variable
    - Algérie?

# Objectifs du travail

- Étudier l'évolution épidémiologique des MICI dans la wilaya d'Alger entre 1981 et 2006 en comparant les résultats de 3 études prospectives successives.
- Apprécier le profil anatomo clinique des MICI à Alger

# Patients et Méthodes

# Patients et Méthodes (1)

- Zone d'étude : Wilaya d'Alger, nord centre de l'Algérie
- Population étudiée :
  - Patients âgés de plus de 16 ans demeurant dans la Wilaya d'Alger depuis plus de 6 mois
  - 3 études:
    - 1981-1985: 1 612 000 habitants
    - 1994-1998: 2 562 482 « « « «
    - 2003-2006: 3 700 000 « « « «
- Méthodologie commune aux 3 études

# Patients et Méthodes (2)

- Mode de recrutement:
  - Centres hospitaliers et universitaires d'Alger(GE, MI ,Chirurgie)
  - Polycliniques, enquêtes familiales
  - Médecins gastroentérologues de pratique libérale
- Homogénéité du corps médical
- Bilan complet; clinique, endoscopique + histologique, radiologique si nécessaire
- Critères de Dgc = Critères de Kirsner <sup>1</sup> légèrement modifiés
- Critères topographiques = Classification de Montréal <sup>2</sup>
- Renseignements recueillis reportés sur un dossier préétabli informatisé traité par le logiciel Spi Mad Info

**1- Kirsner JP: IBD,Gitnik G Editor-1991,5-22**

**2- Silverberg MS : Can J Gastroenterology2005,19 (Supl A):5A-36A**

# Patients et Méthodes (3)

- **Classement des patients:**

Cas incident: tout patient identifié pour la première fois comme souffrant de MICI dans l'année de l'étude

--**Certain:** aspects caractéristiques sur tous les plans

--**Probable:** aspects cliniques et endoscopiques caractéristiques  
histologie non caractéristique, incomplète ou douteuse

--**Cas possible:** entérocolites chronique, données non caractéristiques

- **Ont été écartés de l'étude:**

--Cas possibles

--Colites aiguës non spécifiques

--Colites chroniques inclassables non reclassées au terme de l'étude

- ***Etude statistique : test t de student et Khi2 analyse faite par excell***

# Résultats(I)

Données épidémiologiques:  
évolution épidémiologique des MICI (1981-2006)

# Diagnostics retenus

Total MICI	141 (1981-19851)	250 (1994-1998)	330 (2003-2006)
RCH	86(65%)	121(48,4%)	159(48,2%)
MC	55(39%)	129(51,6%)	171(51,8%)
RCH/MC	1,56/1	0,93/1	0,93/1
Colites inclassables	19/160 (11,8%)	26/276 (9%)	5/335 (1,5%)

# Fréquence des hospitalisations

	1981-1985 Pour 10 000 h	1994-1998 Pour 10 000h	2003-2006 pour 10 000
RCH	45,44 (67,7%)	61,7 (49,7%)	79,18 (41,2%)
MC	22,06 (32,7%)	63,34 (50,7%)	118 (59,86%)

Progression lente et modérée pour la RCH  
*Progression rapide et importante pour la MC*

# Incidence annuelle des MICI

	<b>1981-1985</b> <b>Pour 100 000 h</b>	<b>1994-1998</b> <b>Pour 100 000 h</b>	<b>2003-2006</b> <b>Pour 100 000h</b>
RCH	1,24	1,54	1,38
MC	0,79	1,64	1,49

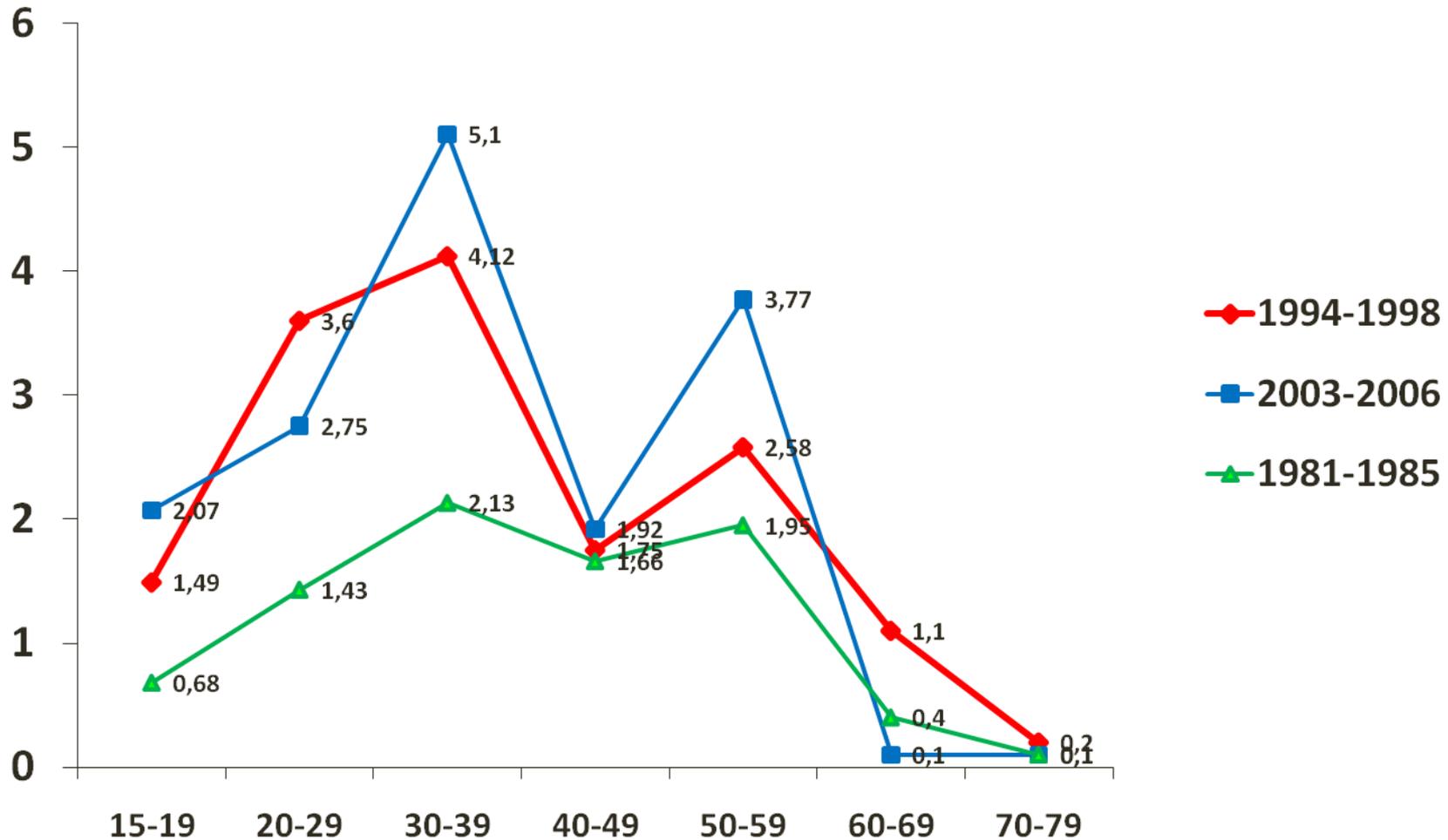
# Prévalence globale calculée

	<b>1981-1985</b> <b>Pour 100 000h</b>	<b>1994-1998</b> <b>Pour 100 000h</b>	<b>2003-2006</b> <b>Pour 100 000h</b>
<b>RCH</b>	18,6	23,1	20,7
<b>MC</b>	11,8	24,6	22,3

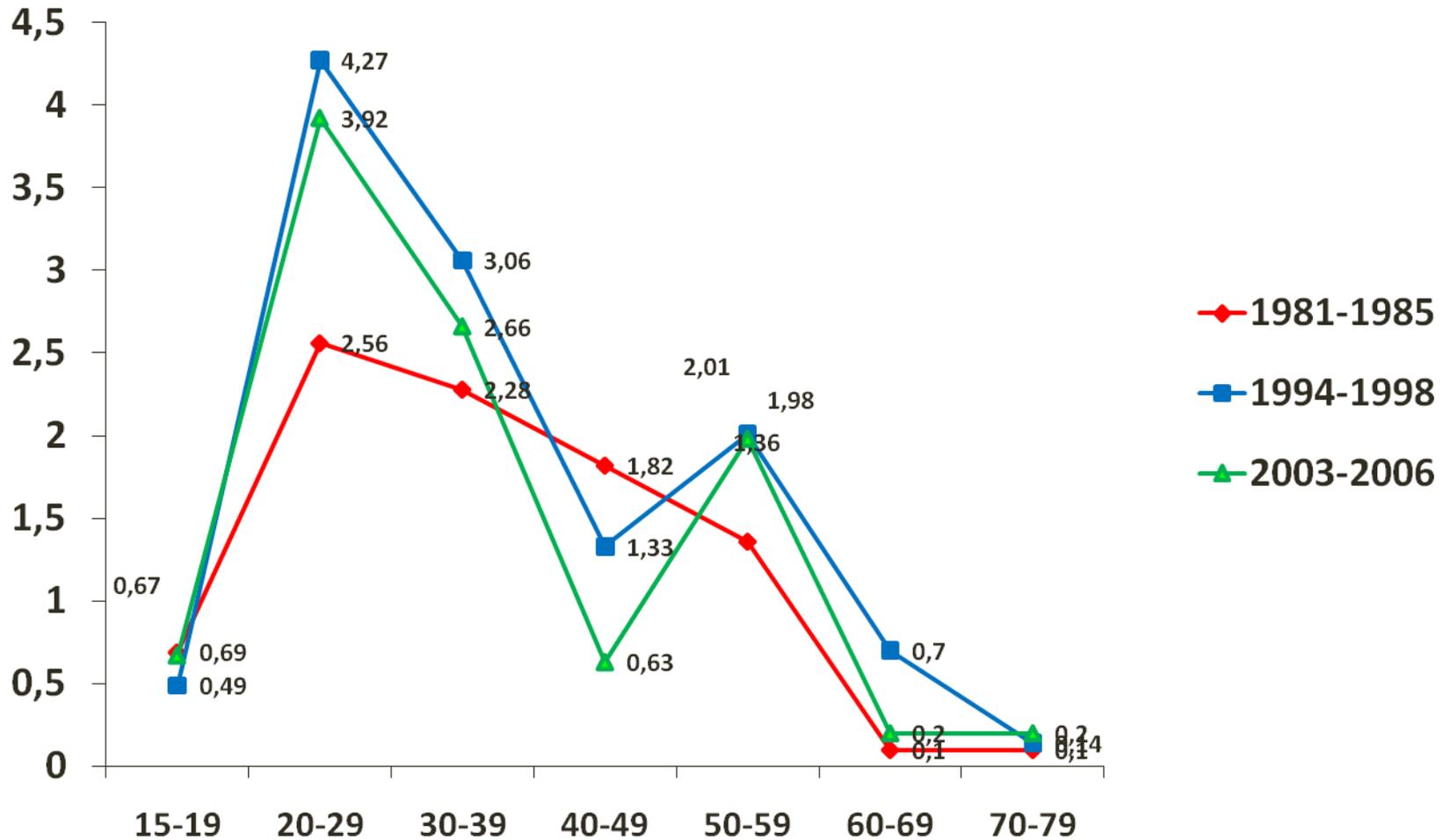
# Répartition en fonction du sexe

	Hommes(n°&%)	Femmes(n°&%)	Total	Sex ratio H/F
<b>1981-1985</b>				
<b>MICI</b>	80(56,7%)	61(43,3%)	141	1,31/1
<b>RCH</b>	44(51,18%)	42(48,9%)	86	1,04/1
<b>MC</b>	36(65,4%)	19(34,6%)	55	1,89/1
<b>1994-1998</b>				
<b>MICI</b>	137(54,8%)	113(45,28%)	250	1,21/1
<b>RCH</b>	65(53,7%)	56(46,3%)	121	1,15/1
<b>MC</b>	72(55,8%)	56(44,2%)	129	1,23/1
<b>2003-2006</b>				
<b>MICI</b>	164(49,7%)	166(50,3%)	330	0,98/1
<b>RCH</b>	81(50,9%)	78(49,1%)	159	1,03/1
<b>MC</b>	83(48,5%)	88(51,5%)	171	0,94/1

# Répartition des incidences par tranches d'âge au cours de la MC chez la femme



# Répartition des incidences par tranches d'âge au cours de la MC chez l'homme



# Discussion (I)

Épidémiologie de la MC

# Discussion(1)

- Essentiellement consacrée à la partie épidémiologique de ce travail
- Étude épidémiologique de MICI: nombreux écueils liés à leur nature, à leur évolution particulière, insuffisances méthodologiques
- Comparaison des études délicate:
  - Études rétrospectives Vs études prospectives
  - Difficultés de classification et de définition en l'absence d'étiologie
  - Disparité des systèmes de santé dans le monde
  - Variation interobservateur pour le diagnostic
  - Sélection des patients → biais de recrutement
  - Méthodologie de collecte variable
  - Niveau et moyens de santé très variable

# Discussion(2)

- Notre travail comporte des:
- « **points forts** »:
  - Zones géographique bien délimitée, population bien définie et stable
  - Critères de diagnostic préétablis internationalement reconnus
  - Cas réellement incidents certains ou probables
  - Recrutement le plus large possible
  - Infrastructures sanitaire de la Wilaya 'Alger suffisante
  - Méthodologies identiques dans nos études

## **Insuffisances:**

- Cas pédiatriques non inclus
- Pas de follow-up systématique
- Taille de la population peut-être trop importante?
- Durée des enquêtes trop longues

# Discussion(3)

- **Ratio RCH/MC**
- **RCH>MC** 1,39/1 à 1,21/1  
Tysk(Suède) Menikholm, Langholz, Roui(Danemark), Mouni, Hang(Norveg)  
Rubin (RU)Bologne, Florence(Italie), Grèce  
Étude coopérative européenne
- **RCH<MC** 0,45/1 à 0,85/1  
France-Canada-Ecosse
- **RCH=MC**  
Hong kong
- **A Alger:**  
1981-1985: **RCH>MC**; 1,56/1  
1994-1998 & 2003-2006: **RCH<MC**: 0,93/1

# Résultats(4)

## MC

- **Incidence élevée:**  $>5 \cdot 10^5$ 
  - USA:  $6,19 \cdot 10^5$
  - Europe du Nord:  $7,10 \cdot 10^5$
- **Incidence intermédiaire ou modérée:**  $<5 \cdot 10^5$ 
  - Europe du sud:  $3,8 \cdot 10^5$
  - Asie :  $0,3 \cdot 10^5$ (Japan) à  $1,74 \cdot 10^5$ (Corée)
  - Afrique:  $0,3 \cdot 10^5$  à  $2,6 \cdot 10^5$
  - Amérique du sud: exceptionnelle

# Résultats(5)

- **Prévalence**

- **RCH:**

**Élevée:** au Canada: 169 à 229.10<sup>5</sup>  
aux USA: 160 à 230.10<sup>5</sup>  
Europe: 121 à 161,2.10<sup>5</sup>

**Intermédiaire ou faible:**

7,6 .10<sup>5</sup> (Séoul) à 70,6 .10<sup>5</sup>(Palestine)

- **MC**

**Élevée:** USA:162 .10<sup>5</sup>(Olmsted country)  
Canada: 198,5 .10<sup>5</sup>(Mannitiba)  
Europe: 54 à144 .10<sup>5</sup>

**Intermédiaire ou faible:** Croatie: 8,3 10<sup>5</sup>  
Palestine:19,5.10<sup>5</sup>  
Japon: 5,8 .10<sup>5</sup>

# Résultats(6)

## Incidence/Prévalence

- Grandes différences géographiques
- Gradient Nord-Sud++
  - Europe(Shivanenda)
  - USA(Smnouberg)
  - France(colombel-Flammenbaum)
- Gradient :Nord-ouest (Colombel-pagenault)
- Régions développées+++ Vs Pays en développement

# Résultats

## Évolution dans le temps de l'incidence

- USA-Europe:
- Olmsted county(1940-2000)
- Cardiff(1931-1990)
- Derby(1951-1985)
- Copenhague(1962-1992)
- Malmo(1958-1982)
- Islande(1950-1979)
- France(1988-2005)

**RCH:Accroissement de 1930 à 1970 puis stabilisation**

**MC: Accroissement de 1940 à 1980depuis stabilisation**

# Résultats(7)

A Alger (2003-2006)

- **Incidence**

RCH: 1,38 .10<sup>5</sup>

MC: 1,49 .10<sup>5</sup>

- **Prévalence:**

RCH:20,7 .10<sup>5</sup>

MC: 22,35 .10<sup>5</sup>

- MICI: Incidence et prévalence faible

# Résultats(8)

## Évolution épidémiologique en Algérie

- RCH: stable de 1981 à 2006(1,24; 1,54; 1,38)
- **MC**: accroissement de 1981 à 1998(0,79 à 1,64) puis stabilisation de 1998 à 2006(1,64 à 1,49)

# Résultats (9)

## Sexe:

### RCH:

- **F>H:** SR :1.2 à 2,5/1  
Norvège, Angleterre, Tchéquie
- **F=H:**  
Australie- Grèce-Danemark-Croatie
- **F<H:** SR: 0,83 à 0,91  
USA-Inde-Suède-Hollande-Italie

### MC:

- **F>H** SR: 1,31 à 1,7/1  
OMGE-Danemark-RU-France –Ecosse-Suède
- **F<H:** 0,8 à 0,92/1(Séoul,Chine)
- **F=H:** Italie-Olmsted county USA

# Discussion (1)

## SEXE

- A Alger
  - RCH: légère prédominance masculine(SRHF:1,03/1)
  - MC :légère prédominance féminine(1,05/1)
- Évolution dans le temps:
  - Alger RCH:Ratio stable ( 1,04/1; 1,15/1 ; 1,03/1)
  - MC: Augmentation des cas féminins: SR:H/F:1,89/1--→0,94/1
  - Dans le monde ( évolution variable mais peu importante)

# Discussion(2)

## Age

### RCH et MC:

- Adulte jeune+++
- Courbe de distribution des incidences:
  - 20 à 30 ans+++
  - Unimodale ou bimodale:2eme pic après 50 ans
- A Alger: courbe bimodale au cours des 3 études

# Conclusions- perspectives(1)

## Sur le plan épidémiologique

1- MICI: non rares à Alger:

**MC**:  $1,49 \cdot 10^5/h/an$  ; **RCH**:  $1,38 \cdot 10^5/h/an$

2- MC plus fréquente que la RCH

3- évolution épidémiologique dans le temps:

**RCH**: incidence stable depuis 25 ans

**MC**: accroissement de l'incidence entre 1981 et 1998  
stabilisation depuis 1998

4- hommes et femmes sont également touchés

5- adultes jeunes(20-40 ans) ; 2 e pic de fréquence après 50 ans

# Conclusions-perspectives(2)

## Perspectives

- Incidences actuelles des MICI=Incidence des pays du nord il y a 40-50 ans
- Progression de l'Incidence de la MC en 25 ans

## Question:

- Doit –on craindre un accroissement plus important de l'incidence des MICI (ou de la MC) dans les 3 à 4 prochaines décennies

## Réponse:

- Surveillance étroite , prospective et périodique de la situation épidémiologique de ces maladies
- Nécessité d'études plus larges à l'échelle nationale