

**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 aiguë, 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 ¹ légèrement modifiés
- Critères topographiques = Classification de Montréal ²
- 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 Gastroenterology 2005,19 (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

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

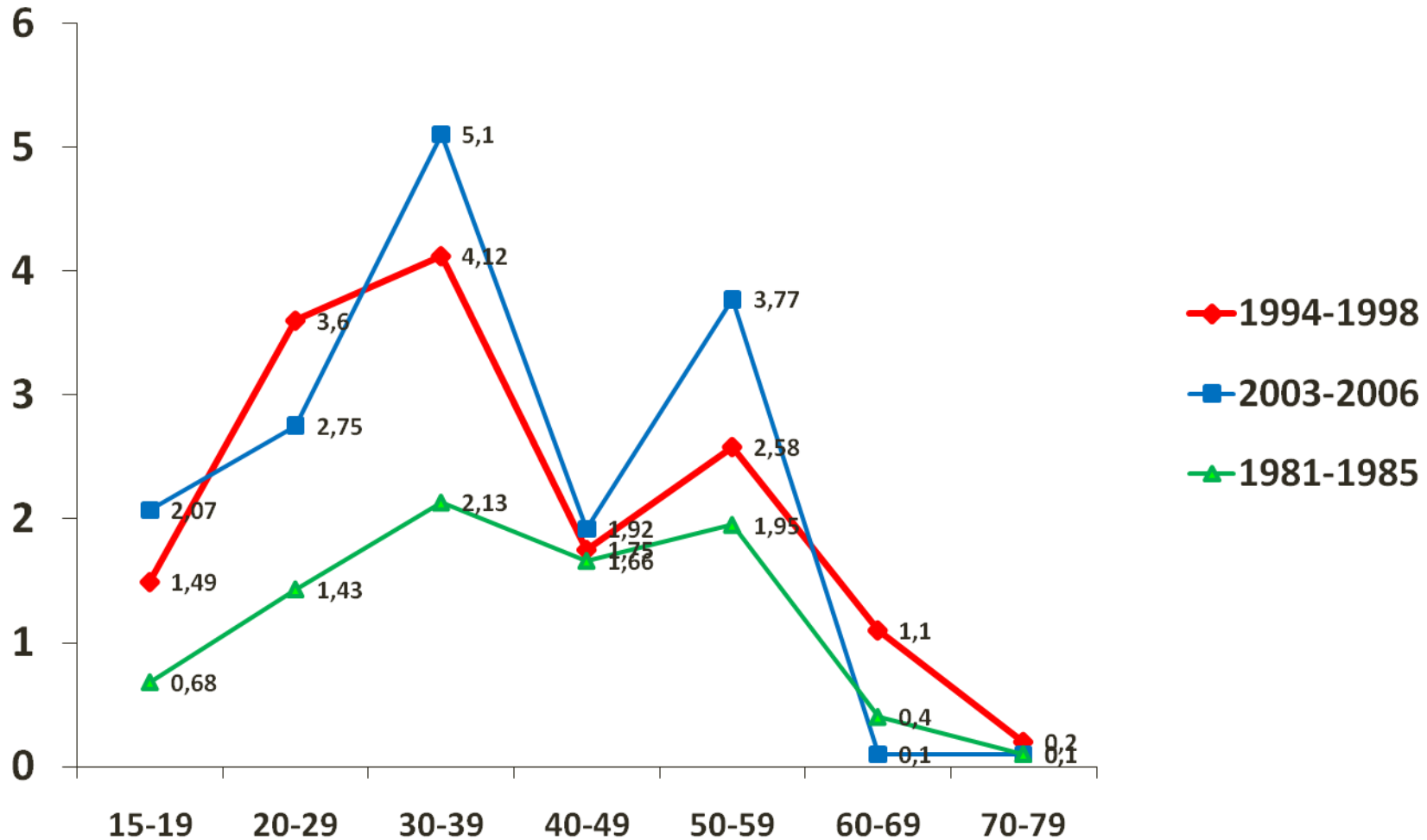
Prévalence globale calculée

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

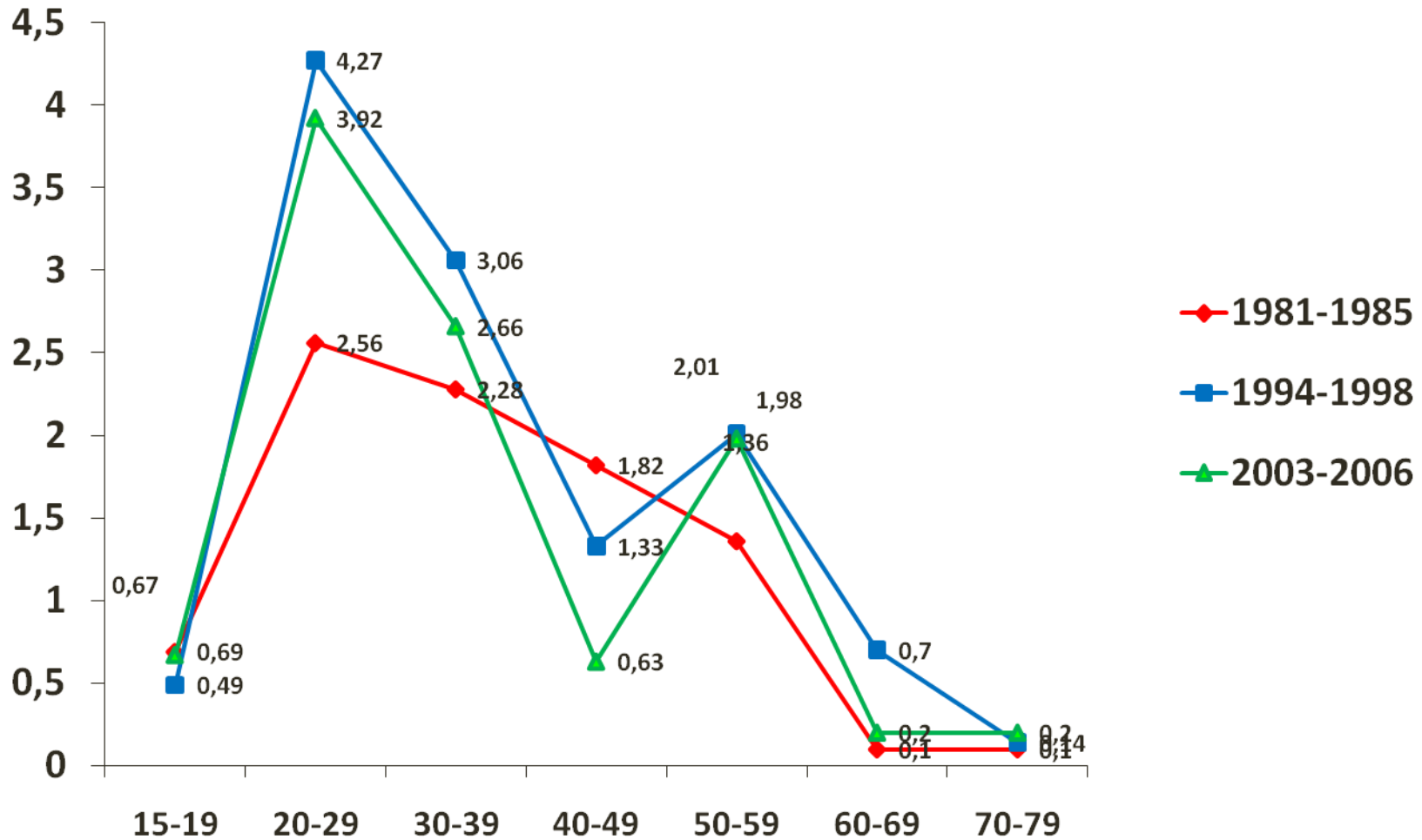
Répartition en fonction du sexe

	Hommes(n°&%)	Femmes(n°&%)	Total	Sex ratio H/F
1981-1985				
MICI	80(56,7%)	61(43,3%)	141	1,31/1
RCH	44(51,18%)	42(48,9%)	86	1,04/1
MC	36(65,4%)	19(34,6%)	55	1,89/1
1994-1998				
MICI	137(54,8%)	113(45,28%)	250	1,21/1
RCH	65(53,7%)	56(46,3%)	121	1,15/1
MC	72(55,8%)	56(44,2%)	129	1,23/1
2003-2006				
MICI	164(49,7%)	166(50,3%)	330	0,98/1
RCH	81(50,9%)	78(49,1%)	159	1,03/1
MC	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 229.10⁵
aux USA: 160 à 230.10⁵
Europe: 121 à 161,2.10⁵

Intermédiaire ou faible:

7,6 .10⁵ (Séoul) à 70,6 .10⁵(Palestine)

- **MC**

Élevée: USA:162 .10⁵(Olmsted country)
Canada: 198,5 .10⁵(Mannitiba)
Europe: 54 à144 .10⁵

Intermédiaire ou faible: Croatie: 8,3 10⁵
Palestine:19,5.10⁵
Japon: 5,8 .10⁵

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 .10⁵

MC: 1,49 .10⁵

- **Prévalence:**

RCH:20,7 .10⁵

MC: 22,35 .10⁵

- 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