



crohn colite

Nom de la voie de soins cliniques

Arbre décisionnel thérapeutique – Colite ulcéreuse

Objectif

Donner des instructions concernant le choix thérapeutique pour les patients atteints de colite ulcéreuse

Population de patients

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

Dr Frank Hoentjen MD, PhD (University of Alberta)
Dre Sharyle Fowler MD, FRCPC (University of Saskatchewan)

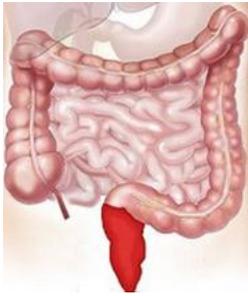
À retenir

De nouvelles thérapies sont constamment mises au point et doivent être envisagées.

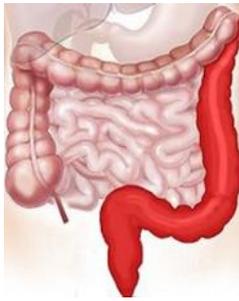
Introduction

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 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 éclairer le choix thérapeutique adéquat et établir le pronostic.

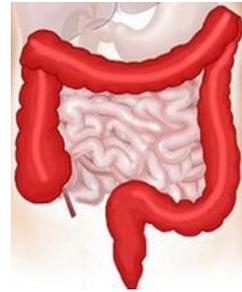
La classification de Montréal de la colite ulcéreuse se base sur l'étendue de la maladie, comme suit:



Rectite



Colite gauche



Colite extensive/Pancolite

©IBD Unit. Tous droits réservés

Tableau 1: Système de cotation partielle de Mayo pour l'activité de la colite ulcéreuse

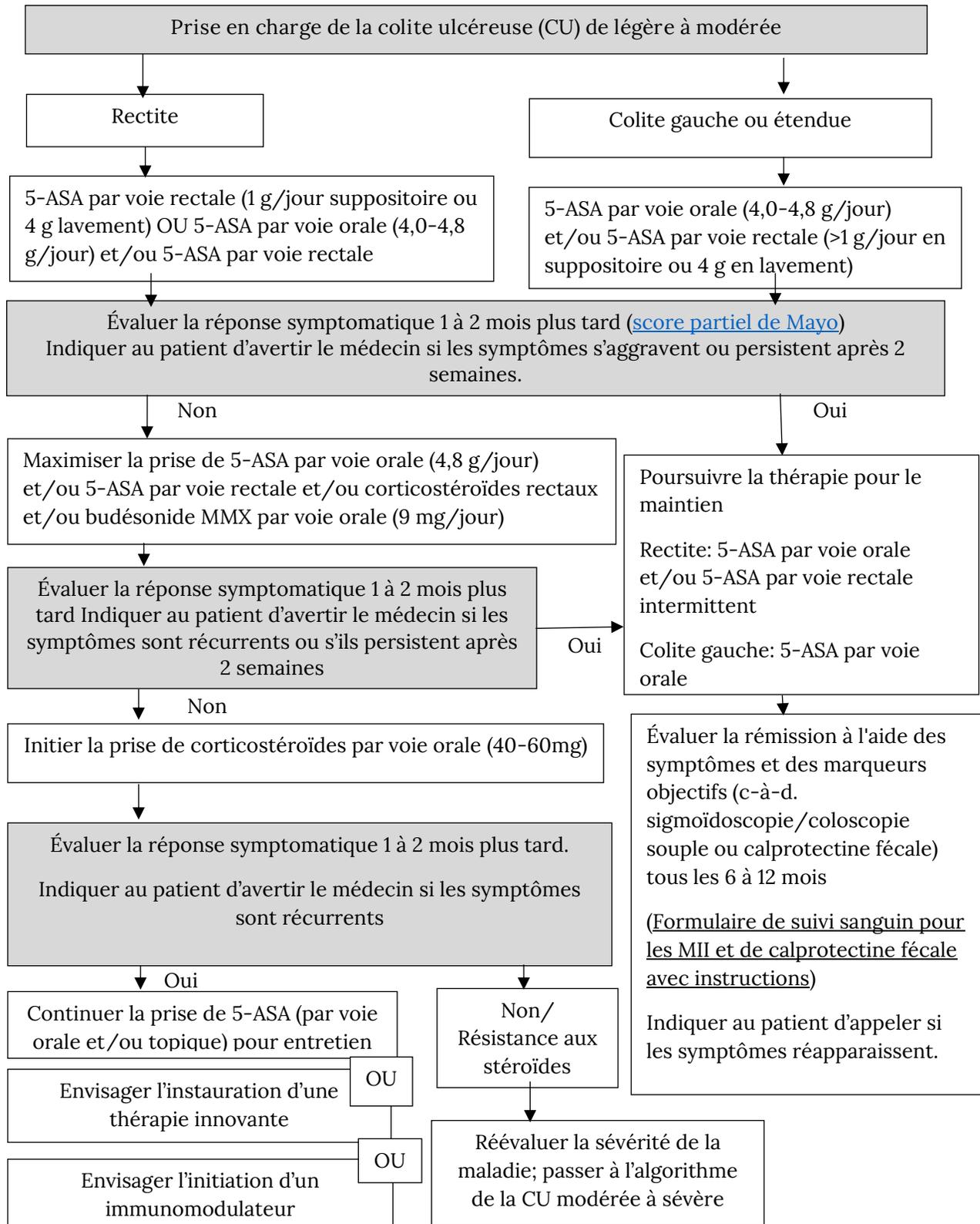
Paramètre	Évaluation clinique (choix unique)	Score
Fréquence des selles (par jour)	Habituelle	0
	1 à 2 selles en plus du nombre habituel	1
	3 à 4 selles en plus du nombre habituel	2
	≥5 selles en plus du nombre habituel	3
Présence de sang dans les selles (indiquer le saignement le plus sévère de la journée)	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
Appréciation globale du médecin	Normal	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 de la thérapie :

- 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 sans récurrence de la maladie, ou si la rechute se produit dans les trois mois après l'arrêt des corticostéroïdes.
- Les analyses de laboratoire comprennent : formule sanguine complète (FSC), tests biochimiques hépatiques, albumine, fer, ferritine et protéine C réactive.
- Les analyses des selles comprennent : *Clostridium difficile* (*C. diff.*), cultures de selles de routine et calprotectine fécale.
- Si le patient s'est récemment rendu dans une région où les infections parasitaires sont endémiques, envisager une analyse de microbiologie (ovocytes et parasites).
- Endoscopie (si nécessaire, sigmoïdoscopie flexible ou coloscopie) si nécessaire pour changer la thérapie.
- Objectif thérapeutique : atteindre la rémission clinique et endoscopique.

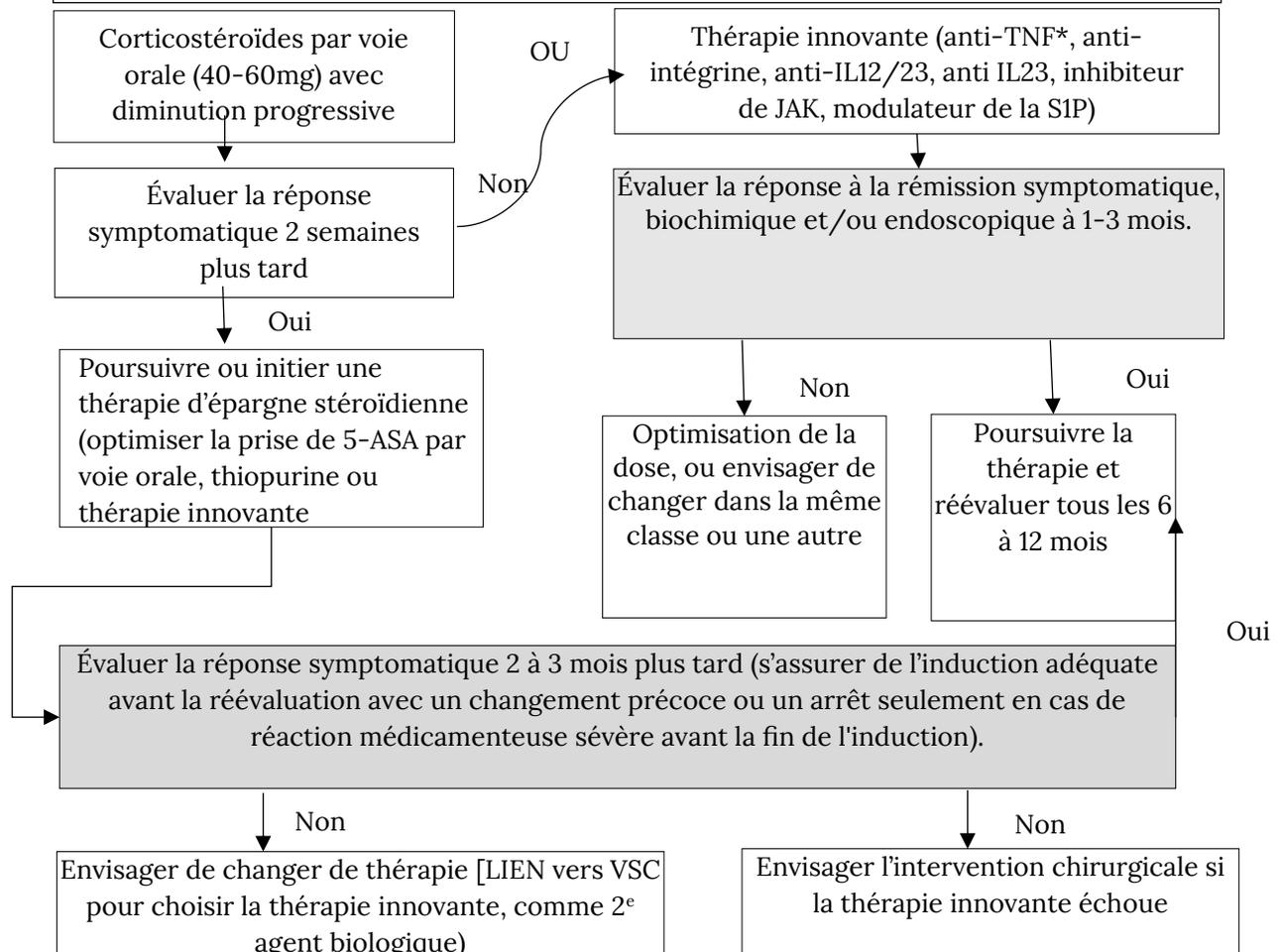
Les algorithmes suivants sont les voies de soins cliniques exemplaires pour les prises de décision thérapeutiques chez les patients atteints de colite ulcéreuse:



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

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

- Préférences et caractéristiques du patient (p.ex., âge, comorbidités, éventuelle grossesse)
- Risque d'événements indésirables (p.ex., infection, malignité)
- Autres médicaments utilisés; traitement antérieur de la CU
- Accessibilité à un centre de perfusion
- Observance du patient
- Bilan prébiologique



*L'anti-TNF et/ou la thiopurine **et/ou** l'acide folique (1 mg par jour) est recommandé pour réduire les symptômes gastro-intestinaux et les élévations de transaminase associées au médicament.

Prise en charge de la colite ulcéreuse aiguë sévère en hôpital

Initier:

- Soins de soutien*
- Corticostéroïdes par IV (méthylprednisolone 40-60 mg/jour) et/ou corticoïdes topiques
- Bilan pré-biologique

Au moment de l'admission :

- Analyses des échantillons de selles pour la *C. difficile*, CPF et pathogènes bactériens
- Radiographie abdominale
- Sigmoidoscopie souple
- Radiographie thoracique et dépistage TB
- Sérologie de l'hépatite B
- Test pour le CMV (lors de la sigmoidoscopie souple)

Évaluer la réponse clinique à 3 ou 4 jours après l'initiation des stéroïdes par IV

Oui

Passer des corticostéroïdes par IV aux corticostéroïdes par voie orale avec une réduction progressive. Ajouter des thiopurines ou des 5-ASA.

Évaluer la réponse clinique

Oui

Organiser une perfusion d'infliximab en ambulatoire pour compléter les doses d'induction d'infliximab, puis continuer avec l'entretien de l'infliximab.

Oui

Congé de l'hôpital en veillant à :

- La normalisation des signes vitaux
- Moins de 6 selles par jour avec peu ou pas de sang à chaque évacuation
- La résolution des douleurs abdominales sévères
- La tolérance du régime alimentaire oral
- Discuter des plans de suivi
- Envisager un plan de traitement ambulatoire concernant l'initiation de la thérapie d'entretien

Non

Intensifier la thérapie médicale

Infliximab**

OU

Cyclosporine IV***

Évaluer la réponse clinique à 5-7 jours

Non

Administer la deuxième perfusion d'infliximab (10 mg/kg).

Évaluer la réponse clinique

Non

Interv. chirurg.

Non

Arrêt de la cyclosporine

Oui

Passer de la cyclosporine par IV à la cyclosporine par voie orale; envisager une thérapie d'entretien. OU passer des corticostéroïdes (IV) aux corticostéroïdes par voie orale avec réduction progressive

OU

Interv. chirurg.

OU

*Surveillance des signes vitaux, de la production de selles, des fluides intraveineux, du remplacement des électrolytes, de la prophylaxie contre la thromboembolie veineuse et du support nutritionnel. **Le seuil pour intensifier la thérapie en temps et/ou en 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 association thérapeutique pendant au moins 6 mois à la sortie

Autres ressources

Maladie inflammatoire de l'intestin : [Tableau comparatif des médicaments](#)

UpToDate® – Patient education: Ulcerative colitis (Beyond the Basics) (en libre accès)

https://www.uptodate.com/contents/ulcerative-colitis-beyond-the-basics?topicRef=2004&source=see_link

Références

Danese S. et al. Positioning Therapies in Ulcerative Colitis. Clin Gastroenterol and Hepatol 2020; In press

Rubin DT et al. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. Am J Gastroenterology 2019; 114:384

Bressler and Marshall et al. Clinical Practice Guidelines for the Medical Management of Nonhospitalized Ulcerative Colitis: The Toronto Consensus. Gastroenterology 2015; 148:1035-1058

Bitton A. et al. Treatment of Hospitalized Adult Patients with Severe Ulcerative Colitis: Toronto Consensus Statements. Am J Gastroenterology 2011; 179-194

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.