

crohn colite

Nom du guide de pratique clinique

Algorithme décisionnel – colite ulcéreuse.

Objectif

Fournir une orientation quant au choix du traitement chez les patients atteints de colite ulcéreuse.

Population de patients

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

D^r Frank Hoentjen, M.D., Ph. D. (Université de l'Alberta)
D^{re} Sharyle Fowler, M.D., FRCPC (Université de la Saskatchewan)

Ces outils d'aide à la décision clinique ont été élaborés par des experts canadiens dans le domaine des maladies inflammatoires de l'intestin (MII), en s'appuyant sur leur interprétation des données probantes actuelles ainsi que sur des considérations propres au système de santé canadien, y compris des recommandations fondées sur les politiques gouvernementales et les modalités de remboursement des payeurs. Des lignes directrices internationales provenant d'Europe et des États-Unis sont également disponibles; toutefois, elles peuvent refléter des facteurs régionaux qui ne sont pas directement applicables dans l'ensemble du contexte canadien.

Abréviations

5-ASA	Acide 5-aminosalicylique
CMV	Cytomégalovirus
CRP	Protéine C réactive
CU	Colite ulcéreuse
FSC	Formule sanguine complète
IFX	Infliximab
IL	Interleukine
IV	Intraveineux
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)
S1P	Sphingosine 1-phosphate
TB	Tuberculose
TNF	Tumor Necrosis Factor (facteur de nécrose tumorale)

À retenir de ce guide de pratique clinique

De nouveaux traitements sont constamment mis au point et doivent être envisagés.

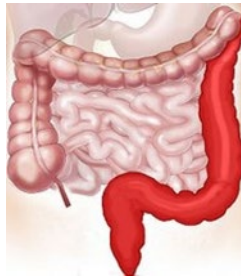
Introduction

La colite ulcéreuse (CU) est une maladie inflammatoire chronique du gros intestin (côlon) qui se limite à la couche muqueuse du côlon et s'étend proximale ment depuis le rectum à divers degrés. Le diagnostic de la CU se base sur une combinaison de présentations cliniques, de résultats endoscopiques et de caractéristiques histologiques qui indiquent une inflammation chronique. Il est important de définir l'étendue et la sévérité de l'inflammation pour orienter le choix du traitement approprié et établir le pronostic.

La classification de Montréal de la colite ulcéreuse se base sur l'étendue de la maladie, comme suit :



Rectite ulcéreuse



Colite gauche



Colite extensive/Pancolite

© IBD Unit. Tous droits réservés.

Tableau 1 : Score de Mayo partiel pour mesurer l'activité de la colite ulcéreuse

Paramètre	Évaluation clinique (choix unique)	Score
Fréquence des selles (par jour)	Nombre initial de selles	0
	1 à 2 selles en plus du nombre initial	1
	3 à 4 selles en plus du nombre initial	2
	≥ 5 selles en plus du nombre initial	3
Présence de sang dans les selles (saignement le plus sévère de la journée)	Absence de sang	0
	Traces de sang dans les selles moins de la moitié du temps	1
	Sang évident dans les selles la plupart du temps	2
	Sang uniquement	3
Évaluation globale du médecin	Normale	0
	Légère	1
	Modérée	2
	Sévère	3

Score	Interprétation
0-1	Rémission
2-4	Activité légère
5-6	Activité modérée
≥ 7	Activité sévère

Définitions, évaluation diagnostique suggérée et objectif du traitement :

- Corticorésistance : en cas d'absence de réponse clinique à la prednisone par voie orale (40 à 60 mg ou équivalent) dans les 30 jours.
- Corticodépendance : si les corticostéroïdes ne peuvent être graduellement réduits dans les trois mois suivant l'instauration du traitement sans qu'il y ait récurrence de la maladie, ou si la rechute survient dans les trois mois suivant l'arrêt des corticostéroïdes.
- Les analyses de laboratoire comprennent : formule sanguine complète (FSC), bilan hépatique, albumine, bilan ferrique et protéine C réactive.
- Les analyses des selles comprennent : *Clostridium difficile* (C. diff.), cultures de selles et calprotectine fécale.
- Si le patient a récemment voyagé dans une région où les infections parasitaires sont endémiques, envisager une recherche de parasites.

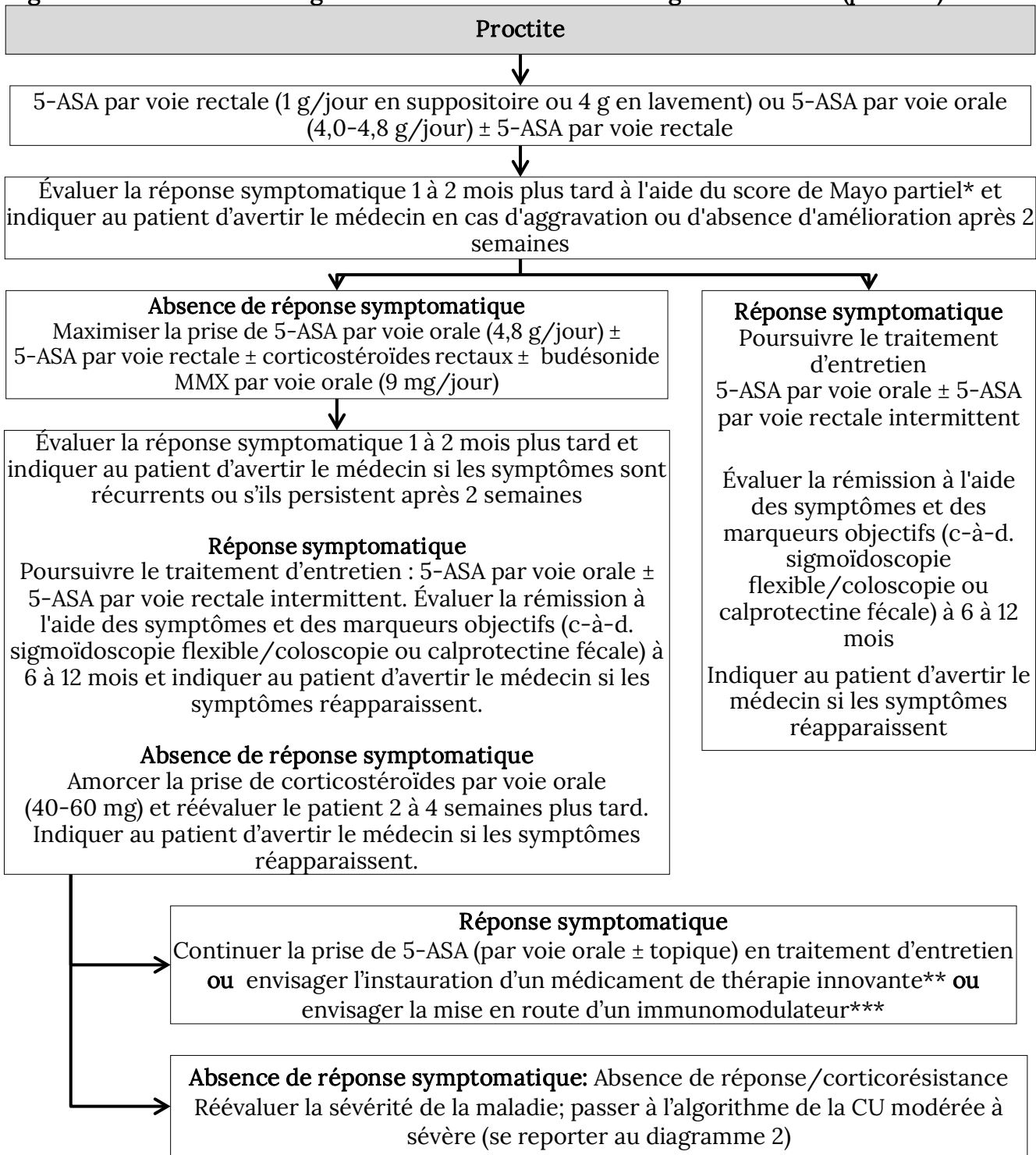
- Endoscopie (sigmoïdoscopie flexible ou coloscopie) au besoin pour modifier le traitement.
- Objectif thérapeutique : atteindre la rémission clinique et endoscopique.

Les algorithmes suivants sont des guides exemplaires pour les prises de décisions thérapeutiques chez les patients atteints de colite ulcéreuse :

- Prise en charge de la colite ulcéreuse active légère à modérée (se reporter aux diagrammes 1.1 et 1.2)
- Prise en charge de la colite ulcéreuse active modérée à sévère en ambulatoire (se reporter aux diagrammes 2.1 et 2.2)
- Prise en charge de la colite ulcéreuse aiguë sévère chez les patients hospitalisés n'ayant jamais reçu d'agent biologique (se reporter aux diagrammes 3.1 et 3.2)

Prise en charge de la colite ulcéreuse active légère à modérée

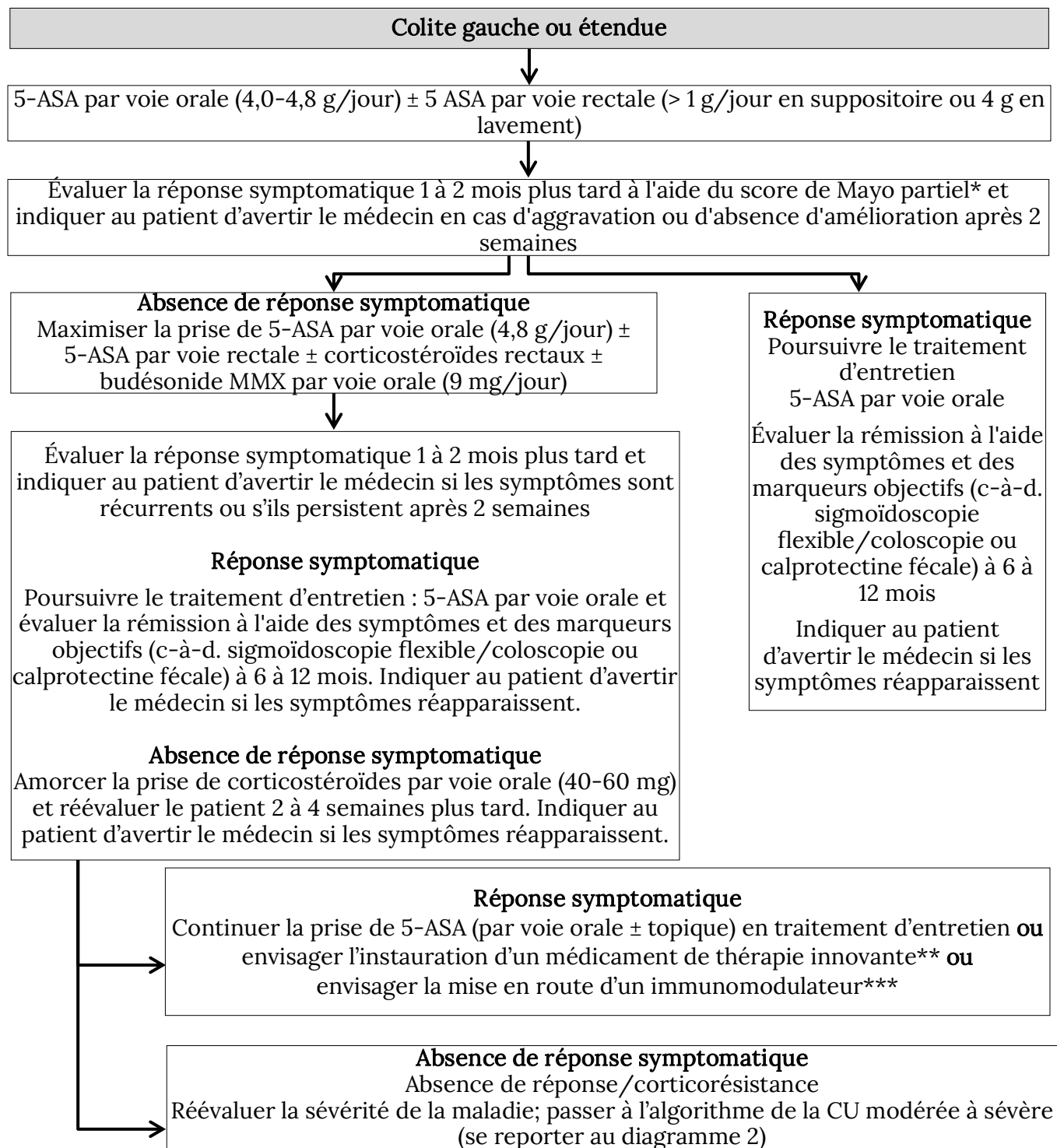
Diagramme 1.1 : Prise en charge de la colite ulcéreuse active légère à modérée (proctite)



* [Partial Mayo scoring Index](#) (lien) ** [Induction avec thérapie innovante](#) (lien)

*** [Instauration d'un traitement immunomodulateur](#) (lien)

Diagramme 1.2 : Prise en charge de la colite ulcéreuse active légère à modérée (colite gauche ou étendue)

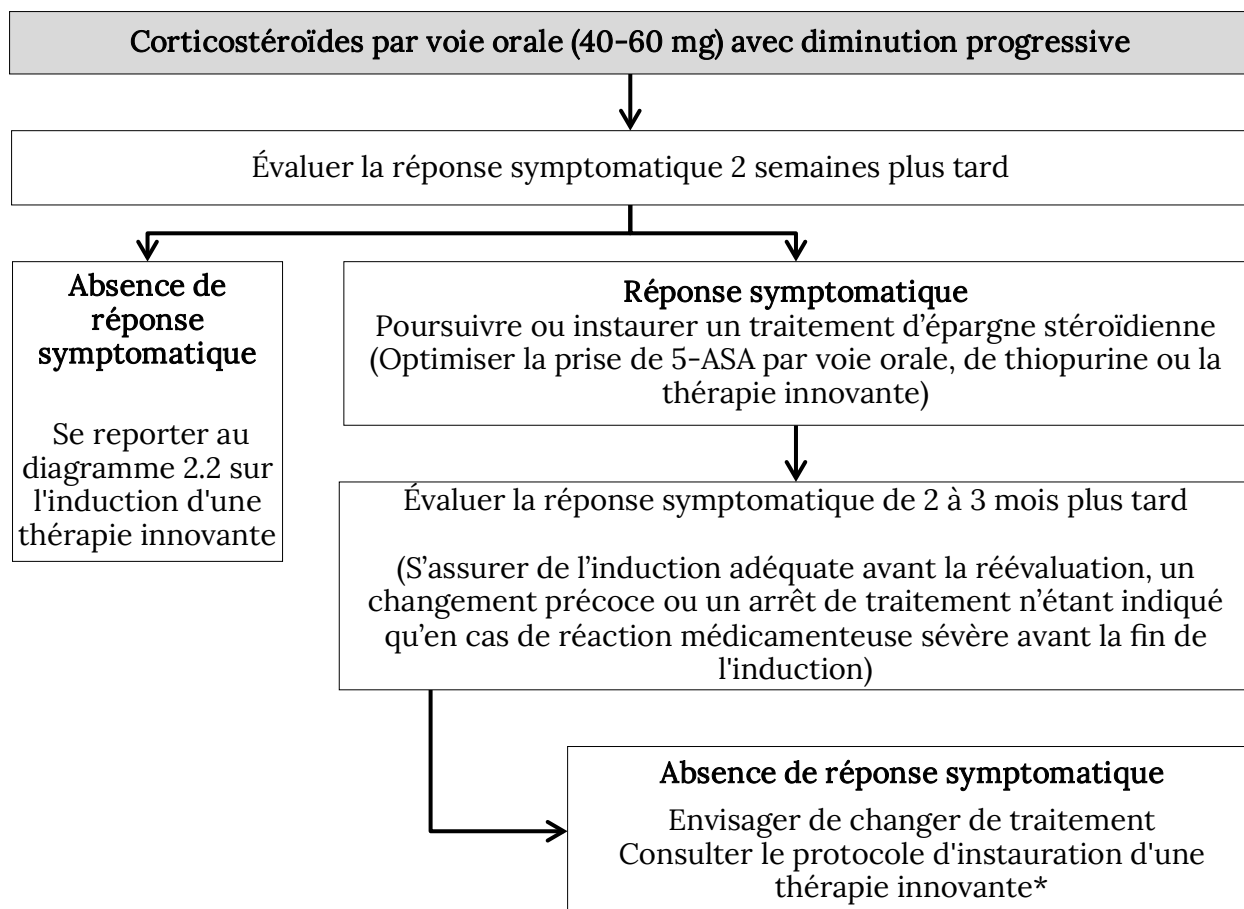


* [Partial Mayo scoring Index](#) (lien) ** [Induction avec thérapie innovante](#) (lien)

*** [Instauration d'un traitement immunomodulateur](#) (lien)

Prise en charge de la colite ulcéreuse active modérée à sévère en ambulatoire

Diagramme 2.1 : Utilisation de corticostéroïdes par voie orale

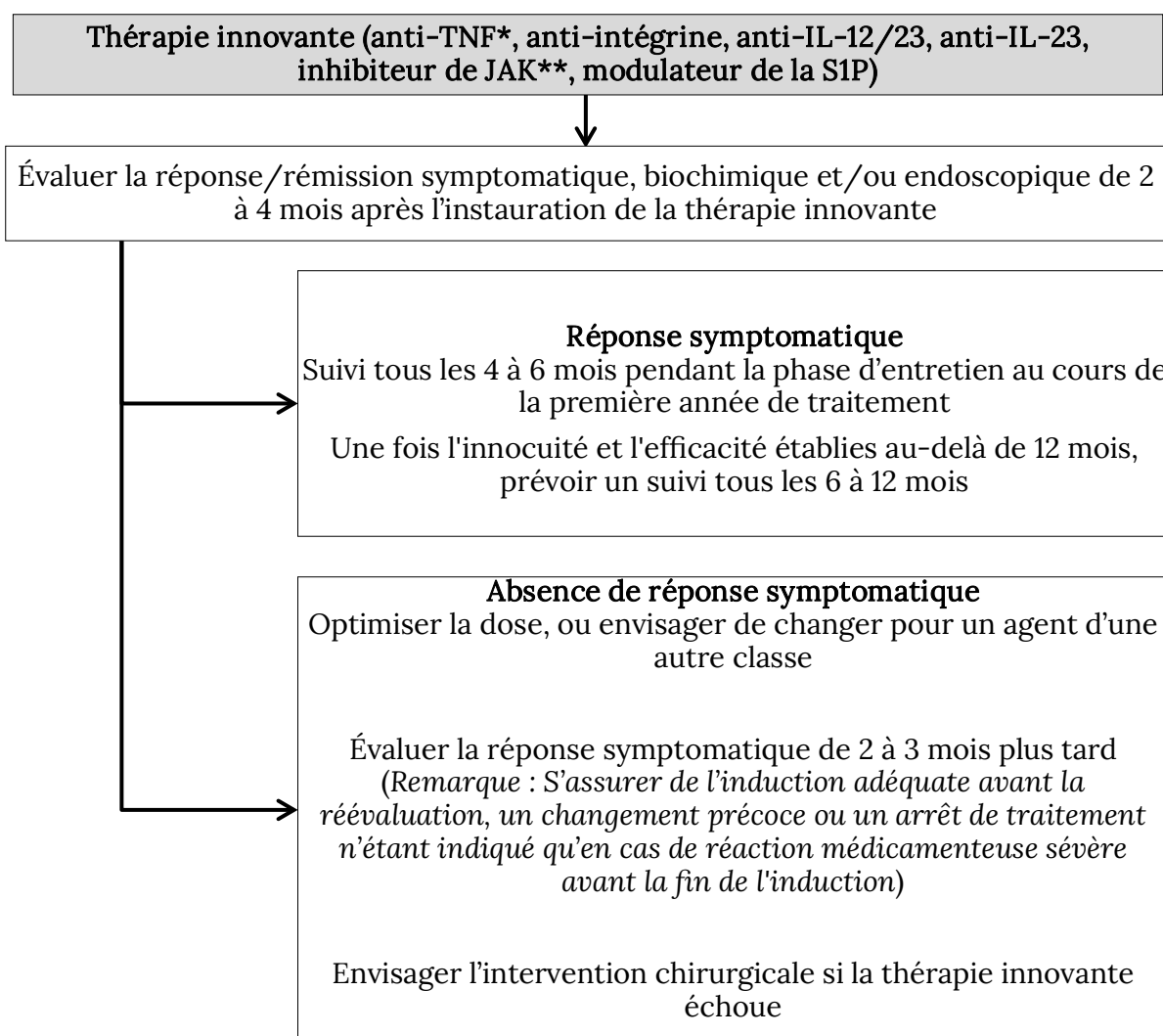


* [Induction avec thérapie innovante](#) (lien)

Diagramme 2.2 : Utilisation d'une thérapie innovante

Prendre en compte les éléments suivants lors du choix de la thérapie innovante (prise de décision commune) :

- Préférences et caractéristiques du patient (p. ex., âge, maladies concomitantes, éventuelle grossesse)
- Voie d'administration privilégiée (orale, sous-cutanée ou intraveineuse), accessibilité à un centre de perfusion
- Risque d'événements indésirables (p. ex., infection, malignité)
- Autres médicaments utilisés; traitement antérieur de la CU
- Observance du patient
- Bilan préthérapeutique



* L'anti-TNF ± la thiopurine sont recommandés pour réduire la formation d'anticorps, surtout dans le cas de l'infliximab.

**** Remarque :** Une consultation auprès d'un spécialiste s'impose avant l'utilisation d'inhibiteurs de JAK, leur rôle n'ayant pas été établi chez les patients hospitalisés.

Prise en charge de la colite ulcéreuse aiguë sévère chez les patients hospitalisés n'ayant jamais reçu d'agent biologique

Au moment de l'admission :

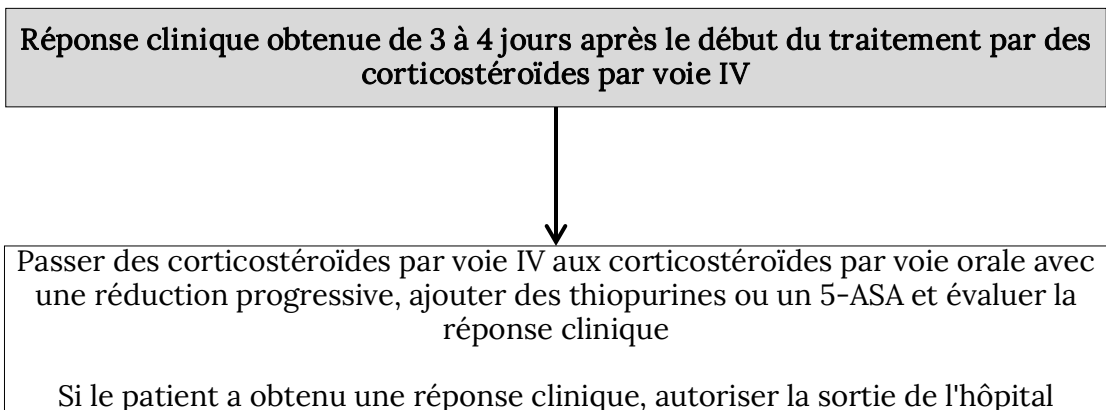
Réaliser :

- Analyses des selles : recherche de *C. difficile*, calprotectine fécale, bactéries pathogènes
- Radiographie abdominale
- Sigmoidoscopie flexible ou coloscopie
- Radiographie thoracique et dépistage de la TB
- Sérologie de l'hépatite B
- Test pour le CMV colique (lors de la sigmoidoscopie flexible)

Instaurer :

- Soins de support (surveillance des signes vitaux, des selles [fréquence et consistance], de l'hydratation et des désordres électrolytiques, prophylaxie contre la thromboembolie veineuse et soutien nutritionnel)
- Corticostéroïdes par voie IV (méthylprednisolone 40-60 mg/jour) ± corticoïdes topiques et **évaluer la réponse clinique de 3 à 4 jours après l'instauration des stéroïdes par voie IV**
- Bilan préthérapeutique

Diagramme 3.1 : Réponse clinique observée après un traitement par des corticostéroïdes par voie IV



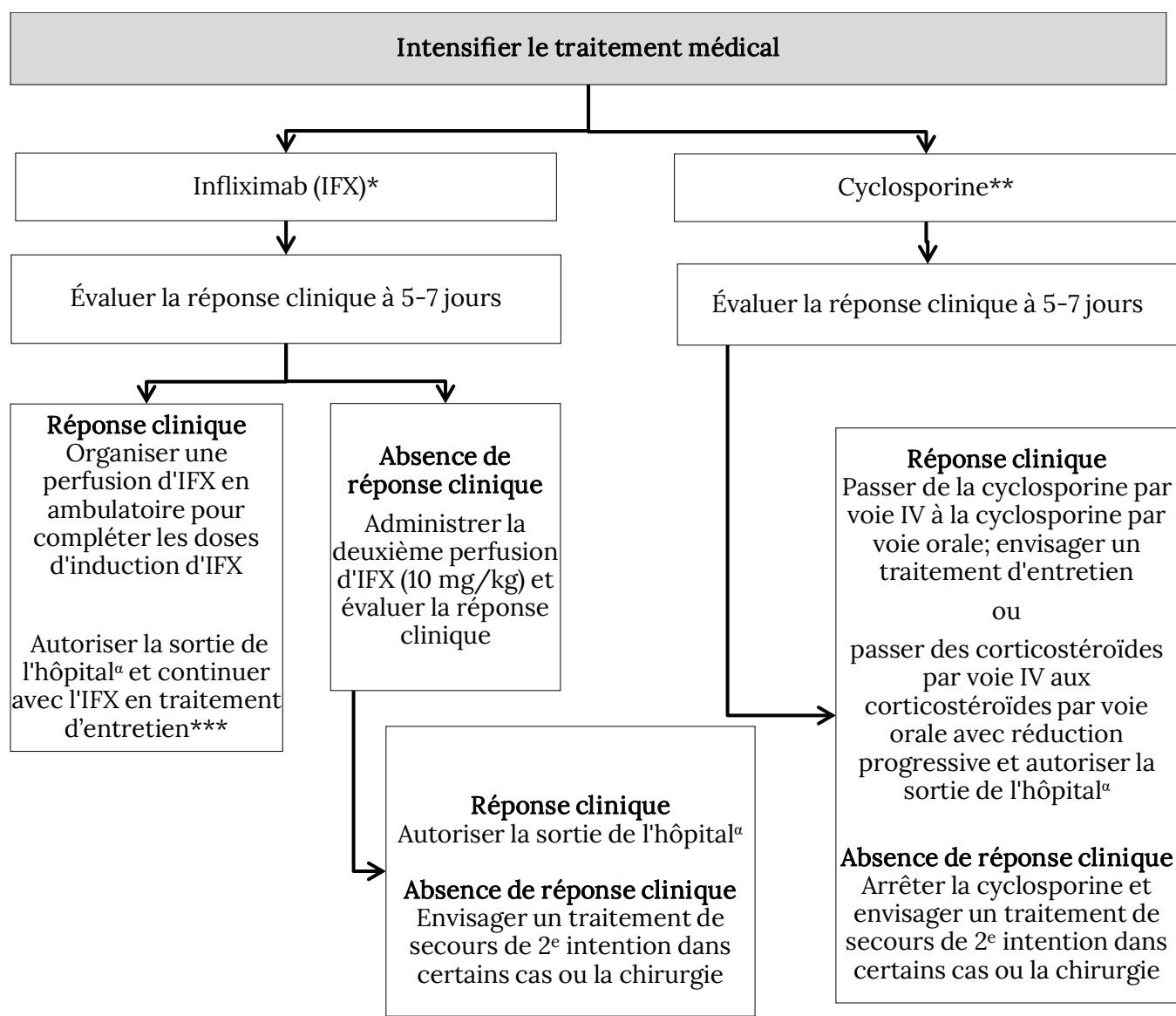
Congé de l'hôpital selon les conditions suivantes :

- Normalisation des signes vitaux
- Moins de 6 selles par jour avec peu ou pas de sang à chaque selle

- Résolution des douleurs abdominales sévères
- Tolérance de la diète solide
- Normalisation ou quasi-normalisation du taux de CRP
- Plans de suivi établis
- Plans de traitement ambulatoire établis, notamment pour l'instaurant d'une thérapie de maintien

Diagramme 3.2 : Absence de réponse clinique après un traitement par des corticostéroïdes par voie IV

Si aucune réponse clinique n'est observée au cours des 3 à 4 jours qui suivent l'instauration d'un traitement par des corticostéroïdes par voie IV, intensifier le traitement pharmacologique ou passer à la chirurgie.



L'upadacitinib à 45 mg peut être envisagé en traitement de secours de 2^e intention, après l'échec d'un traitement par des corticostéroïdes par voie IV, ou en 3^e intention, après l'échec de l'infliximab ou de la cyclosporine. Faute de données d'études comparatives, nous recommandons de discuter de chaque cas individuellement avec un centre spécialisé dans les MII si cette option est envisagée.

* Le seuil pour intensifier le traitement en fonction du temps et/ou de la dose devrait être faible, surtout chez les patients malades dont le taux d'albumine est faible.

** Non couramment utilisé au Canada.

*** L'IFX doit être administré en traitement d'association pendant au moins 6 mois à la sortie de l'hôpital.

α Congé de l'hôpital selon les conditions suivantes :

- Normalisation des signes vitaux
- Moins de 6 selles par jour avec peu ou pas de sang à chaque selle
- Résolution des douleurs abdominales sévères
- Tolérance de la diète solide
- Normalisation ou quasi-normalisation du taux de CRP
- Plans de suivi établis
- Plans de traitement ambulatoire établis, notamment pour l'instauration d'une thérapie de maintien

Autres ressources

Pour les prestataires de soins aux personnes vivant avec une MII

RxFiles : [Inflammatory Bowel Disease: Drug Comparison chart](#) (il peut être nécessaire d'ouvrir une session)

Pour les patients

Crohn et colite Canada : [Parcours avec une MII](#)

UpToDate® : [Ulcerative colitis \(Beyond the Basics\)](#)

Références (offertes en anglais seulement)

Bressler et Marshall, *et al.* Clinical Practice Guidelines for the Medical Management of Nonhospitalized Ulcerative Colitis: The Toronto Consensus. *Gastroenterology* 2015; 148:1035-1058
[10.1053/j.gastro.2015.03.001](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.03.001)

Danese S., et al. Positioning Therapies in Ulcerative Colitis. *Clin Gastroenterol and Hepatol* 2020; sous presse [10.1016/j.cgh.2020.01.017](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.01.017)

Rubin DT, et al. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J Gastroenterology* 2019; 114:384 [10.14309/ajg.00000000000000152](https://doi.org/10.14309/ajg.00000000000000152)

Turner D, Ricciuto A, Lewis A, et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD. *Gastroenterology*. 2021;160(5):1570-1583. [10.1053/j.gastro.2020.12.031](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.12.031)