

crohn colite

Nom du guide de pratique clinique

Algorithme décisionnel – colite ulcéreuse.

Objectif

Fournir une orientation quant au choix du traitement chez les patients atteints de colite ulcéreuse.

Population de patients

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

D^r Frank Hoentjen, M.D., Ph. D. (Université de l'Alberta)
D^{re} Sharyle Fowler, M.D., FRCSC (Université de la Saskatchewan)

À retenir

De nouveaux traitements sont constamment mis au point et doivent être envisagés.

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.

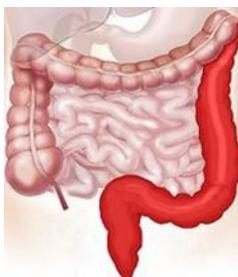
Introduction

La colite ulcéreuse (CU) est une maladie inflammatoire chronique du gros intestin (côlon) qui se limite à la couche muqueuse du côlon et s'étend proximale ment depuis le rectum à divers degrés. Le diagnostic de la CU se base sur une combinaison de présentations cliniques, de résultats endoscopiques et de caractéristiques histologiques qui indiquent une inflammation chronique. Il est important de définir l'étendue et la sévérité de l'inflammation pour orienter le choix du traitement approprié et établir le pronostic.

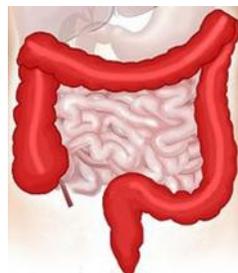
La classification de Montréal de la colite ulcéreuse se base sur l'étendue de la maladie, comme suit :



Rectite ulcéreuse



Colite gauche



Colite extensive/Pancolite

© IBD Unit. Tous droits réservés.

Score de Mayo partiel pour mesurer l'activité de la colite ulcéreuse

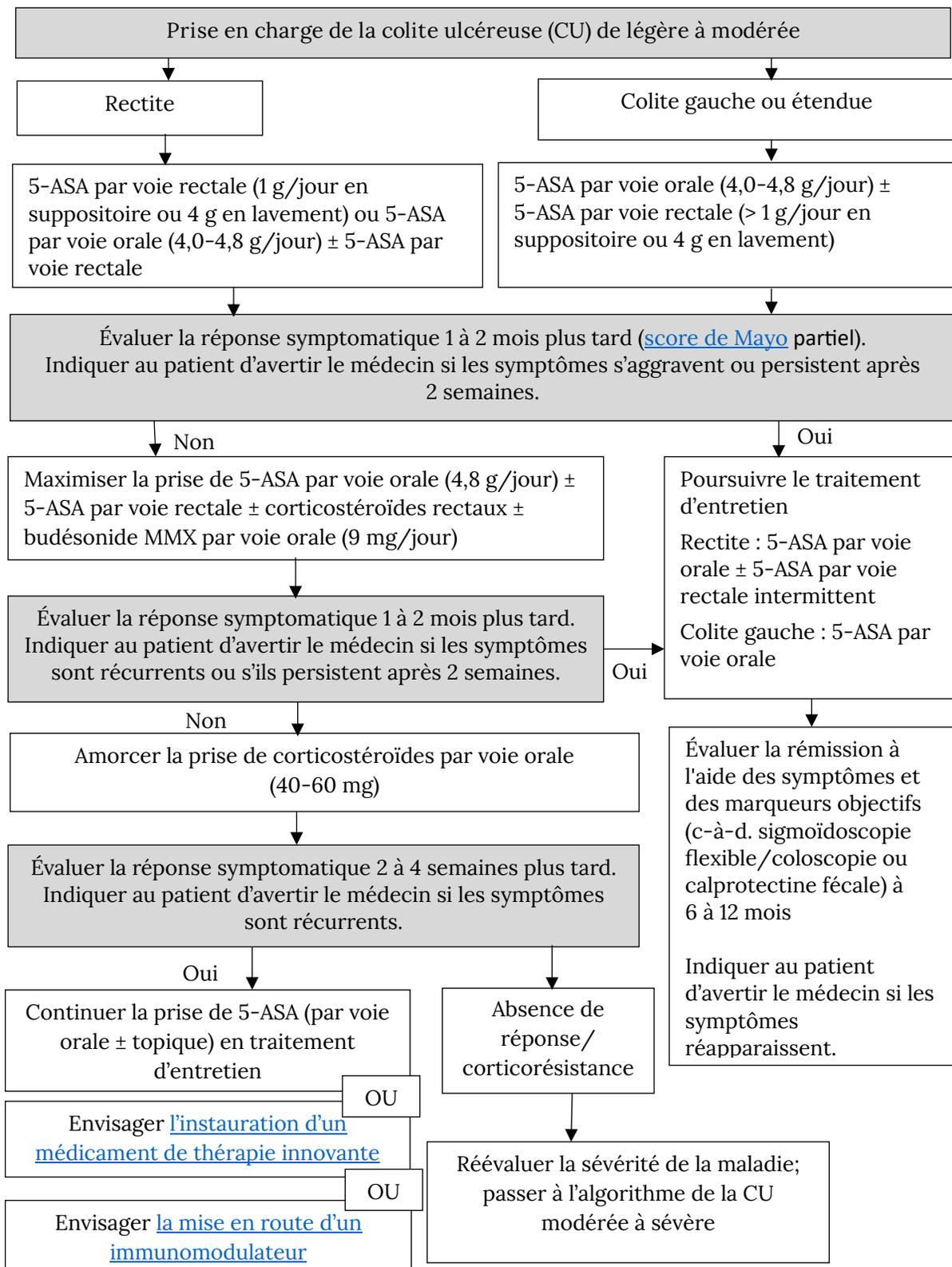
| Paramètre | Évaluation clinique (choix unique) | Score |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------|
| Fréquence des selles (par jour) | Nombre habituel | 0 |
| | 1 à 2 selles en plus du nombre habituel | 1 |
| | 3 à 4 selles en plus du nombre habituel | 2 |
| | ≥ 5 selles en plus du nombre habituel | 3 |
| Présence de sang dans les selles (saignement le plus sévère de la journée) | Absence de sang | 0 |
| | Traces de sang dans les selles moins de la moitié du temps | 1 |
| | Sang évident dans les selles la plupart du temps | 2 |
| | Sang uniquement | 3 |
| Évaluation globale du médecin | Normale | 0 |
| | Légère | 1 |
| | Modérée | 2 |
| | Sévère | 3 |

| Score | Interprétation |
|-------|------------------|
| 0-1 | Rémission |
| 2-4 | Activité légère |
| 5-6 | Activité modérée |
| ≥ 7 | Activité sévère |

Définitions, évaluation diagnostique suggérée et objectif du traitement :

- Corticorésistance : en cas d'absence de réponse clinique à la prednisone par voie orale (40 à 60 mg ou équivalent) dans les 30 jours.
- Corticodépendance : si les corticostéroïdes ne peuvent être graduellement réduits dans les trois mois suivant l'instauration du traitement sans qu'il y ait récurrence de la maladie, ou si la rechute survient dans les trois mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes.
- Les analyses de laboratoire comprennent : formule sanguine complète (FSC), bilan hépatique, albumine, bilan ferrique et protéine C réactive.
- Les analyses des selles comprennent : *Clostridium difficile* (*C. diff.*), cultures de selles et calprotectine fécale.
- Si le patient a récemment voyagé dans une région où les infections parasitaires sont endémiques, envisager une recherche de parasites.
- Endoscopie (sigmoïdoscopie flexible ou coloscopie) au besoin pour modifier le traitement.
- Objectif thérapeutique : atteindre la rémission clinique et endoscopique.

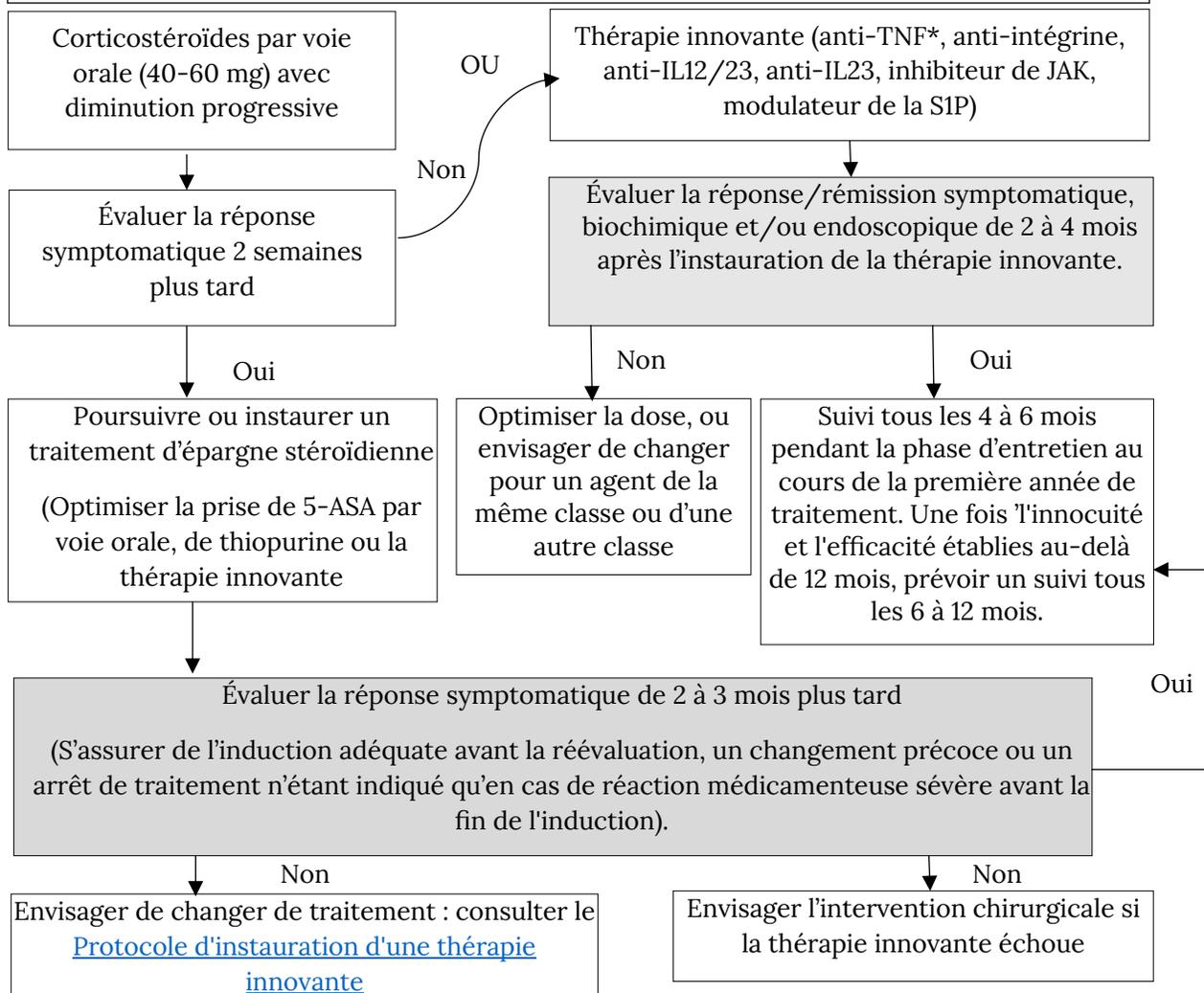
Les algorithmes suivants sont des guides exemplaires pour les prises de décisions thérapeutiques chez les patients atteints de colite ulcéreuse :



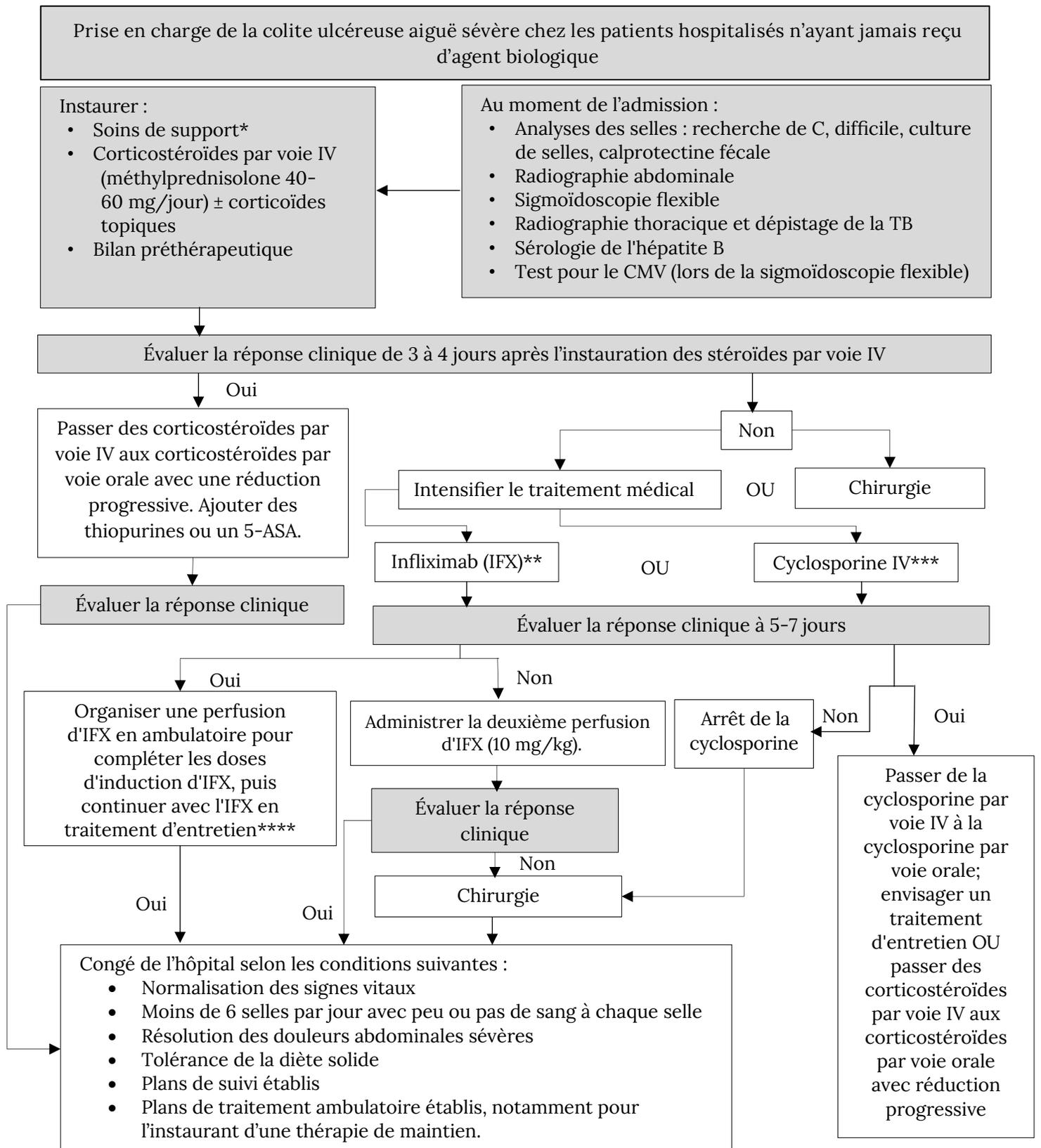
Prise en charge de la colite ulcéreuse active modérée à sévère en ambulatoire

Prendre en compte les éléments suivants lors du choix de la thérapie innovante (prise de décision commune) :

- Préférences et caractéristiques du patient (p. ex., âge, maladies concomitantes, éventuelle grossesse)
- Voie d'administration privilégiée (orale, sous-cutanée ou intraveineuse)
- Risque d'événements indésirables (p. ex., infection, malignité)
- Autres médicaments utilisés; traitement antérieur de la CU
- Accessibilité à un centre de perfusion
- Observance du patient
- Bilan préthérapeutique



* L'anti-TNF ± la thiopurine sont recommandés pour réduire la formation d'anticorps.



* Surveillance des signes vitaux, des selles (fréquence et consistance), de l'hydratation et des désordres électrolytiques, prophylaxie contre la thromboembolie veineuse et soutien nutritionnel.

** Le seuil pour intensifier le traitement en fonction du temps et/ou de la dose devrait être faible, surtout chez les patients malades dont le taux d'albumine est faible.

*** Non couramment utilisé au Canada.

**** L'IFX doit être administré en traitement d'association pendant au moins 6 mois à la sortie de l'hôpital.

Remarque : Une consultation auprès d'un spécialiste s'impose avant l'utilisation d'inhibiteurs de JAK, leur rôle n'ayant pas été établi chez les patients hospitalisés.

Autres ressources

Pour les prestataires de soins aux personnes vivant avec une MII

RxFiles : [Inflammatory Bowel Disease: Drug Comparison chart](#) (il peut être nécessaire d'ouvrir une session)

Pour les patients

Crohn et colite Canada : [Parcours avec une MII](#)

UpToDate® : [Ulcerative colitis \(Beyond the Basics\)](#)

Références

Danese S., et al. Positioning Therapies in Ulcerative Colitis. *Clin Gastroenterol and Hepatol* 2020; sous presse [10.1016/j.cgh.2020.01.017](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.01.017)

Rubin DT, et al. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J Gastroenterology* 2019; 114:384 [10.14309/ajg.0000000000000152](https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000152)

Bressler et Marshall, et al. Clinical Practice Guidelines for the Medical Management of Nonhospitalized Ulcerative Colitis: The Toronto Consensus. *Gastroenterology* 2015; 148:1035-1058 [10.1053/j.gastro.2015.03.001](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.03.001)

Bitton A., et al. Treatment of Hospitalized Adult Patients with Severe Ulcerative Colitis: Toronto Consensus Statements. *Am J Gastroenterology* 2011; 179-194 [10.1038/ajg.2011.386](https://doi.org/10.1038/ajg.2011.386)

Turner D, Ricciuto A, Lewis A, et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD. *Gastroenterology*. 2021;160(5):1570-1583. [10.1053/j.gastro.2020.12.031](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.12.031)