

crohn colite

Nom de la voie de soins cliniques

Perte de réponse OU réponse partielle des patients suivant une thérapie innovante

Objectif

Atteindre et maintenir la rémission avec une thérapie innovante

Population de patients

Patients ayant reçu un diagnostic de MII qui suivent une thérapie innovante

Dr Jesse Siffledeen MD MSc (Oxon) FRCPC (Université de l'Alberta & Covenant
Health/Grey Nuns Hospital Edmonton)

Dre Vivian Huang MD, FRCPS (Université de Toronto et Hôpital Mount Sinai)

À retenir

Les thérapies innovantes pour les MII sont de plus en plus disponibles; cependant, l'approche face à la perte de réponse, ou à la réponse partielle, pour les patients qui les suivent demeure incohérente. L'objectif principal vise à atteindre et à maintenir la rémission en optimisant la posologie et en réévaluant la réponse aux médicaments et, le cas échéant, en changeant de thérapie.

Introduction

Cette voie de soins cliniques recommande une approche commune pour tout patient atteint d'une MII qui suit une thérapie innovante et qui présente des symptômes de perte de réponse ou de réponse partielle. Bien qu'initialement développée pour orienter la surveillance du niveau des médicaments et l'optimisation des doses chez les patients ne répondant plus aux traitements anti-TNF, cette voie de soins cliniques suggère également des manières d'approcher les patients prenant des produits biologiques plus récents et des petites molécules. Le cas échéant, cette voie reflète les données et les recommandations établies par la communauté globale des MII.

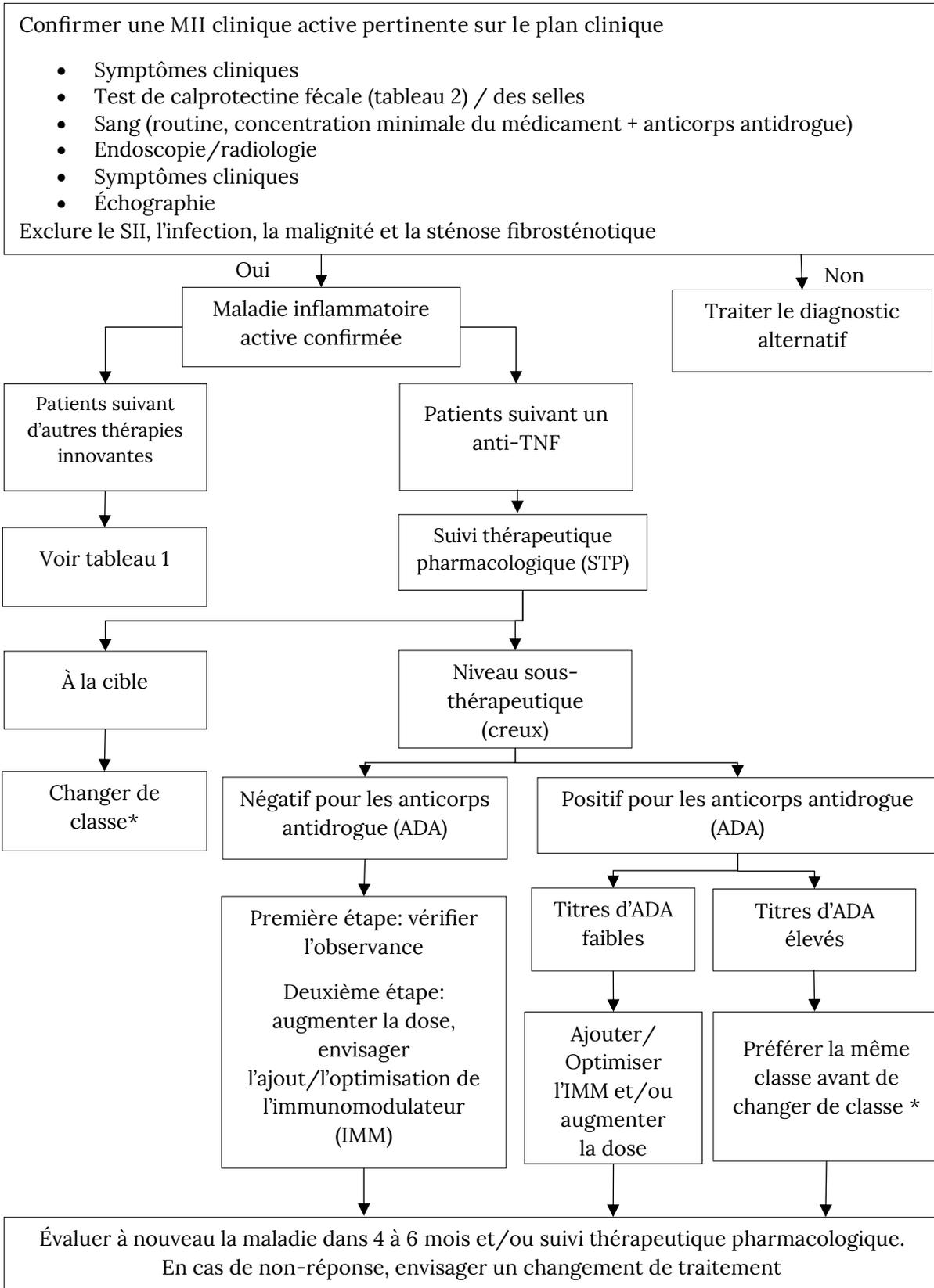


Tableau 1 : Approche pour la gestion d'autres thérapies innovantes

Médicament	Optimisation posologique	Réévaluation
Vedolizumab	Augmenter à une dose toutes les 4 semaines*	À la 3 ^e administration toutes les 4 semaines
Ustekinumab	Augmenter à une dose toutes les 4 semaines OU demander une dose de recharge par IV	À la 3 ^e administration toutes les 4 semaines OU 3 à 4 mois après la dose de recharge par IV
Tofacitinib	10 mg deux fois par jour par voie orale	Après 8 semaines
Upadacitinib	30 mg deux fois par jour par voie orale (pour les patients prenant 15 mg une fois par jour)	Après 8 semaines
Risankizumab	Ne s'applique pas	
Ozanimod	Ne s'applique pas	

*Selon les données probantes, les avantages de l'optimisation sont limités.

Toujours discuter avec le patient des risques associés au changement de thérapies innovantes, y compris le risque d'une moindre réponse et les effets secondaires potentiels.

Tableau 2 : Résultats du test de calprotectine fécale et approche clinique

Calprotectine fécale (µg/g)	Interprétation	Prise en charge suggérée
<50-100	Maladie quiescente probable	Poursuivre la thérapie actuelle
>100-250	Inflammation possible	Examen (p. ex., colonoscopie) pour confirmer l'inflammation
>250	Inflammation probable	Optimiser/changer de thérapie

Tableau 3 : Approche pour la prise en charge de la thérapie par thiopurine

Étiologie de l'échec de la thiopurine	Niveau de 6-TGN (pmol/10 ⁸ érythrocytes)	Niveau de 6-MMP (pmol/10 ⁸ érythrocytes)	Rapport 6-MMP/6-TGN	Stratégie thérapeutique proposée
Dose inadéquate	Faible (<230)	Faible (<5700)	Normal (4-24)	Augmenter la dose
TPMT excessif	Faible (<230)	Élevé (>5700)	Élevé (>24)	Modulation de la TPMT par l'ajout d'allopurinol ou de 5-ASA, fractionnement de la dose, passage à un agent alternatif, tel que le MTX
Manque d'observance	Faible (<230)	Faible (<5700)	Normal (4-24)	Vérifier l'observance

Inefficacité réelle du médicament	Normal (230-400)	Normal (<5700)	Normal (4-24)	Thérapie alternative
-----------------------------------	------------------	----------------	---------------	----------------------

5-ASA : Méسالazine

6-MMP- Méthylmercaptopurine

6-TGN: 6- Nucléotides de thioguanine

MTX : Méthotrexate

TPMT: Thiopurine méthyltransférase

Références

Papamichael et al. Appropriate Therapeutic Drug Monitoring of Biologic Agents for patients with inflammatory bowel diseases. *Clinical Gastroenterology Hepatology*. 2019; 17(9):1655-1668.

<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.03.037>

Feuerstein et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Therapeutic Drug Monitoring in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology* 2017;153(3):827-834.

<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.07.032>

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>

Bressler et al. Clinician's guide to the use of fecal calprotectin to identify and monitor disease activity in inflammatory bowel disease. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2015;29(7):369-372. <https://doi.org/10.1155/2015/852723>

Kopylov et al. Therapeutic drug monitoring in inflammatory bowel disease. *Annals of Gastroenterology* 2014;27(4):304-312. PMID: [PMC4188926](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2488926/)

Turner 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 Apr;160(5):1570-1583. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.12.031>