

crohn colite

Nom du guide de pratique clinique

Maintien d'une bonne santé globale.

Objectif

Prévenir l'apparition d'autres maladies et surveiller les effets indésirables du traitement.

Population de patients

Personnes ayant reçu un diagnostic de MII.

D^{re} Irina Nistor, Ph. D. (Hôpital Mount Sinai)

D^{re} Vivian Huang, M.D., M. Sc., FRCPC (Hôpital Mount Sinai et Université de Toronto)

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.

Abréviations

5-ASA	Acide 5-aminosalicylique
anti-HB	Anticorps de surface anti-hépatite B
COVID-19	Maladie à coronavirus de 2019
CPRM	Cholangiopancréatographie par résonance magnétique
dT	Diphtérie et tétanos
dcaT	Diphtérie, coqueluche et tétanos
DEXA	Absorptiométrie à rayons X en double énergie
FSC	Formule sanguine complète
GAD-7	<i>Generalized Anxiety Disorder-7</i> (échelle d'évaluation du trouble anxieux généralisé à 7 questions)
IBD-AID	<i>Inflammatory Bowel Disease-Anti-Inflammatory Diet</i> (régime anti-inflammatoire pour les personnes atteintes d'une MII)
IBDQ	<i>Inflammatory Bowel Disease Questionnaire</i> (questionnaire sur les MII)
IMC	Indice de masse corporelle
JAK	Janus kinase
MII	Maladie inflammatoire de l'intestin
PACE	Promoting Access and Care through Centres of Excellence (Promouvoir l'accès et les soins grâce aux centres d'excellence)
PAP	Papanicolaou
PCV13	Vaccin antipneumococcique conjugué à 13 valences
PCV20	Vaccin antipneumococcique conjugué à 20 valences
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i> (questionnaire sur la santé du patient à 9 questions)
PPSV23	Vaccin antipneumococcique polysaccharidique à 23 valences
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole
SCD	<i>Specific carbohydrate diet</i> (régime en glucides spécifiques)
TB	Tuberculose
TNF	<i>Tumor necrosis factor</i> (facteur de nécrose tumorale)
TVE	Thromboembolie veineuse
VPH	Virus du papillome humain

À retenir de ce guide de pratique clinique

Les patients atteints d'une MII présentent un risque accru d'infections, de maladies métaboliques osseuses, de certaines tumeurs malignes et de troubles de la santé mentale secondaires à leur maladie lorsqu'ils suivent un traitement immunomodulateur. De nombreuses infections peuvent être évitées si les patients font l'objet d'une surveillance régulière.

Introduction

Ce guide de pratique clinique guide les cliniciens sur le maintien global de l'état de santé chez les patients atteints d'une MII.

Professionnels en soins primaires

Examen de routine annuel par les professionnels en soins primaires

Les professionnels en soins primaires sont tenus de coordonner les dépistages annuels, de respecter les lignes directrices en matière de vaccination et d'organiser le counseling et la thérapie de remplacement de la nicotine pour le sevrage tabagique.

1. Vaccination :

Consulter le [Guide de vaccination](#) (lien)

- Vérifier le statut vaccinal complet annuellement
- Aucun vaccin vivant après l'instauration d'une thérapie immunosuppressive
- Vaccins recommandés
 - Grippe (annuel, inactivé)
 - COVID-19 : vaccination à jour, conformément au calendrier vaccinal national
 - Infections à pneumocoques : vaccin PCV20 une seule fois, OU vaccin PCV13 suivi du schéma séquentiel PPSV23 si déjà entrepris
 - Hépatite B : vérifier les anticorps anti-HB; vacciner si non immunisé; envisager un schéma à forte dose
 - Hépatite A : si non immunisé ou voyage/exposition à risque
 - Shingrix (vaccin recombinant non vivant) :
 - Tous les patients de 50 ans ou plus OU
 - Patients âgés d'au moins 18 ans qui prennent des inhibiteurs de JAK, des corticostéroïdes ou un traitement immunosuppresseur d'association
 - Vaccin anti-VPH : jusqu'à l'âge de 45 ans; recommandé chez toutes les personnes immunodéprimées
 - Vaccin dT/dcaT tous les 10 ans
 - Envisager de vérifier le statut immunitaire contre la rougeole, la rubéole, les oreillons (ROR) et la varicelle avant l'immunosuppression; vacciner en l'absence d'immunité et si la vaccination est sûre

2. Dépistage annuel :

- Examen dermatologique annuel pour le cancer mélanique et non mélanique, surtout en cas de traitement par des thiopurines ou des inhibiteurs du TNF
- Cancer de la prostate : suivre les recommandations nationales de dépistage selon l'âge
- Test PAP chez les femmes immunodéprimées pour dépister le cancer du col de l'utérus*
- Santé bucco-dentaire
- Examen ophtalmologique
- Examen de routine des seins

...Voir les lignes directrices des autorités de santé locales pour des recommandations individualisées en matière de dépistage.

3. Mode de vie et prévention :

- Santé comportementale
 - Dépistage annuel de la dépression et de l'anxiété (p. ex. PHQ-9, GAD-7)
 - Orientation en psychothérapie ou en psychiatrie s'il y a lieu; évaluer les stratégies d'adaptation, la fatigue et le soutien social
- Tabagisme
 - Abandon du tabagisme vivement conseillé, surtout en cas de maladie de Crohn
 - Offrir une pharmacothérapie et du counseling
- Alcool et cannabis
 - Conseiller de modérer sa consommation; à éviter en cas de maladie hépatique évolutive
- Exercice
 - Encourager la pratique régulière d'exercices d'aérobic et contre résistance
- Sommeil et stress
 - Dépister les troubles du sommeil
 - Ressources de gestion du stress

4. Santé reproductive et sexuelle :

- Passer en revue la fertilité, les cycles menstruels et les besoins contraceptifs
- Counseling préconceptionnel (optimiser la rémission de la maladie avant la conception)
- Discuter de l'innocuité des médicaments pendant la grossesse et l'allaitement; renvoyer la patiente vers un gastro-entérologue pour de l'orientation. Si la patiente prend des médicaments qui pourraient poser un risque d'innocuité, recommander la méthode de contraception appropriée jusqu'à la révision et l'ajustement du traitement par le gastro-entérologue.

5. Autres risques associés aux MII :

- **Risque cardiovasculaire**
 - Évaluer le risque cardiovasculaire annuellement, notamment la tension artérielle, le profil lipidique et le risque de diabète
 - Réévaluer le risque après une exposition prolongée aux corticostéroïdes ou l'instauration d'un traitement par un inhibiteur de JAK
 - Prendre en charge les facteurs de risque modifiables conformément aux lignes directrices nationales pour la prévention des maladies cardiovasculaires

- **Thromboembolie veineuse (TEV)**
 - Reconnaître les MII en tant que facteur de risque indépendant de TEV, particulièrement en cas de maladie évolutive
 - Instaurer un traitement prophylactique de la TEV pendant l'hospitalisation, à moins d'une contre-indication
 - Réévaluer le risque de TEV en cas de poussées modérées à sévères, surtout chez les patients qui reçoivent des corticostéroïdes ou des inhibiteurs de JAK

- **Fatigue**
 - Dépister régulièrement la fatigue, dans le cadre d'une évaluation de la qualité de vie et des symptômes
 - Évaluer les facteurs réversibles, comme une inflammation évolutive, l'anémie, les carences en micronutriments, les troubles du sommeil et les troubles de l'humeur
 - Combattre la fatigue persistante à l'aide d'une approche multidisciplinaire

Spécialiste des MII

1. **Évaluer** : symptômes, fréquence des selles, saignements, douleur abdominale, impériosité, poids, fatigue

2. **Évaluer** : qualité de vie et dépistage des incapacités (questionnaire IBDQ ou résultats rapportés par les patients si disponible)

3. **Évaluer** : dépister à tout le moins annuellement les manifestations extra-intestinales qui suivent et orienter vers le ou les spécialistes adéquats, s'il y a lieu :
 - Arthrite/arthralgie : spondylarthropathie axiale (orientation en rhumatologie en cas de raideur > 30 min, dorsalgie inflammatoire)
 - Cholangite sclérosante primitive, cirrhose hypertrophique de Hanot-Gilbert (vérifier la présence d'une élévation des phosphatases alcalines/tests de la fonction hépatique; CPRM en cas de suspicion); orientation en hépatologie s'il y a lieu
 - Symptômes oculaires : iritis/uvéïte/épisclérite (examen ophtalmologique annuel ou plus fréquent en cas de symptômes)

- Dermatologie : érythème noueux, pyoderma gangrenosum, hidradénite suppurée, autres symptômes (dermatite, psoriasis, acné, etc.) (orientation en dermatologie)
 - Calculs rénaux/biliaires
 - Risque d'ostéoporose
 - Maladie/fistules périanales (orientation en chirurgie s'il y a lieu)
4. **Dépistage de la dysplasie du côlon** : les patients atteints d'une maladie du côlon depuis > 8 ans doivent subir une coloscopie tous les 1 à 3 ans – Se reporter au protocole [Surveillance de la dysplasie et du cancer du côlon](#).
5. **Alimentation et évaluation nutritionnelle** : dépister la malnutrition, la sarcopénie, les régimes restrictifs et l'insécurité alimentaire
6. **Considérations particulières**
- Maladie postopératoire/sténosante : orientation sur les régimes faibles en fibres, s'il y a lieu
 - Carence en fer : déterminer si la carence est d'origine inflammatoire ou due à une malabsorption
 - **Évaluer le taux de 25-hydroxyvitamine D. En cas de carence ou d'insuffisance, se reporter au protocole [Supplémentation en vitamine D](#)**
 - Éviter les régimes restrictifs (p. ex SCD et IBD-AID) sans la supervision d'un diététiste
 - Envisager l'alimentation entérale en cas de maladie de Crohn (parallèlement à l'évitement des corticostéroïdes)
 - En cas d'atteinte iléale ou après une chirurgie, contrôler les taux de vitamine B₁₂ et de fer annuellement
 - Fournir des documents d'information
 - Orienter vers un diététiste/un nutritionniste s'il y a lieu
7. **Situations particulières**
- Adultes âgés (> 60 ans)
 - Risque d'infection et de cancer plus élevé : choisir les traitements les plus sûrs
 - Insister sur l'importance de la vaccination
 - Adolescents/jeunes adultes
 - Planification de la transition des soins
 - Mise à jour de la vaccination anti-VPH
 - Patients ayant subi une chirurgie
 - Surveillance de la récurrence (p. ex. score de Rutgeerts en cas de résection iléale pour la maladie de Crohn)
 - Abandon du tabagisme essentiel

8. Surveillances des patients prenant des 5-ASA

- Test annuel de la fonction rénale
- Analyse d'urine

9. Surveillance des patients suivant un traitement immunomodulateur

Tous les patients doivent recevoir les vaccins adaptés à leur âge avant le début du traitement immunosuppresseur. Les patientes doivent subir un dépistage annuel du cancer du col de l'utérus (test PAP)* et un examen de routine des seins.

- Les patients doivent subir un examen cutané pour détecter un cancer de la peau autre que le mélanome.
- Les vaccins à virus atténués doivent être évités. Se reporter au [protocole relatif à la vaccination](#).

* Voir les lignes directrices des autorités de santé locales pour des recommandations individualisées en matière de dépistage.

Surveillance des patients prenant des thiopurines

- Les patients sous thiopurines doivent subir une formule sanguine complète (FSC) et des tests de la fonction hépatique tous les trimestres.
- Dépistage d'un lymphome : tenir compte des signes et symptômes suivants :
 - Gonflement indolore des ganglions lymphatiques dans le cou, sous le bras ou à l'aîne
 - Épisodes de fièvre inexplicés
 - Sueurs nocturnes
 - Perte de poids inexplicée
 - Démangeaisons cutanées

Surveillance des patients prenant du méthotrexate

- FSC et tests de la fonction hépatique tous les 1 à 3 mois
- Supplémentation en acide folique

10. Thérapie innovante

- Effectuer un test de dépistage de la tuberculose (TB) avant de commencer la thérapie innovante. Se référer au protocole [Instauration d'une thérapie innovante](#).
 - Évaluation du risque de TB une fois par an et envisager un nouveau test si :
 - Contact avec une personne ayant la tuberculose
 - Voyage dans une région où la tuberculose est endémique
- Dépistage du cancer : tenir compte des signes et des symptômes suivants :
 - Épisodes de fièvre inexplicés
 - Sueurs nocturnes
 - Perte de poids inexplicée
- Surveillance des patients qui prennent un inhibiteur de JAK
Profil lipidique toutes les 8 à 12 semaines après le début du traitement par les

inhibiteurs de JAK, puis tous les ans. Dépistage des risques de thrombose à l'aide du [Score de Caprini pour la thromboembolie veineuse \(2005\)](#). La vaccination contre le zona, si elle est nécessaire, doit être idéalement administrée avant d'entreprendre le traitement.

11. Évaluation des risques (à refaire annuellement)

- Exposition cumulative aux corticostéroïdes (traitement continu ou répété pendant > 3 mois)
- Faible IMC, malnutrition ou sarcopénie
- Aménorrhée ou hypogonadisme
- Statut postménopausique
- Antécédents d'ostéoporose ou de fracture de fragilité parmi les parents du premier degré
- Inflammation active ou maladie au long cours
- Atteinte iléale, résection de l'intestin grêle ou anastomose iléo-anale
- Surveillance en laboratoire :
 - 25-hydroxyvitamine D et calcium (avec correction de l'albumine) au départ et périodiquement
- Prendre en charge les facteurs secondaires (p. ex. hypogonadisme, trouble thyroïdien) si indiqué sur le plan clinique

12. Densité minérale des os

- Obtenir une absorptiométrie à rayons X en double énergie (DEXA) si UNE OU PLUSIEURS des situations se présentent :
 - Utilisation de corticostéroïdes à action générale pendant > 3 mois
 - Prise chronique de corticostéroïdes (pendant ≥ 1 an au cours des 2 dernières années)
 - Femmes postménopausées (peu importe l'activité de la maladie)
 - Aménorrhée
 - Malnutrition ou sarcopénie
 - Antécédents d'ostéoporose parmi les parents du premier degré
 - Colite ulcéreuse avec anastomose iléo-anale
- Prise en charge :
 - Correction de la carence en vitamine D conformément aux lignes directrices nationales
 - Optimisation de l'apport alimentaire en calcium (ou supplémentation si l'apport est insuffisant)
 - Conseils en matière d'exercices de musculation
 - Minimisation de l'exposition aux corticostéroïdes; utilisation d'un traitement d'épargne corticostéroïdienne dans la mesure du possible
 - Envisager l'orientation vers un endocrinologue en cas d'ostéoporose et de fractures de fragilité

Références (offertes en anglais seulement)

Chhaparia A, Odufalu F, Edwards M, Patel K, Christopher K, Schroeder K, Prather C, Hammami MB. Cervical Cancer Screening in Inflammatory Bowel Disease: Who Should Be Screening? *Gastroenterology Res.* 2020 Oct;13(5):208-216. Epub 2020 Oct 8.
<https://doi.org/10.14740%2Fgr1287>

Farraye FA, Melmed GY, Lichtenstein GR, Barnes EL, Limketkai BN, Caldera F, Kane S. ACG Clinical Guideline Update: Preventive Care in Inflammatory Bowel Disease. *Am J Gastroenterol.* 2025 Jul 2;120(7):1447-1473. doi: 10.14309/ajg.0000000000003541.PMID: 40701559

Farraye, F.A. et al. ACG Clinical Guideline: Preventive care in inflammatory bowel disease. *American Journal of Gastroenterology* 2017; 112:241-258.
<https://doi.org/10.1038/ajg.2016.537>

Gordon M, Beattie RM, Ruemmele FM, et al. ECCO Guidelines on Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. ECCO Publication; 2024. *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 18, Issue 1, January 2024, Pages 1-37, <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad108>

Hashash JG, Picco MF, Farraye FA. Health Maintenance for Adult Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2021;19(4):583-596.
[10.1007/s11938-021-00364-9](https://doi.org/10.1007/s11938-021-00364-9)

Henit Yanai, Roger Feakins, Mariangela Allocca, Johan Burisch, Pierre Ellul et al. on behalf of the European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO], the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology [ESGAR], the European Society of Pathology [ESP], and the International Bowel Ultrasonography Group [IBUS], ECCO-ESGAR-ESP-IBUS Guideline on Diagnostics and Monitoring of Patients with Inflammatory Bowel Disease: Part 2: IBD scores and general principles and technical aspects, *Journal of Crohn's and Colitis*, Volume 19, Issue 7, July 2025, jjaf107, <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaf107>

Mir, F. et al. Health maintenance in inflammatory bowel disease. *Current Gastroenterology Reports* 2018; 20(23): 22-28. <https://doi.org/10.1007/s11894-018-0621-1>

Svolos V, Gordon H, Lomer MCE, Aloi M, Bancil A, Day AS, Day AS, Fitzpatrick JA, Gerasimidis K, Gkikas K, Godny L, Hedin CRH, Katsanos K, Narula N, Russell RK, Sarbagili-Shabat C, Segal JP, Sigall-Boneh R, Sokol H, Wall CL, Whelan K, Wine E, Yanai H, Hansen R, Halmos EP. European Crohn's and Colitis Organisation consensus on dietary management of inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis.* 2025 Sep 28;19(9):jjaf122. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjaf122. PMID: 40650933.