

# crohn colite

Nom du guide de pratique clinique

Induction avec thérapie innovante.

Objectif

Assurer l'instauration d'une thérapie innovante en toute sécurité.

Population de patients

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

D<sup>r</sup> Neeraj Narula, M.D., MPH, FRSCS (Université McMaster)  
D<sup>re</sup> Yvette Leung, M.D., M. Sc., FRCSP (Université de la Colombie-Britannique)

## À retenir

Un bilan préthérapeutique doit être envisagé pour tous les patients.

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

Prestataires de soins aux personnes atteintes d'une MII :

1. Avant l'instauration de la thérapie, il convient de procéder aux évaluations suivantes auprès du patient :
  - Établir les antécédents d'hypertension, de dyslipidémie, de diabète, d'insuffisance cardiaque, de sclérose en plaques, de thromboembolie veineuse, les antécédents actuels ou passés de cancer et tenir compte de l'âge du patient. En cas d'antécédents connus d'insuffisance cardiaque congestive, un échocardiogramme de base est recommandé (à la discrétion du médecin).

Remarque : le traitement anti-TNF est contre-indiqué chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive de classe NYHA III et IV et de sclérose en plaques.

- Procéder au dépistage de l'antigène HBs, des anticorps anti-HBs, du virus de l'hépatite C (le dépistage du VIH peut également être envisagé si le patient présente un risque élevé ou si la prévalence locale est élevée) ([PACE QPis 6, 30](#)).
- Effectuer les examens de routine pour le suivi des MII, selon les indications et les besoins :

Formule sanguine complète, électrolytes et créatinine, ferritine (annuellement), vitamine D et vitamine B12, bilan hépatique et profil lipidique au départ pour l'instauration d'un traitement par un inhibiteur de JAK.

- Effectuer une radiographie des poumons et un test cutané de la tuberculose (le test QuantiFERON – TB Gold est recommandé chez les sujets immunodéprimés).
- Si un modulateur des récepteurs de la S1P est envisagé, un ECG de base est obligatoire. Un examen oculaire par un optométriste ou un ophtalmologiste doit être effectué en cas d'antécédents de maladies oculaires, de diabète ou d'uvéïte.
- S'assurer que la vaccination est à jour.

Vaccins recommandés : COVID\*, grippe\*, pneumocoque\*, ROR (rougeole, oreillons, rubéole)\*, varicelle\*, zona\* (vaccins non vivants à privilégier), hépatites A\* et B\*  
Optionnel

- Préparer une trousse pour le test de calprotectine fécale avant le début de la thérapie innovante.
2. Passer en revue les options d'assurance et remettre au patient les fiches de démarrage appropriées ainsi que les fiches d'information.
  3. Selon le choix de la thérapie, envoyer un message au personnel de soutien pour organiser une visite de réévaluation de la réponse primaire de 2 à 4 mois plus tard. Dans le cadre de l'évaluation, consigner l'[indice de Harvey Bradshaw](#) (IHB) ou le [score partiel de Mayo \(pMayo\)](#).

Personnel de soutien :

4. Organiser un rendez-vous à la clinique pour le patient tous les 2 à 4 mois pendant l'induction et tous les 4 à 6 mois pendant la phase d'entretien au cours de la première année de traitement. Une fois l'innocuité et l'efficacité établies après 12 mois de traitement, faire un suivi tous les 6 à 12 mois.

Fournir un formulaire de demande de bilan sanguin de suivi de la MII et une trousse pour le test de calprotectine fécale, ou une demande à remplir avant le rendez-vous (vous devrez peut-être prendre en compte le délai pour recevoir les résultats des tests).

5. Voir le protocole [Maintien de la santé](#) pour surveiller les effets indésirables et prévenir d'autres maladies.

Remarques :

Dosage et suivi des thérapies innovantes

Nom générique de l'agent	Indication	Cible	Posologie et fréquence
Classe : Anti-TNF			
Adalimumab	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	Facteur de nécrose tumorale (TNF)	Induction : 160 mg (SC) à la semaine 0, 80 mg à la semaine 2 Entretien : 40 mg (SC) une semaine sur deux à partir de la semaine 4
Infliximab	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	Facteur de nécrose tumorale (TNF)	Induction : 5 mg/kg (IV) aux semaines 0, 2, et 6 Entretien : 5 mg/kg (IV) toutes les 8 semaines à partir de la semaine 14 (augmenter la dose à 10 mg/kg IV si réponse

# crohn colite

Nom générique de l'agent	Indication	Cible	Posologie et fréquence
			inadéquate), ou injection de 120 mg (SC) toutes les 2 semaines
Golimumab	Colite ulcéreuse modérée à sévère	Facteur de nécrose tumorale (TNF)	Induction : 200 mg (SC) aux semaines 0 et 2 Entretien : de 50 mg à 100 mg (SC) toutes les 4 semaines
Classe : Anti-intégrines			
Vedolizumab	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	$\alpha$ -4- $\beta$ -7 intégrine	Induction : 300 mg (IV) aux semaines 0, 2 et 6 Entretien : 300 mg (IV) tous les 8 semaines OU 108 mg (SC) toutes les 2 semaines
Classe : Cytokines			
Risankizumab	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	Récepteurs IL-23	Induction : 600 mg (IV) aux semaines 0, 4 et 8 (maladie de Crohn) Induction : 1200 mg (IV) aux semaines 0, 4 et 8 (colite ulcéreuse) Entretien : 360 mg (SC) toutes les 8 semaines
Ustekinumab	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	Récepteurs IL-12 et IL-23	Induction : par voie IV, dose selon le poids : ≤ 55 kg : 260 mg en dose unique > 55 kg à 85 kg : 390 mg en dose unique > 85 kg : 520 mg en dose unique Entretien : 90 mg (SC) toutes les 8 semaines
Mirikizumab	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	Récepteurs IL-23	Induction : 900 mg (IV) aux semaines 0, 4 et 8 (maladie de Crohn) Induction : 300 mg (IV) aux semaines 0, 4 et 8 (colite ulcéreuse) Entretien : 200 mg (SC) toutes les 4 semaines (colite ulcéreuse) Entretien : 300 mg (SC - administrés sous forme de deux injections consécutives de 100 mg

Nom générique de l'agent	Indication	Cible	Posologie et fréquence
			et 200 mg) toutes les 4 semaines (maladie de Crohn)
Guselkumab	Maladie de Crohn modérée à sévère	Récepteurs IL-23	Induction : 200 mg (IV) ou 400 mg (SC – administrée sous forme de deux injections consécutives de 200 mg) aux semaines 0, 4 et 8 (chaque dose de 400 mg étant administrée sous forme de deux injections de 200 mg)  Entretien : 100 mg (SC) toutes les 8 semaines ou 200 mg (SC) toutes les 4 semaines
Classe : Petites molécules à administration orale			
Ozanimod	Colite ulcéreuse modérée à sévère	Récepteurs de la sphingosine-1-phosphate (S1P)	Induction : 1 mg/jour d'ozanimod pendant 10 semaines Entretien : 1 mg/jour d'ozanimod
Étrasimod	Colite ulcéreuse modérée à sévère	Récepteurs de la sphingosine-1-phosphate (S1P)	Induction : 2 mg/jour d'étrasimod pendant 12 semaines Entretien : 2 mg/jour d'étrasimod
Tofacitinib	Colite ulcéreuse modérée à sévère	Janus kinase (JAK)	Induction : 10 mg de tofacitinib deux fois par jour pendant 2 mois Entretien : 5 mg de tofacitinib deux fois par jour
Upadacitinib	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	Janus kinase (JAK)	Induction : 45 mg d'upadacitinib une fois par jour pendant 12 semaines (maladie de Crohn) Induction : 45 mg d'upadacitinib une fois par jour pendant 8 semaines (colite ulcéreuse) Entretien : 15 mg une fois par jour ou 30 mg une fois par jour

SC : voie sous-cutanée; IV : voie intraveineuse

Veuillez consulter le protocole [Perte de réponse](#) en cas de perte de réponse ou de réponse partielle à la thérapie innovante.

## Références

Mitrev, *et al.* Review article: consensus statements on therapeutic drug monitoring of anti-tumour necrosis factor therapy in inflammatory bowel diseases. *Aliment Pharmacol Ther* 2017; 46(11-12):1037-1053. <https://doi.org/10.1111/apt.14368>

Papamichael, *et al.* Appropriate Therapeutic Drug Monitoring of Biologic Agents for patients with inflammatory bowel diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019; 17(9):1655-1668. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.03.037>