

# crohn colite

Nom du guide de pratique clinique

Prise en charge postopératoire de la maladie de Crohn.

Objectif

Fournir une orientation pour la prise en charge des patients atteints de la maladie de Crohn après une résection de l'intestin.

Population de patients

Patients adultes de 18 ans ou plus atteints de la maladie de Crohn ayant subi une récente résection chirurgicale.

D<sup>r</sup> Seth R. Shaffer, M.D., M. Sc., FRCSC (Université du Manitoba)  
D<sup>r</sup> Alain Bitton, M.D., FRCSC (Université McGill et Centre universitaire de santé McGill)

## À retenir

Une intervention chirurgicale est nécessaire chez jusqu'à 80 % des patients atteints de la maladie de Crohn en raison d'une maladie réfractaire aux médicaments ou de complications, comme une obstruction intestinale, un abcès ou une fistule.

- Les patients devraient être stratifiés selon des facteurs de risque liés à la maladie et à la chirurgie.
- Le tabagisme est associé à un risque plus élevé de récurrence postopératoire de la maladie; par conséquent, tous les patients devraient recevoir des conseils en matière d'abandon du tabac.
- Tous les patients devraient subir une iléocoloscopie de 6 à 12 mois après la chirurgie pour évaluer la récurrence endoscopique dans l'iléon néoterminal.
- Objectifs du traitement : réduire la récurrence endoscopique et clinique et maintenir la rémission de la maladie.

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

Bien que la chirurgie ne soit pas curative, elle constitue une intervention importante pour corriger une atteinte irréversible, telle qu'une sténose ou une maladie réfractaire aux médicaments.

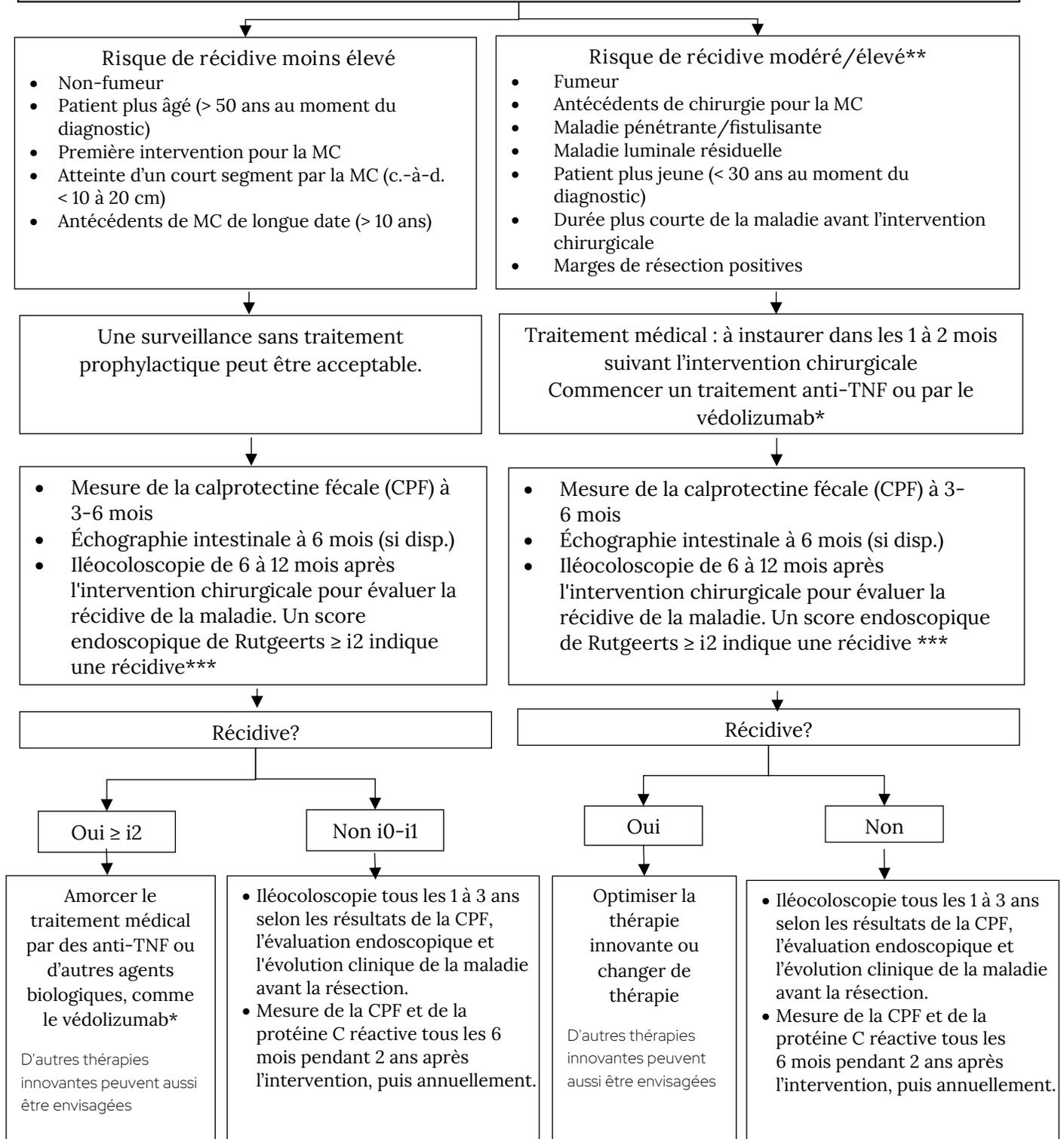
Bien que la rémission clinique soit souvent obtenue grâce à la chirurgie, la maladie récidive après l'opération chez la majorité des patients; elle se manifeste alors par des constatations histologiques ou endoscopiques avec ou sans symptômes cliniques.

L'établissement des facteurs de risque de récurrence est important pour déterminer la nécessité d'une prophylaxie médicale précoce après la chirurgie plutôt que de ne pas commencer de traitement et d'adopter une approche axée sur le suivi clinique.

Les 5-ASA ne jouent aucun rôle pour prévenir la récurrence postopératoire.

L'algorithme ci-dessous représente un guide de pratique exemplaire pour la prise en charge des patients atteints de la maladie de Crohn en rémission clinique après une opération.

## Rémission clinique induite chirurgicalement de la maladie de Crohn : stratification des risques



\* Le choix de l'agent biologique peut dépendre de la thérapie innovante utilisée avant la résection \*\*Risque de récurrence accru selon le nombre de facteurs de risque \*\*\* Envisager une iléocoloscopie plus précoce en cas de symptômes ou d'élévation de la CPF

Le score endoscopique de Rutgeerts modifié prédit la manifestation clinique sur la base des résultats endoscopiques. L'iléon néoterminal est évalué lors de l'endoscopie postopératoire initiale et noté selon l'échelle suivante :

Score de Rutgeerts	Résultat endoscopique	Décodage
i0	Aucune lésion dans l'iléon distal	Rémission post-chirurgicale
i1	Pas plus de 5 lésions anastomotiques aphtoïdes dans l'iléon distal	Rémission post-chirurgicale
i2*	i2a : lésions confinées à l'anastomose iléocolique i2b : > 5 lésions aphtoïdes dans le néo-iléon terminal avec ou sans lésions à l'anastomose iléocolique	Récidive substantielle post-chirurgicale
i3	Iléite aphtoïde diffuse avec une muqueuse inflammatoire entre les aphtes multiples	Récidive post-chirurgicale avancée
i4	Inflammation diffuse avec lésions plus volumineuses : gros ulcères et/ou nodules/aspect en pavé et/ou rétrécissement/sténose	Récidive post-chirurgicale avancée

\* Aucune différence clinique ou chirurgicale postopératoire n'a été observée entre les sous-catégories i2a et i2b. Le même traitement peut être utilisé pour tous les patients classés dans la catégorie i2 de Rutgeerts jusqu'à ce que des études prospectives supplémentaires soient disponibles (Rivière, Pauline, et al.).

## Autres ressources

### Pour les patients

[Crohn et Colite Canada : Parcours avec une MII - Chirurgie \(lien\)](#)

[UpToDate® - Patient education : Crohn's disease \(Beyond the Basics\) \(lien\)](#)

American Gastroenterological Association Institute. [Managing Crohn's Disease After Surgery: A Patient Guide \(lien\)](#)

## Références

Nguyen GC, et al. American Gastroenterological Institute guideline on the management of Crohn's disease after surgical resection. *Gastroenterology* 2016; 152:271-275.

<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.10.038>

Singh, S. and Nguyen GC. Management of Crohn's Disease after Surgical Resection. *Gastroenterology Clinical of North America* 2017; 46(3):563-575. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2017.05.011>

Lamb C, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2019; 1-106. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318484>

Rivière, Pauline, *et al.* Comparison of the Risk of Crohn's Disease Postoperative Recurrence Between Modified Rutgeerts Score i2a and i2b Categories: An Individual Patient Data Meta-analysis. *Journal of Crohn's & colitis*, vol. 17,2 (2023) : 269-276. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjac137>