

crohn colite

Nom du guide de pratique clinique

Algorithme décisionnel – Maladie de Crohn.

Objectif

Fournir une orientation quant au choix du traitement chez les patients atteints de la maladie de Crohn.

Population de patients

Patients adultes de 18 ans ou plus ayant un diagnostic connu de maladie de Crohn.

D^r Frank Hoentjen, M.D., Ph. D. (Université de l'Alberta)

D^{re} Sharyle Fowler, M.D., FRCSC (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

CDAI	Crohn's Disease Activity Index (indice d'activité de la maladie de Crohn)
CF	Calprotectine fécale
CMV	Cytomégalovirus
CRP	Protéine C réactive
FSC	Formule sanguine complète
GI	Gastro-intestinal
IHB	Indice de Harvey Bradshaw
MC	Maladie de Crohn
MMI	Maladie inflammatoire de l'intestin
MMX	Système à matrice multiple
TDM	Tomodensitométrie

À retenir de ce guide de pratique clinique

Les décisions thérapeutiques reposent sur la localisation anatomique de la maladie, sa gravité, ses complications et ses manifestations extra-intestinales, mais aussi sur les affections concomitantes et les préférences du patient. Les objectifs thérapeutiques comprennent l'induction et le maintien de la rémission. De nouveaux traitements sont constamment mis au point et doivent être envisagés.

Introduction

La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique qui peut affecter toutes les parties du tube digestif, de la bouche à l'anus, y compris la région périanale. Des manifestations et/ou des complications extra-intestinales peuvent survenir. Les parties du tractus gastro-intestinal (GI) les plus fréquemment touchées sont l'iléon terminal et le côlon. L'inflammation est généralement segmentaire, asymétrique et transmurale. La plupart des patients reçoivent un diagnostic de phénotype inflammatoire dès la première manifestation, mais avec le temps, des complications telles que des sténoses, des fistules ou des abcès peuvent se développer chez plus de la moitié d'entre eux. Ces complications nécessitent souvent une intervention chirurgicale.

Formes de la maladie de Crohn



Iléale



Colique



Proximale de l'intestin grêle



Périanale



Gastroduodénale

Images utilisées avec la permission de IBD Unit © IBD Unit. Tous droits réservés.

La classification de Montréal est couramment utilisée pour distinguer les caractéristiques phénotypiques principales de la maladie de Crohn en fonction de l'âge au moment du diagnostic, de la localisation et de la présentation clinique de la maladie.

Facteurs cliniques	Classification de Montréal
Âge au moment du diagnostic (A)	A1 : 16 ans ou moins A2 : de 17 à 40 ans A3 : plus de 40 ans
Localisation de la maladie (L)	L1 : iléon L2 : côlon L3 : iléon-côlon L4 : tractus GI supérieur*
Comportement de la maladie (B)	B1** : inflammatoire B2 : sténosante B3 : pénétrante p*** : atteinte périanale

* L4 est un modificateur qui peut être ajouté aux catégories L1 à L3 en présence d'une maladie du tractus gastro-intestinal supérieur concomitante. GI : gastro-intestinal

** La catégorie B1 devrait être considérée comme « intermédiaire » jusqu'à ce qu'un laps de temps prédéfini se soit écoulé depuis le diagnostic. Ce laps de temps peut varier d'une étude à l'autre (p. ex., on suggère de 5 à 10 ans), mais il devrait être défini pour que la présentation clinique B1 soit considérée comme « définitive ».

*** p est un modificateur qui peut être ajouté aux catégories B1 à B3 en présence d'une atteinte périanale concomitante.

Avant de prendre des décisions thérapeutiques, il faut mener les évaluations suivantes et discuter des objectifs du traitement avec le patient.

Objectif du traitement : rémission profonde et prolongée dont l'objectif à long terme est de prévenir les complications et de freiner l'évolution de la maladie. La rémission profonde combine rémission symptomatique et rémission endoscopique.

Évaluer le statut inflammatoire de la maladie

- Symptômes : fièvre, douleurs abdominales, diarrhée, saignements gastro-intestinaux, sensibilité localisée, perte de poids et manifestations extra-intestinales de la MII
- Exclure les infections : *Clostridium difficile*, cytomégalovirus (CMV)
- Exclure les symptômes non liés à une inflammation évolutive : diarrhée secondaire à la malabsorption des sels biliaires, à une pullulation bactérienne, stéatorrhée/malabsorption des graisses
- Abscess péricolique ou intra-abdominal ou fistule : douleur, écoulement de la fistule, fièvre (voir le [protocole de prise en charge de la maladie de Crohn pénétrante périanale](#))
- Analyses de laboratoire : formule sanguine complète (FSC), protéine C réactive (CRP), calprotectine fécale
- Examens d'imagerie : endoscopie et tomodensitométrie (TDM), entérographie par résonance magnétique ou par TDM ou échographie intestinale
- Exclure une sténose : imagerie anormale (dilatation du grêle ou du colon), symptômes d'obstruction, sténose à l'endoscopie.
- Examens de laboratoire clinique : formule sanguine complète (FSC), protéine C-réactive (CRP), calprotectine fécale (CF).
- Imagerie : endoscopie et entérographie par tomodensitométrie (TDM) OU entérographie par résonance magnétique (IRM) OU échographie abdominale.

Évaluer les maladies concomitantes ainsi que les complications liées à la maladie et au traitement

- Revue des médicaments pris antérieurement pour la MII
- Affections inflammatoires d'origine immunitaire : spondylarthrite ankylosante, arthrite, psoriasis, pyoderma gangrenosum, uvéite, etc.
- Antécédents de cancer

Prédire une maladie sévère :

Facteurs de risque modéré/élevé :

- Tabagisme actif
- Hospitalisations récurrentes
- Maladie périanale, maladie sténosante/pénétrante (fistulisante)
- > 1 résection intestinale
- Longueur de l'intestin touché (atteinte iléo-colique et/ou de l'intestin grêle)

- Diagnostique à un plus jeune âge (diagnostic durant l'enfance ou âge < 40 ans)

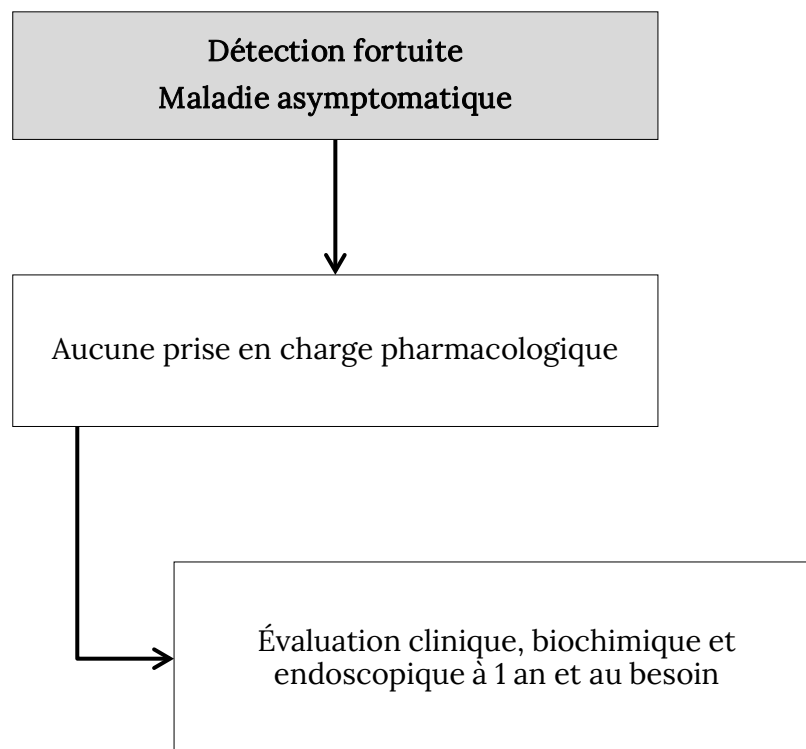
L'absence de ces facteurs de risque est associée un faible risque.

Prise en charge de la maladie de Crohn légère

Une MC légère est définie par un indice d'activité de la maladie de Crohn (acronyme anglais : CDAI) inférieur à 220 ou un indice de Harvey Bradshaw (IHB) inférieur ou égal à 7.

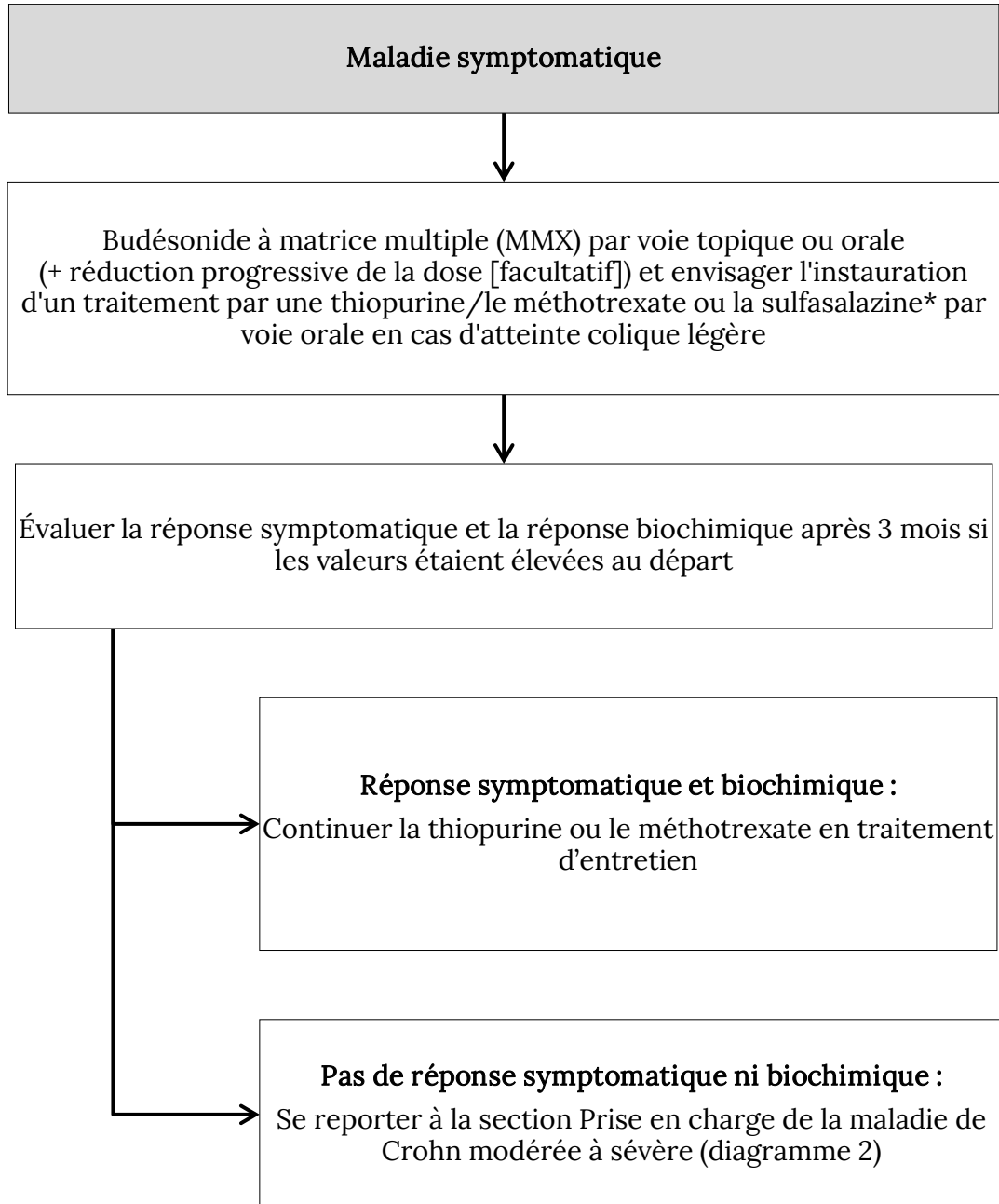
Après une évaluation complète comprenant une endoscopie (iléocoloscopie ± gastroscopie) et/ou un examen d'imagerie, ainsi que des analyses de laboratoire, le choix du traitement dépendra en partie de la distribution des lésions et de l'activité de la maladie.

Diagramme 1.1 : Si le diagnostic de MC est fortuit et le patient asymptomatique



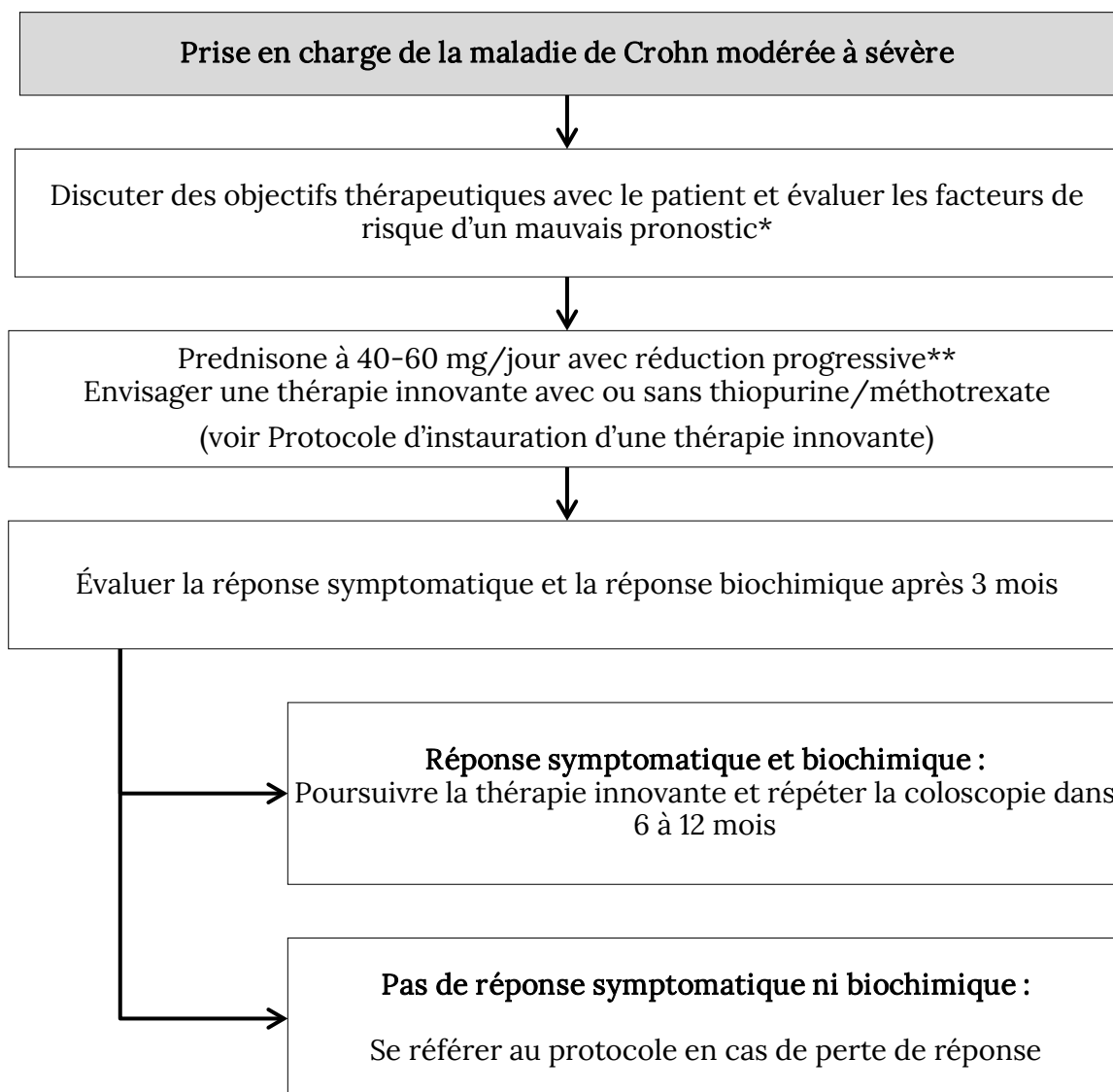
Si le patient est symptomatique, passer au diagramme 1.2.

Diagramme 1.2 : Si le patient reçoit un diagnostic de MC et qu'il est symptomatique



* La sulfasalazine peut être envisagée en traitement d'appoint en présence d'arthralgies/d'arthropathie concomitantes.

Diagramme 2 : Prise en charge de la MC modérée à sévère



Informez le patient de contacter le personnel soignant en cas d'apparition de nouveaux symptômes.

* Envisager une résection iléale précoce (surtout en cas de maladie iléocœcale localisée et de maladie sténosante).

** L'utilisation continue de stéroïdes n'est pas recommandée; ne pas prescrire plus de 2 cycles de stéroïdes sur 12 mois.

Lien vers : [Guide de pratique clinique – Induction avec thérapie innovante](#) Lien vers : [Guide de pratique clinique – Perte de réponse](#)

Autres ressources

Prestataires de soins aux personnes vivant avec une MII

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

Patients

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

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

Références (offertes en anglais seulement)

Lichtensein, *et al.* ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterology* 2018; 113:481-517 <https://doi.org/10.1038/ajg.2018.27>

Nguyen, *et al.* Positioning Therapies in the Management of Crohn's Disease. *Clin Gastroenterol and Hepatol* 2020; 18(6):1268-79 <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.10.035>

Panaccione, *et al.* Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guidelines for the Management of Luminal Crohn's Disease. *J Can Assoc Gastroenterol* 2019; 2(3): e1-e34 <https://doi.org/10.1093/jcag/gwz019>

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. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.12.031>