

# 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, FRCPC (Université McMaster)  
D<sup>re</sup> Yvette Leung, M.D., M. Sc., FRCPC (Université de la Colombie-Britannique)

*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

anti-HB	Anticorps de surface anti-hépatite B
COVID	Maladie à coronavirus
ECG	Électrocardiogramme
IHB	Indice de Harvey-Bradshaw
IL	Interleukine
IV	Intraveineux
JAK	Janus kinase
MII	Maladie inflammatoire de l'intestin
NYHA	New York Heart Association
PACE	Promoting Access and Care through Centres of Excellence (Promouvoir l'accès et les soins grâce aux centres d'excellence)
pMayo	Score partiel de Mayo
QPI	<i>Quality Performance Indicator</i> (indice de performance de la qualité)
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole
SC	Sous-cutané
S1P	Sphingosine 1-phosphate
TB	Tuberculose
TNF	<i>Tumor necrosis factor</i> (facteur de nécrose tumorale)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

À retenir de ce guide de pratique clinique  
Un bilan préthérapeutique doit être envisagé pour tous les patients.

## 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

- Envisager de 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) si le patient est atteint de la maladie de Crohn ou le score partiel de Mayo (pMayo) si le patient est atteint de colite ulcéreuse.

### 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](#) (lien) pour surveiller les effets indésirables et prévenir d'autres maladies.

**Tableau 1 : Dosage et suivi des thérapies innovantes**

Nom générique de l'agent	Indication	Cible	Posologie et fréquence
<b>Classe : Anti-TNF</b>			
Adalimumab	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	Facteur de nécrose tumorale (TNF)	<b>Induction</b> : 160 mg (SC) à la semaine 0, 80 mg à la semaine 2 <b>Entretien</b> : 40 mg (SC) une semaine sur deux à partir de la semaine 4

# crohn colite

Nom générique de l'agent	Indication	Cible	Posologie et fréquence
Infliximab	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	Facteur de nécrose tumorale (TNF)	<b>Induction</b> : 5 mg/kg (IV) aux semaines 0, 2, et 6 <b>Entretien</b> : 5 mg/kg (IV) toutes les 8 semaines à partir de la semaine 14, ou injection de 120 mg (SC) toutes les 2 semaines
Golimumab	Colite ulcéreuse modérée à sévère	Facteur de nécrose tumorale (TNF)	<b>Induction</b> : 200 mg (SC) aux semaines 0 et 2 <b>Entretien</b> : de 50 mg à 100 mg (SC) toutes les 4 semaines
<b>Classe : Anti-intégrines</b>			
Vedolizumab	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	$\alpha$ -4- $\beta$ -7 intégrine	<b>Induction</b> : 300 mg (IV) aux semaines 0, 2 et 6 <b>Entretien</b> : 300 mg (IV) tous les 8 semaines OU 108 mg (SC) toutes les 2 semaines
<b>Classe : Cytokines</b>			
Risankizumab	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	Récepteurs IL-23	<b>Induction</b> : 600 mg (IV) aux semaines 0, 4 et 8 (maladie de Crohn) <b>Induction</b> : 1200 mg (IV) aux semaines 0, 4 et 8 (colite ulcéreuse) <b>Entretien</b> : 360 mg (SC) toutes les 8 semaines (maladie de Crohn) <b>Entretien</b> : 180 mg ou 360 mg (SC) toutes les 8 semaines (colite ulcéreuse)
Ustekinumab	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	Récepteurs IL-12 et IL-23	<b>Induction</b> : par voie IV, dose selon le poids : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\leq</math> 55 kg : 260 mg en dose unique</li> <li>• <math>&gt;</math> 55 kg à 85 kg : 390 mg en dose unique</li> <li>• <math>&gt;</math> 85 kg : 520 mg en dose unique</li> </ul>

# crohn colite

Nom générique de l'agent	Indication	Cible	Posologie et fréquence
			<b>Entretien</b> : 90 mg (SC) 2 mois après la dose d'induction par voie IV, et poursuivre avec 90 mg tous les 2 mois
Mirikizumab	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	Antagoniste du récepteur de l'IL-23 p19	<p><b>Induction</b> : 300 mg (IV) aux semaines 0, 4 et 8 colite ulcéreuse)</p> <p><b>Induction</b> : 900 mg (IV) pendant au moins 90 minutes aux semaines 0, 4 et 8 (maladie de Crohn)</p> <p><b>Entretien</b> : 200 mg (SC) à la semaine 12 et toutes les 4 semaines par la suite (colite ulcéreuse)</p> <p><b>Entretien</b> : 300 mg à la semaine 12 et toutes les 4 semaines par la suite (maladie de Crohn)</p>
Guselkumab	Maladie de Crohn modérée à sévère	Récepteurs IL-23 et CD64	<p><b>Induction</b> : 200 mg (IV) sur 1 période d'au moins 1 h <b>ou</b> 400 mg (SC) aux semaines 0, 4 et 8</p> <p><b>Entretien</b> : 100 mg (SC) à la semaine 16 et toutes les 8 semaines par la suite <b>ou</b> 200 mg (SC) à la semaine 16 et toutes les 4 semaines par la suite</p>
<b>Classe : Petites molécules à administration orale</b>			
Ozanimod	Colite ulcéreuse modérée à sévère	Récepteurs de la sphingosine-1-phosphate (S1P)	<p><b>Induction</b> : 1 mg/jour d'ozanimod pendant 10 semaines</p> <p><b>Entretien</b> : 1 mg/jour d'ozanimod</p>

Nom générique de l'agent	Indication	Cible	Posologie et fréquence
Étrasimod	Colite ulcéreuse modérée à sévère	Récepteurs de la sphingosine-1-phosphate (S1P)	<b>Induction</b> : 2 mg/jour d'étrasimod pendant 12 semaines <b>Entretien</b> : 2 mg/jour d'étrasimod
Tofacitinib	Colite ulcéreuse modérée à sévère	Janus kinase (JAK)	<b>Induction</b> : 10 mg de tofacitinib deux fois par jour pendant 2 mois <b>Entretien</b> : 5 mg ou 10 mg de tofacitinib deux fois par jour
Upadacitinib	Colite ulcéreuse et maladie de Crohn modérée à sévère	Janus kinase (JAK)	<b>Induction</b> : 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) <b>Entretien</b> : 15 mg une fois par jour ou 30 mg une fois par jour

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

## Références (offertes en anglais seulement)

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>