

crohn colite

Nom du guide de pratique clinique

Poussée soupçonnée de MII chez un patient ambulatoire.

Objectif

Prise en charge optimale d'une poussée de MII.

Population de patients

Patients adultes de 18 ans ou plus ayant un diagnostic connu de MII.

Clare McCabe Woodrow, I.A. (Alberta Health Services)
D^{re} Irina Nistor, IP-Adultes, M. Sc. inf., Ph. D. (Hôpital Mount Sinai)

À retenir

La réalisation d'une évaluation permettra d'effectuer le triage des symptômes du patient afin de déterminer le degré d'urgence. Un bon jugement clinique, des compétences en évaluation et la connaissance des MII permettront, en collaboration avec le médecin ou l'infirmière, de déterminer les tests supplémentaires ou le traitement requis.

Ces outils d'aide à la décision clinique ont été mis au point par des experts canadiens dans le domaine des maladies inflammatoires de l'intestin (MII), et sont basés sur leur interprétation des données probantes actuelles et des considérations spécifiques au système de soins de santé canadien. Des lignes directrices internationales provenant d'Europe et des États-Unis sont disponibles; elles peuvent toutefois refléter des facteurs régionaux qui ne sont pas directement applicables partout au Canada.

Introduction

Une poussée de MII se définit par la réapparition des symptômes de la maladie. Ce guide de pratique clinique vise à soutenir les médecins dans le processus de prise de décisions lorsqu'ils sont confrontés à une poussée en milieu ambulatoire. Voir les étapes ci-dessous.

1. Utiliser les informations recueillies auprès du patient pour consigner l'[indice de Harvey Bradshaw](#) (IHB) ou le [score partiel de Mayo \(pMayo\)](#); si la MII n'est pas classifiée, alors l'IHB sera utilisé.
2. Communiquer l'évaluation terminée au médecin/à l'infirmière responsable dans les délais suivants indiqués au Tableau 1.

Tableau 1 : Délais pour l'évaluation du patient

Délai	Directives concernant l'évaluation du patient	Mode de communication
Urgent/immédiat	<p>Le patient nécessite une intervention immédiate/ doit passer un examen ou ne pourrait pas être en mesure d'attendre jusqu'au lendemain dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur abdominale qui n'est soulagée par aucune intervention • Nausées/Vomissements • Saignement rectal abondant • Nouvelle fistule avec fièvre élevée • Fièvre élevée, non améliorée par l'intervention • Fièvre élevée pendant un traitement biologique • Changement soudain/inexpliqué de l'état de santé • Douleurs et ballonnements importants ou incapacité à évacuer 	<p>Contactez par téléavertisseur le médecin/l'infirmière pour leur parler directement.</p> <p>S'il faut admettre le patient à l'hôpital, se reporter aux directives d'admission – ordonnances de soins aux patients atteints de MII</p>

	des selles depuis 48 heures (obstruction) <ul style="list-style-type: none"> • Pression périanale, douleur et gonflement 	
Semi-urgent	Le patient est en mesure d'attendre de 2 à 3 jours pour l'intervention/l'examen dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Drainage de la fistule connue • Incontinence fécale/urgence • Diarrhée nocturne • Diarrhée plus fréquente • Ballonnements • Fatigue • Perturbation des activités quotidiennes 	Envoyer un courriel, ou un message dans le dossier médical électronique (DME), au médecin/à l'infirmière praticienne

- Sous la direction du médecin/de l'infirmière, ou selon la procédure standard, réaliser les examens de laboratoire/d'imagerie diagnostique basés sur l'évaluation :
 - Requête d'analyse de laboratoire pour poussée de MII (FSC, CRP, ferritine, NA, K, CL, ALB, PAL, ALT, créatinine),
 - Requête d'analyse de microbiologie : recherche de *Clostridium difficile* (*C. diff.*) et culture de selles en cas de présence de diarrhée. ([PACE QPI 1](#))*.
 - Des tests de dépistage de parasites doivent être envisagés si le patient a récemment voyagé, a fait du camping, ou a consommé de l'eau de puits, de la viande crue ou du poisson cru*. Un suivi thérapeutique pharmacologique peut être envisagé si le patient reçoit une thérapie innovante et qu'aucun résultat récent n'est disponible.
 - Requête de calprotectine fécale (si disponible).
 - Radiographie de l'abdomen avec 3 vues si le patient présente des ballonnements, des douleurs abdominales, des nausées, des vomissements**.
 - Si l'on envisage l'instauration d'un médicament de thérapie innovante, consulter le protocole [Instauration d'une thérapie innovante](#) pour connaître les évaluations à réaliser avant le traitement.

* Demander un panel PCR multiplex d'agents pathogènes gastro-intestinaux plutôt que des tests individuels, si cet examen est disponible.

** Mise en garde : Bien que les radiographies présentent une sensibilité modérée pour détecter une occlusion de l'intestin grêle de haut grade, elles sont moins utiles pour distinguer une occlusion de l'intestin grêle d'une occlusion du gros intestin et pour distinguer une obstruction partielle d'un l'iléus. Une tomodensitométrie abdominale est généralement nécessaire.

- Remettre les requêtes au patient de l'une des manières suivantes :
 - télécopier la requête au laboratoire/au centre de radiologie le plus proche du patient;
 - envoyer la requête au patient par courriel, par courrier postal standard, ou par télécopie;
 - remettre les requêtes au patient s'il est dans la clinique.
- Le patient doit contacter la clinique une fois les analyses terminées. Si ses symptômes s'aggravent, il doit être vu par un omnipraticien ou se rendre aux urgences.

6. Examiner les résultats avec le médecin/l'infirmière pour déterminer s'il y a lieu de poursuivre les examens, de faire un suivi ou de changer de traitement.

Évaluations sous la supervision du médecin :

1. Envisager les imagerie et les interventions suivantes :
 - Échographie intestinale (POCUS), si cet examen est disponible.
 - Entérographie par TDM/entérographie par RM/échographie abdominale : en cas de douleur abdominale dans le quadrant supérieur droit, d'antécédents d'abcès/sténose.
 - IRM du bassin : en cas de nouvelle fistule ou de douleur.
 - Orientation en chirurgie pour faire un examen sous anesthésie (ESA), poser un séton, drainer un abcès ou procéder à une résection
 - Endoscopie, en fonction des antécédents, pour documenter l'étendue et la sévérité de la maladie.
2. Si le patient présente une maladie légère ou modérée, envisager le budésoude à 9 mg par jour avant d'administrer des corticostéroïdes à action systémique. Si le patient présente une maladie modérée à sévère, débiter la prednisone à 40-60 mg par jour.
3. Envisager un protocole de réduction progressive des corticostéroïdes (consulter la section [Instauration et diminution progressive des corticostéroïdes](#)), si le patient :
 - a précédemment bien répondu aux corticostéroïdes (40 mg – 60 mg par jour pendant plus de 14 jours) sans effet secondaire ou avec des effets secondaires mineurs; ([PACE QPI 3](#))
 - n'a pas eu besoin de deux ou plus de deux traitements par corticostéroïdes à action générale au cours de la dernière année. ([PACE QPI 7](#))
4. Si le patient reçoit un médicament de thérapie innovante, envisager le dosage des anticorps sériques, une augmentation de la dose ou une dose de secours.
 - Envisager un suivi thérapeutique pharmacologique proactif pendant le traitement d'entretien, surtout dans le cas des anti-TNF, même en l'absence de symptômes cliniques, conformément aux recommandations 2023 de l'ECCO/ACG.
 - Une concentration minimale de médicament peut être ajoutée au bilan sanguin initial si aucune donnée récente sur cette concentration n'est disponible.
5. En cas d'échec thérapeutique des premières thérapies innovantes, envisager de passer aux agents plus récents tels que les anti-intégrines, les antagonistes des interleukines 12-23 ou 23, les modulateurs des récepteurs de la sphingosine-1 phosphate (S1P) ou les inhibiteurs de Januse kinases (JAK) selon le profil du patient et les caractéristiques pathologiques.
6. Si le patient prend de l'azathioprine (dose stable depuis 1 mois ou après un changement de dose) :
 - Envisager un dosage des concentrations thérapeutiques des 6-thioguanine nucléotides (6-TGN) et de la 6-méthylmercaptourine (6-MMP).

7. Bonne gestion des antibiotiques : assurer une utilisation judicieuse des antibiotiques si l'on traite une maladie périanale ou des abcès soupçonnés.
8. Établir le calendrier pour une consultation de suivi en clinique, virtuelle ou par téléphone afin d'amorcer la prise en charge.

Références

Maaser, C., Sturm, A., Vavricka, S. R., Kucharzik, T., Fiorino, G., Annese, V, et al. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 1: Initial Diagnosis, Monitoring of Known IBD, Detection of Complications. *Journal of Crohn's and colitis* 2019, 13 (2), 144–164.

<https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjy113>

Feagan BG, Rutgeerts P, Sands BE, Hanauer S, Colombel JF, Sandborn WJ, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med*. 2013; 369(8): 699–710.

<https://doi.org/10.1056/nejmoa1215734>

Garcia KS, et al. Practice of therapeutic drug monitoring in IBD. *World Gastroenterology Organisation Journal*. March 2024. Disponible en ligne :

<https://www.worldgastroenterology.org/publications/e-wgn/e-wgn-expert-point-of-view/articles-collection/practice-of-therapeutic-drug-monitoring-in-ibd>

Guidi L, Pugliese D, Panici Tonucci T, Bertani L, Costa F, Privitera G, et al. Early vedolizumab trough levels predict treatment persistence over the first year in inflammatory bowel disease. *United European Gastroenterol J*. 2019; 7(9): 1189–97. <https://doi.org/10.1177/2050640619873784>

Maglinte D., et al. Radiology of small bowel obstruction: contemporary approach and controversies. *Abdominal Imaging*. 2003; 30(2):160–78. <https://doi.org/10.1007/s00261-004-0211-6>

Sandborn WJ, Feagan BG, Rutgeerts P, Hanauer S, Colombel JF, Sands BE, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for Crohn's disease. *N Engl J Med*. 2013; 369(8): 711–21.

<https://doi.org/10.1056/nejmoa1215739>

Shmais M, Regueiro M, Hashash JG. Proactive versus Reactive Therapeutic Drug Monitoring : Why, When, and How? *Inflammatory Intestinal Disease*. 2021 Sep 6;7(1) : 50–58.

<https://doi.org/10.1159/000518755>

Singh, S., Loftus Jr, E. V., Limketkai, B. N., Haydek, J. P., et al. (2024). AGA living clinical practice guideline on pharmacological management of moderate-to-severe ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 167(7), 1307–1343.

Verstockt B, Dreesen E, Noman M, Outtier A, Van den Berghe N, Aerden I, et al. Ustekinumab Exposure-outcome analysis in Crohn's disease only in part explains limited endoscopic remission rates. *J Crohns Colitis*. 2019; 13(7): 864–72. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjz008>