

# crohn colite

Nom de la voie de soins cliniques

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 iléo-cæcale ou iléo-colique 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., FRCPC (Université du Manitoba)  
D<sup>r</sup> Alain Bitton, M.D., FRCPC (Université McGill et Centre universitaire de santé McGill)

*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 au Canada.*

## Abréviations

|       |                                                                                                                             |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5-ASA | Acide 5-aminosalicylique                                                                                                    |
| CPF   | Calprotectine fécale                                                                                                        |
| IL    | Interleukine                                                                                                                |
| MC    | Maladie de Crohn                                                                                                            |
| MII   | Maladie inflammatoire de l'intestin                                                                                         |
| PACE  | Promoting Access and Care through Centres of Excellence<br>(Promouvoir l'accès et les soins grâce aux centres d'excellence) |
| TNF   | Tumor Necrosis Factor (facteur de nécrose tumorale)                                                                         |

## À retenir de ce guide de pratique clinique

Une intervention chirurgicale est souvent 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 de la maladie postopératoire; 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 le néo-iléon terminal.
- Objectifs du traitement : réduire la récurrence endoscopique et clinique et maintenir la rémission de la maladie.

## Introduction

Bien que la chirurgie ne soit pas curative, elle constitue une intervention importante pour corriger une atteinte irréversible, telle qu'une sténose fibreuse 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.

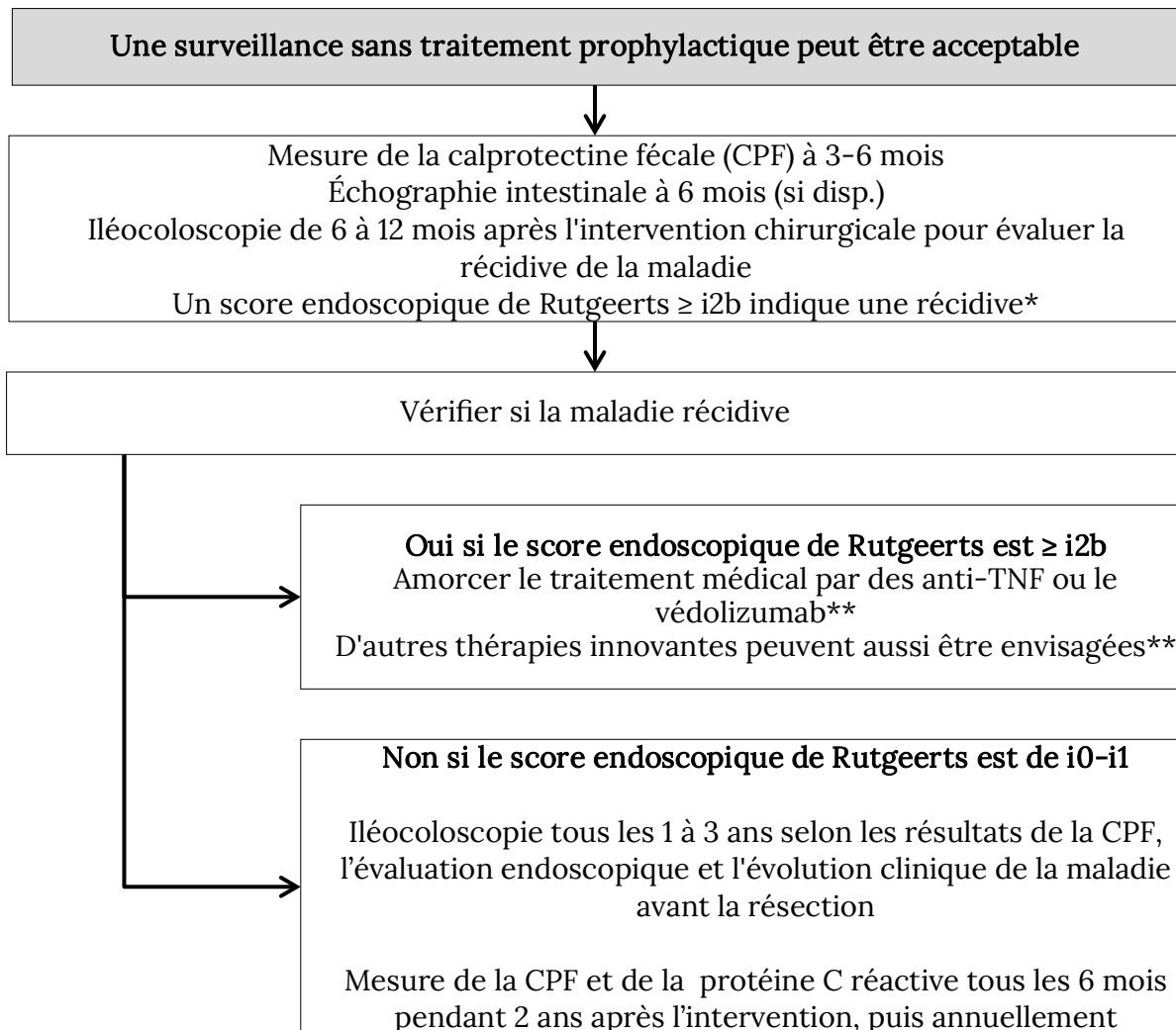
Les 5-ASA ne jouent aucun rôle pour prévenir la récurrence postopératoire.

**Les algorithmes ci-dessous illustrent les voies de soins cliniques exemplaires 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 – faible risque de récurrence (diagramme 1)
- Rémission clinique induite chirurgicalement de la maladie de Crohn – risque de récurrence modéré/élevé (diagramme 2)

**Diagramme 1 : Rémission clinique induite chirurgicalement de la maladie de Crohn – faible risque de récurrence**

- Non-fumeur
- Patient plus âgé (> 50 ans au moment du diagnostic)
- Première intervention pour la MC en raison d'une atteinte d'un court segment (c.-à-d. < 10 à 20 cm)
- Antécédents de MC de longue date (> 10 ans)



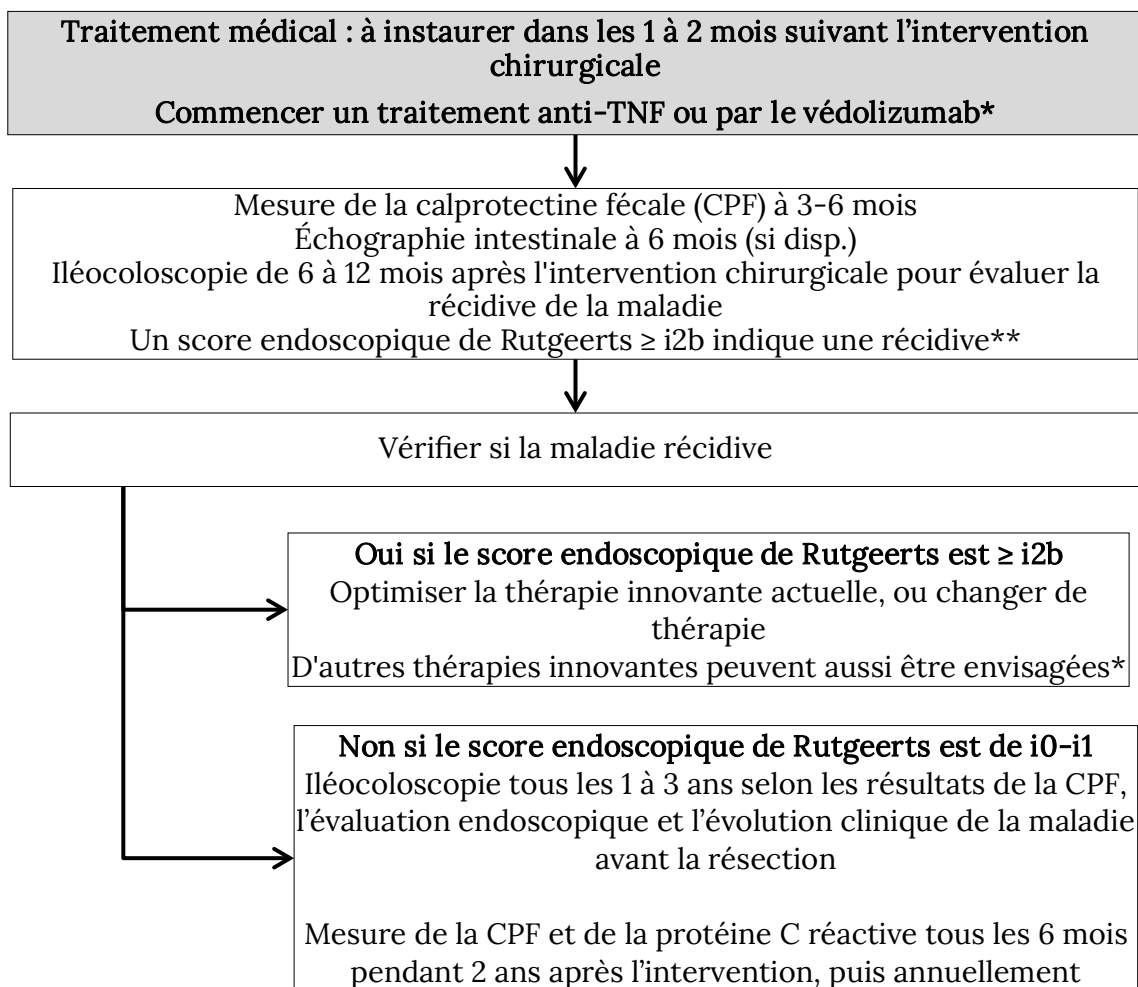
\* Envisager une iléocoloscopie plus précoce en cas de symptômes ou d'élévation de la CPF.

\*\* Le choix de l'agent biologique peut dépendre de la thérapie innovante utilisée avant la résection. Les traitements anti-IL-12/23 ou anti-IL-23 peuvent être envisagés; les données recueillies dans le cadre d'études comparatives prospectives dans cette population postopératoire spécifique sont néanmoins limitées.

**Diagramme 2 : Rémission clinique induite chirurgicalement de la maladie de Crohn – risque de récurrence modéré/élevé**

- Fumeur
- Antécédents de chirurgie pour la MC
- Maladie pénétrante/fistulisante
- Maladie luminale résiduelle
- Patient plus jeune (< 30 ans au moment du diagnostic)
- Durée plus courte de la maladie avant l'intervention chirurgicale
- Marges de résection positives à l'examen histologique

**Le risque de récurrence est plus élevé d'après le nombre de facteurs de risque.**



\* Le choix de l'agent biologique peut dépendre de la thérapie innovante utilisée avant la résection. Les traitements anti-IL-12/23 ou anti-IL-23 peuvent être envisagés; les données recueillies dans le cadre d'études comparatives prospectives dans cette population postopératoire spécifique sont néanmoins limitées.

\*\* Envisager une iléocoloscopie plus précoce en cas de symptômes ou d'élévation de la CPF.

**Tableau 1 :** Le score endoscopique de Rutgeerts modifié prédit la récurrence clinique sur la base des résultats endoscopiques. Le néo-iléon terminal 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<br>i2b : > 5 lésions aphtoïdes dans le néo-iléon terminal avec ou sans lésions à l'anastomose iléocolique | Récurrence substantielle post-chirurgicale |
| i3                 | Iléite aphtoïde diffuse avec une muqueuse intercalaire inflammatoire entre les aphtes multiples                                                              | Récurrence post-chirurgicale avancée       |
| i4                 | Inflammation diffuse avec lésions plus volumineuses : gros ulcères et/ou nodules/aspect pavé et/ou rétrécissement/sténose                                    | Récurrence 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 (offertes en anglais seulement)

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>

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>

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>

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>