

# crohn's colitis

Nom de la voie de soins cliniques

Prise en charge post-opératoire de la maladie de Crohn.

Objectif

Donner des orientations pour la prise en charge des patients atteints de la maladie de Crohn après une résection de l'intestin.

Population de patients

Patients adultes de plus de 18 ans atteints de la maladie de Crohn ayant subi une récente résection chirurgicale.

Dr Seth R Shaffer MD, M.Sc., FRCSC (Université du Manitoba)  
Dr Alain Bitton MD, FRCSC (Université McGill et Centre universitaire de santé McGill)

## À retenir

Une intervention chirurgicale est souvent nécessaire chez jusqu'à 80 % des patients atteints de la maladie de Crohn en raison d'une maladie médicalement réfractaire ou de complications, comme une obstruction intestinale, un abcès ou une fistule.

- Les patients devraient être stratifiés selon des facteurs de risque liés à la maladie et à la chirurgie.
- Le tabagisme est associé à un risque plus élevé de récurrence de la maladie postopératoire; par conséquent, tous les patients devraient recevoir des conseils en matière de cessation du tabac.
- Tous les patients devraient subir une iléocoloscopie 6 à 12 mois après la chirurgie pour évaluer la récurrence endoscopique dans le néo-iléon terminal.
- Objectifs du traitement : réduire la récurrence endoscopique et clinique et maintenir la rémission de la maladie.

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

Bien que la chirurgie ne soit pas curative, elle constitue une intervention importante pour corriger une maladie irréversible, telle qu'une sténose fibreuse ou une maladie médicalement réfractaire.

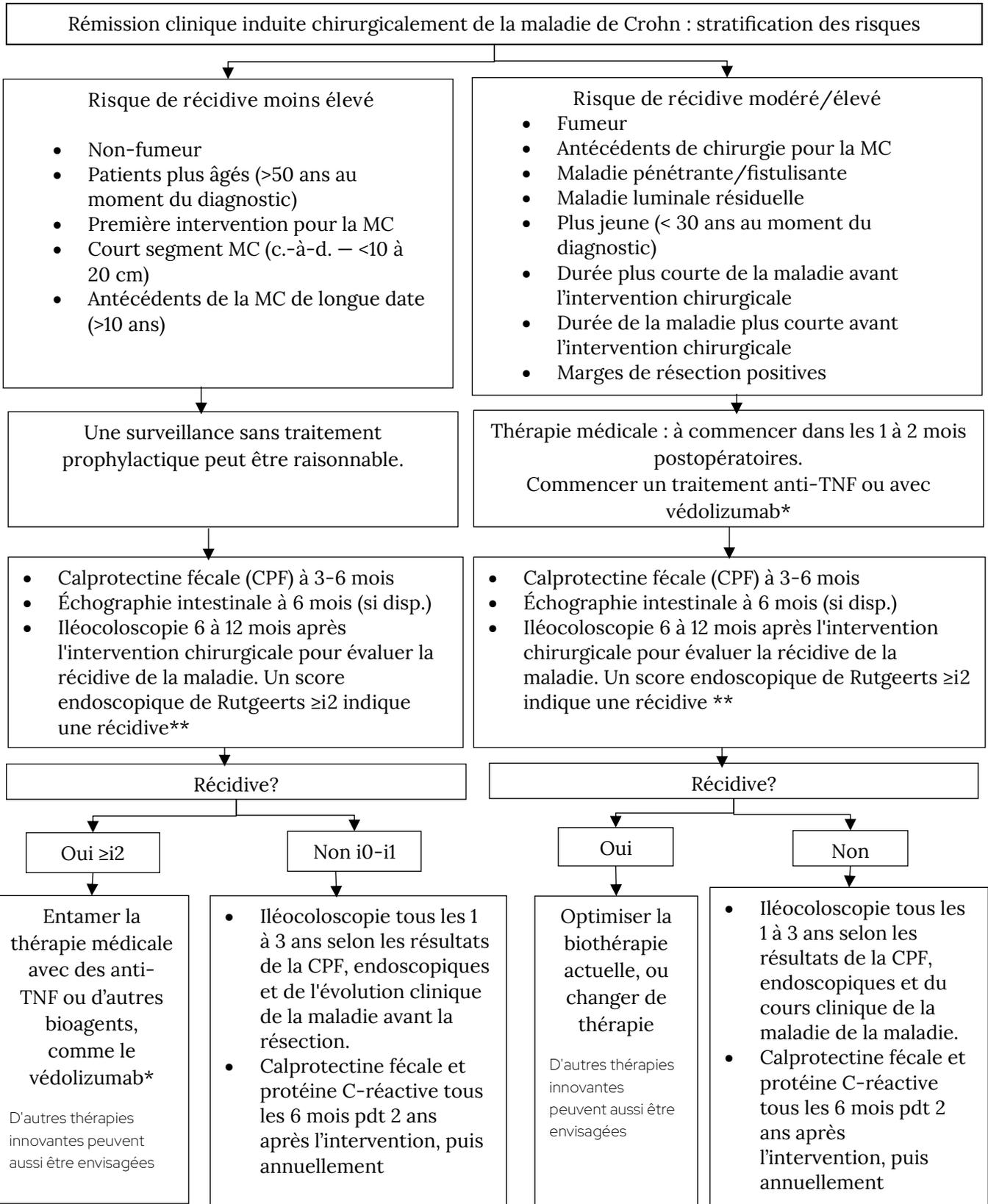
La rémission clinique est souvent obtenue grâce à la chirurgie; cependant, la maladie récidive après l'opération chez la majorité des patients; elle se manifeste par des constatations histologiques ou endoscopiques avec ou sans symptômes cliniques.

L'identification des facteurs de risque de récurrence est importante pour déterminer la nécessité d'une prophylaxie médicale précoce après la chirurgie plutôt que de ne pas commencer de traitement et d'adopter une approche de suivi clinique.

Les 5-ASA ne jouent aucun rôle pour prévenir la récurrence postopératoire.

L'algorithme ci-dessous est la voie de soins clinique exemplaire pour la prise en charge des patients atteints de la maladie de Crohn en phase de rémission clinique après une opération.

# crohn's colitis



\*Le choix du bioagent peut dépendre de la thérapie innovante utilisée avant la résection \*\* Envisager une iléocolonoscopie plus précoce en cas de symptômes ou d'élévation de la calprotectine fécale

Le score endoscopique de Rutgeerts modifié prédit la manifestation clinique sur la base des résultats endoscopiques. Le néo-iléon terminal est évalué lors de l'endoscopie postopératoire initiale et noté selon l'échelle suivante :

| Score de Rutgeerts | Résultat endoscopique   | Décodage                                 |
|--------------------|---|--|
| i0                 | Aucune lésion dans l'iléon distal   | Rémission post-chirurgicale              |
| i1                 | Moins de 5 lésions anastomotiques aphtoïdes dans l'iléon distal   | Rémission post-chirurgicale              |
| i2*                | i2a : lésions confinées à l'anastomose iléocolique<br>i2b : > 5 lésions aphtoïdes dans le néo-iléon terminal avec ou sans lésions de l'anastomose iléocolique | Récidive substantielle post-chirurgicale |
| i3                 | Lésions aphtoïdes dans une muqueuse inflammatoire de façon diffuse entre les aphtes multiples   | Récidive post-chirurgicale avancée       |
| i4                 | Lésions plus volumineuses au sein d'une inflammation diffuse : gros ulcères et/ou nodules/aspect pavé et/ou rétrécissement/sténose                            | Récidive post-chirurgicale avancée       |

\*Aucune différence clinique ou chirurgicale postopératoire n'a été observée entre les sous-catégories i2a et i2b. Le même traitement peut être utilisé pour tous les patients classés dans la catégorie i2 de Rutgeerts jusqu'à ce que des études prospectives supplémentaires soient disponibles (Rivière, Pauline et al.).

## Autres ressources

UpToDate® - Patient education : Crohn's disease (Beyond the Basics) (en libre accès)

[https://www.uptodate.com/contents/crohn-disease-beyond-the-basics?search=undefined&source=search\\_result&selectedTitle=1~20&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/crohn-disease-beyond-the-basics?search=undefined&source=search_result&selectedTitle=1~20&usage_type=default&display_rank=1)

American Gastroenterological Association Institute. Managing Crohn's Disease After Surgery: A Patient Guide. *Gastroenterology* 2017; 152:296-297 <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.11.039>

## Références

Nguyen GC et al. American Gastroenterological Institute guideline on the management of Crohn's disease after surgical resection. *Gastroenterology* 2016; 152:271-275 <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.10.038>

Singh, S. and Nguyen GC. Management of Crohn's Disease after Surgical Resection. *Gastroenterology Clinical of North America* 2017; 46(3):563-575 <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2017.05.011>

# crohn's colitis

Lamb C et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2019; 1–106 <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318484>

Rivière, Pauline et al. « Comparison of the Risk of Crohn's Disease Postoperative Recurrence Between Modified Rutgeerts Score i2a and i2b Categories: An Individual Patient Data Meta-analysis. » *Journal of Crohn's & colitis* vol. 17,2 (2023) : 269-276. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjac137>