

crohn colite

Nom de la voie de soins cliniques

Arbre décisionnel thérapeutique – Maladie de Crohn.

Objectif

Donner des instructions concernant le choix thérapeutique pour les patients atteints de la maladie de Crohn.

Population de patients

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

Dr Frank Hoentjen MD, PhD (Université de l'Alberta)
Dre Sharyle Fowler MD, FRCSC (Université de la Saskatchewan)

À retenir

Les décisions thérapeutiques se basent sur la localisation anatomique de la maladie, sa gravité, ses complications et ses manifestations extra-intestinales, mais aussi sur d'autres comorbidités et les préférences du patient. Les objectifs thérapeutiques comprennent l'induction et le maintien de la rémission.

De nouveaux traitements sont constamment élaborés et doivent être envisagés.

Introduction

La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique qui affecte n'importe quelle partie du tractus gastro-intestinal (tube digestif), de la bouche à l'anus, en passant par la région périanale. Des manifestations et/ou des complications extra-intestinales peuvent se produire. 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



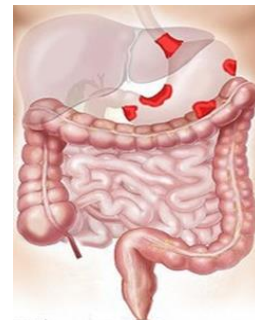
Colique



Proximale de l'intestin grêle



Périanale



Gastroduodénale

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

Tableau 1: 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, la localisation de la maladie et son comportement.

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 terminal L2 : côlon L3 : iléo-côlon L4 : localisation digestive haute (GI)*
Présentations de la maladie (B)	B1** : non sténosante, non pénétrante (ou perforante) B2 : sténosante B3 : pénétrante (ou perforante) p*** : modificateur de la maladie périanale

*L4 est un modificateur qui peut être ajouté à L1-3 en présence de maladies concomitantes du tractus gastro-intestinal supérieur.

** 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 le comportement B1 soit considéré comme « définitif ». GI – Gastrointestinal

***p est un modificateur qui peut être ajouté aux catégories B1 à B3 en présence de maladies périanales concomitantes.

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

Objectif de la thérapie : rémission profonde et prolongée dont l'objectif à long terme est de prévenir les complications et d'arrêter l'évolution progressive de la maladie. La rémission profonde est une combinaison de marqueurs symptomatiques et objectifs de rémission.

Évaluer l'inflammation de la maladie :

A

- Symptômes : fièvre, douleurs abdominales, diarrhée, saignements gastro-intestinaux, sensibilité localisée, perte de poids et symptômes de manifestations extra-intestinales de la MII.
- 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 comorbidités ainsi que les complications liées à la maladie et au traitement

B

1. Infections telles que le Clostridium difficile (*C. diff.*), le cytomégalovirus (CMV).
2. Sténose/remodelage : imagerie anormale (dilatation intestinale), symptômes obstructifs, sténose à l'endoscopie.
3. Symptômes liés à une chirurgie antérieure : diarrhée, acide biliaire, prolifération bactérienne, stéatorrhée/malabsorption des graisses.
4. Historique de la médication pour les MII antérieures.
5. Abscesses ou fistule périanale ou abdominale : douleur, drainage de la fistule, fièvre (voir le protocole relatif à la maladie de Crohn périnéale).
6. Conditions inflammatoires méditées par le système immunitaire : spondylarthrite ankylosante, arthrite, psoriasis, pyodermite gangréneuse, uvéite, etc.
7. Antécédents de malignités.

Sévérité prévue du cours de la maladie :

C

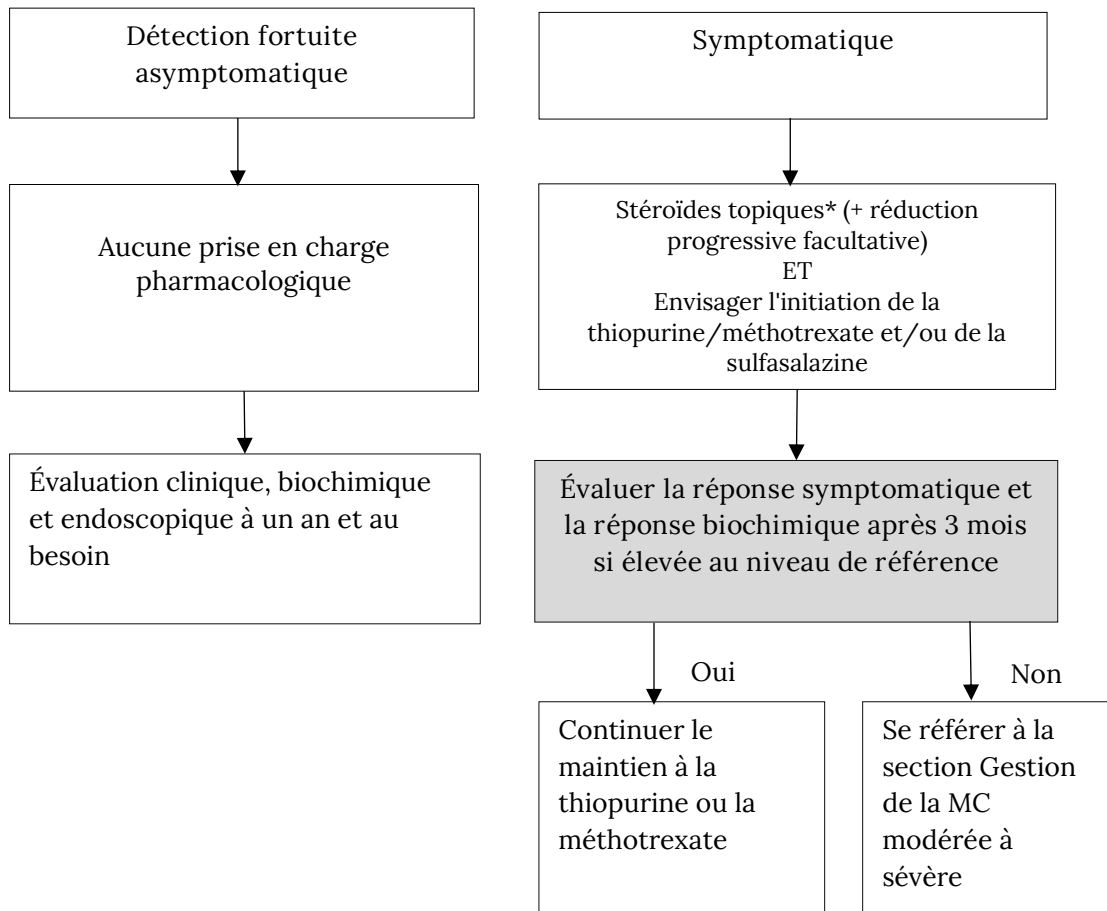
Risque modéré à élevé :

1. Tabagisme actif
2. Hospitalisations récurrentes
3. Maladie périanale, maladie sténosante/pénétrante
4. >1 résection intestinale
5. Longueur de l'intestin affecté (impliquant l'iléocôlon et/ou une atteinte de l'intestin grêle au-delà de l'iléon terminal)
6. Diagnostic à un plus jeune âge (<40 ans)

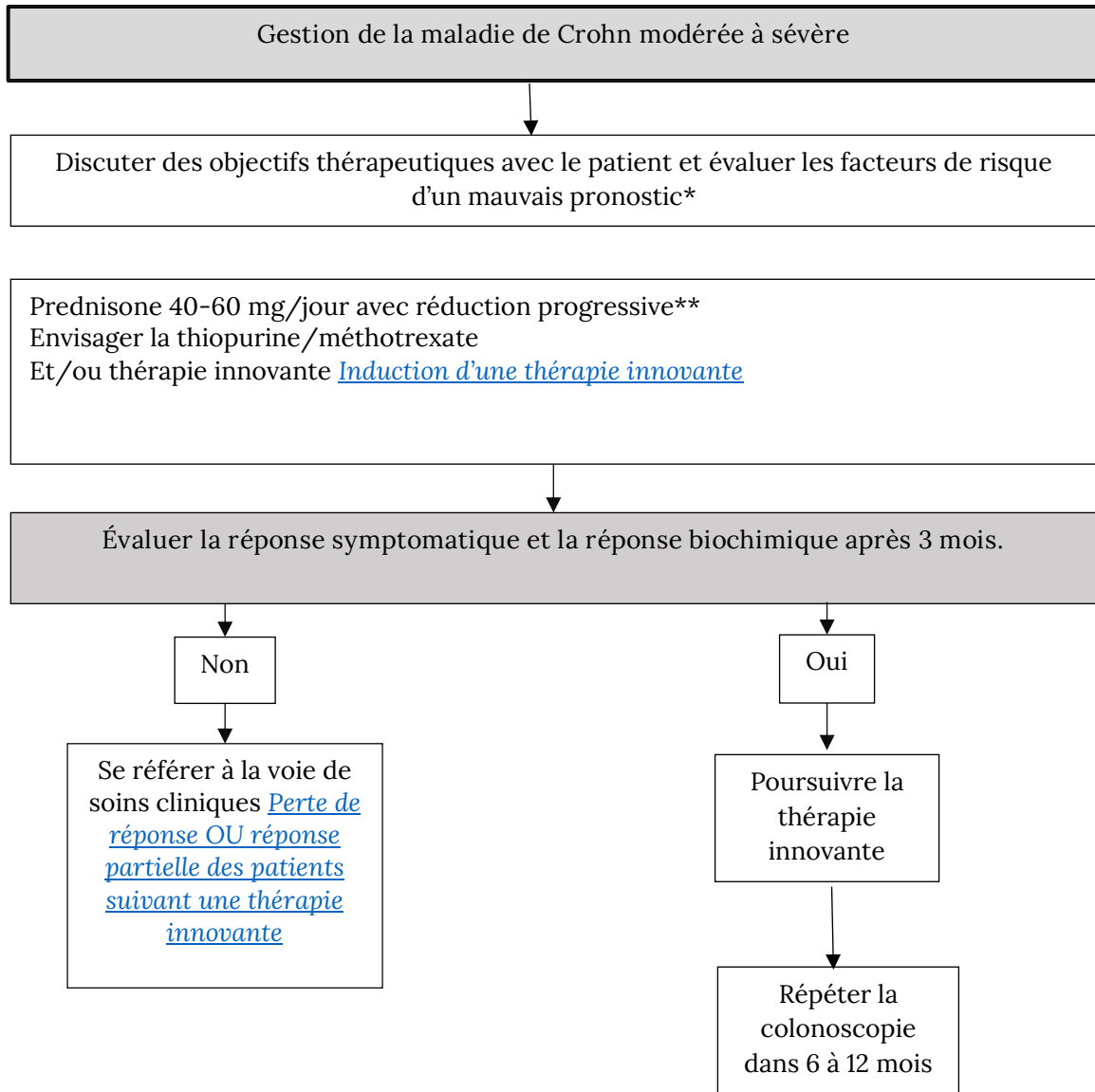
L'absence de ces facteurs indique un faible risque.

Gestion de la maladie de Crohn légère

Une MC légère est appréciée par un « indice d'activité de la maladie de Crohn » (acronyme anglais : CDAI) inférieur à 220 ou un IHB (indice de Harvey Bradshaw) inférieur ou égal à 7. Après une évaluation complète comprenant une endoscopie (iléocoloscopie et/ou endoscopie gastro-intestinale supérieure) et/ou une imagerie (entérographie, vidéocapsule endoscopique et/ou échographie abdominale), ainsi que des tests de laboratoire, le choix du traitement dépendra en partie de la répartition de la maladie ainsi que de son activité.



*Les stéroïdes topiques comprennent des stéroïdes comme le budésônide



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

* Envisager une résection iléale précoce (surtout en cas de maladie iléocæcale 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.

Autres ressources

Pour les prestataires de soins aux personnes vivant avec une MII

Maladies inflammatoires de l'intestin : [Tableau comparatif des médicaments](#)

Pour les patients

[Crohn et Colite Canada : Le parcours avec une MII](#)

UpToDate® - Patient education : Crohn's disease (Beyond the Basics) (accessible gratuitement)

https://www.uptodate.com/contents/crohn-disease-beyond-the-basics?search=crohns%20disease&source=search_result&selectedTitle=1-20&usage_type=default&display_rank=1

Références

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>

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>

Sandborn W.J. Evaluation and Treatment: Clinical Decision Tool Gastroenterology 2014; 147:702-705 <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2014.07.022>

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>

2024 ECCO guidelines (attendu pour janvier 2024)