

crohn colite

Nom de la voie de soins cliniques

Initiation et diminution progressive des corticostéroïdes (prednisone, budésonide, budésonide-mmx).

Objectif

Minimiser le risque d'utilisation répétée des corticostéroïdes pour le traitement des MII.

Population de patients

Patients adultes de plus de 18 ans ayant un diagnostic connu de MII.

Clare McCabe Woodrow, I.A. (Alberta Health Services)
Dre Cynthia Seow MBBS (dist.), M.Sc., FRACP (Université de Calgary)

À retenir

Les corticostéroïdes ne doivent être utilisés que dans le cadre d'un traitement d'induction à court terme pour traiter les poussées aiguës de MII.

Ces outils de soutien à la décision clinique ont été mis au point par des experts canadiens dans le domaine des MII, basés sur leur interprétation des données probantes actuelles et des considérations spécifiques au système de santé canadien. Des lignes directrices internationales provenant d'Europe et des États-Unis sont disponibles; elles peuvent refléter des facteurs régionaux qui ne sont pas directement applicables au Canada.

Introduction

La corticothérapie est une thérapie d'induction efficace à court terme pour les poussées aiguës de MII, mais les corticostéroïdes sont associés à une morbidité significative et à un contrôle insuffisant de la maladie lorsqu'ils sont utilisés pendant des périodes prolongées. Des stratégies visant à minimiser les événements indésirables ainsi qu'un plan à long terme pour une thérapie d'entretien alternative (et plus appropriée) sont nécessaires.

Prestataires de soins aux personnes vivant avec une MII

1. Détecter (et corriger) les facteurs de risque généraux d'ostéoporose – malnutrition, inflammation, tabagisme et manque d'exercice de mise en charge. Tenir compte de la densité minérale osseuse, le cas échéant. Prendre également en compte la santé mentale du patient avant de commencer un traitement par stéroïdes; la santé mentale doit faire l'objet d'une discussion avec le patient et ses proches.
2. La corticothérapie doit être envisagée en association avec un agent d'entretien : l'azathioprine (immunomodulateur), la mésalazine (5-ASA) ou un agent biologique. ([PACE QPI 23](#)).
3. À l'instauration de la corticothérapie, s'assurer que le patient reçoive :
 - a. Les fiches d'information concernant les corticostéroïdes prescrits ([Informations sur la prednisone à l'attention du patient](#), [Instructions concernant la réduction progressive de prednisone à l'attention du patient](#), [Fiche d'information sur l'Entocort à l'attention du patient](#) et [Fiche d'information sur le Cortiment à l'attention du patient](#) et [Instructions concernant la réduction progressive du budésonide à l'attention du patient](#)) ([PACE QPI 22](#))
 - b. Les requêtes d'analyse de laboratoire pour les poussées de MII et la trousse pour le test de calprotectine fécale à réaliser à l'instauration et à 3 mois pour évaluer la réponse. ([Requête d'analyse de laboratoire pour les poussées de MII](#))
 - c. Les instructions relatives à la prise de 500 mg de calcium élémentaire (sources alimentaires) et de vitamine D 2000 UI une fois par jour pendant toute la durée de la corticothérapie ([PACE QPI 27](#))

4. Indiquer au patient d'appeler la clinique de gastro-entérologie si son état ne s'améliore pas, ou en cas d'amélioration initiale suivie d'une perte de réponse.

Effectuer une évaluation ([p. ex. par téléphone](#)) et renseigner l'[indice de Harvey Bradshaw](#) (IHB) ou le [score partiel de Mayo \(pMayo\)](#) pour assurer la réponse et identifier les patients réfractaires aux stéroïdes* ([PACE QPI 15](#)).

*Réfractaire aux stéroïdes (corticorésistance) – patients dont les symptômes n'ont jamais répondu aux corticostéroïdes et patients qui répondent initialement, mais dont les symptômes récidivent malgré un traitement continu.

Dépendant aux stéroïdes (corticodépendance) – patients qui répondent initialement aux stéroïdes, mais perdent cette réponse pendant la réduction progressive de la dose ou peu de temps après l'arrêt complet du traitement; par conséquent, ils nécessitent des stéroïdes supplémentaires pour contrôler les symptômes.

- a. En cas d'amélioration subjective significative des symptômes de la MII et que l'IHB <5, ou que le score pMayo <1 :
 - Poursuivre la réduction progressive des stéroïdes
 - Envoyer un message au personnel de soutien pour un rendez-vous de suivi à 4 mois
 - b. En l'absence de réponse adéquate, optimiser la thérapie – réaliser les examens prébiologiques et se reporter au protocole relatif à la thérapie innovante.
5. Délivrer une seule ordonnance de réduction progressive des corticostéroïdes sur une durée maximale de trois mois uniquement. Pas de renouvellement.

Personnel de soutien

Organiser un suivi en clinique à 4 mois.

Références

Dorrington AM, Selinger CP, Parkes GC, Smith M, Pollok RC, Raine T. The Historical Role and Contemporary Use of Corticosteroids in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2020 Sep 16;14(9) : 1316-1329. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaa053>

Selinger CP, Parkes GC, Bassi A, et al. Assessment of steroid use as a key performance indicator in inflammatory bowel disease—analysis of data from 2385 UK patients. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019;50(9):1009-1018. <https://doi.org/10.1111/apt.15497>

Seow CH, Coward S, Kroeker KI, et al. Declining Corticosteroid Use for Inflammatory Bowel Disease Across Alberta: A Population-Based Cohort Study. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*. 2022;5(6):276-286. <https://doi.org/10.1093/jcag/gwac021>

Targownik LE, Bernstein CN, Benchimol EI, et al. Trends in Corticosteroid Use During the Era of Biologic Therapy: A Population-Based Analysis. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(6):1284-1293. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001220>