

# crohn colite

Nom de la voie de soins cliniques

Poussée soupçonnée de MII chez un patient ambulatoire.

Objectif

Prise en charge optimale d'une poussée de 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 Irina Nistor IP-Adultes, M. Sc. inf., PhD (Hôpital Mount Sinai)

## À retenir

Réaliser l'évaluation permettra d'effectuer le triage des symptômes du patient afin de déterminer le degré d'urgence. Un bon jugement clinique, des compétences en évaluation et des connaissances sur les MII permettront, en collaboration avec le médecin ou l'infirmière praticienne, de déterminer le traitement ou l'évaluation supplémentaire requis.

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 résurgence des symptômes d'une maladie inflammatoire de l'intestin (MII) se traduit par une poussée. Cette voie de soins cliniques vise à soutenir les médecins en environnement ambulatoire à prendre des décisions lorsqu'ils y sont confrontés. Voir les étapes ci-dessous.

1. Utiliser les informations recueillies pour renseigner l'[indice de Harvey Bradshaw](#) (IHB) ou le [score partiel de Mayo \(pMayo\)](#) avec le patient; si la MII n'est pas répertoriée, alors l'IHB sera utilisé.
2. Communiquer l'évaluation terminée au médecin/à l'infirmière praticienne responsable dans les délais suivants :

Degré d'urgence	Directives concernant l'évaluation du patient	Mode de communication
Urgent/Émergent	<p>Le patient nécessite une intervention immédiate/doit passer un examen ou ne pourrait pas être en mesure d'attendre jusqu'au lendemain dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur abdominale qui n'est soulagée par aucune intervention</li> <li>• Nausées/Vomissements</li> <li>• Saignement rectal abondant</li> <li>• Nouvelle fistule avec une température élevée</li> <li>• Température élevée, non améliorée par l'intervention</li> <li>• Température élevée pendant un traitement biologique</li> <li>• Changement soudain/inexpliqué de</li> </ul>	<p>Contactez et discutez directement avec le médecin/l'infirmière praticienne.</p> <p>Si le plan vise à admettre le patient, se reporter à Admission MII – ordonnances de soins aux patients</p>

	<p>l'état de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs et ballonnements importants ou incapacité à évacuer les selles pendant 48 heures (obstruction)</li> <li>• Pression périanale, douleur et gonflement</li> </ul>	
Semi-urgent	<p>Le patient est en mesure d'attendre 2 à 3 jours pour l'intervention/l'examen dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drainage de la fistule – ancien site</li> <li>• Incontinence fécale/urgence</li> <li>• Éveillé avec diarrhée pendant la nuit</li> <li>• Diarrhée plus fréquente</li> <li>• Ballonnements</li> <li>• Fatigue</li> <li>• Changement de l'activité quotidienne</li> </ul>	<p>Envoyer un courriel, ou un message dans le dossier médical électronique (DME) au médecin/à l'infirmière praticienne</p>

3. Sous la direction du médecin/de l'infirmière praticienne, ou selon la procédure opératoire standard, examens de laboratoire/imagerie diagnostique basés sur l'évaluation :
  - a. Requête d'analyse de laboratoire pour poussée de MII (FSC, FER, NA, K, CL, ALB, PAL, ALT, CRP, AST).
  - b. Requête d'analyse de microbiologie : examen des selles pour le Clostridium difficile (*C. diff.*) avec culture et antibiogramme (en cas de présence de diarrhée). ([PACE QPI 1](#))
  - c. Analyse de calprotectine fécale (si disponible) Calprotectine fécale avec instructions.
  - d. Requête d'analyse de microbiologie supplémentaire : examen des ovocytes et des parasites si le patient a récemment voyagé, fait du camping, ou été exposé à de l'eau de puits.
  - e. Radiographie de l'abdomen avec 3 vues si le patient présente des ballonnements, des douleurs abdominales, des nausées, des vomissements.
  - f. Si l'on envisage l'introduction d'un médicament biologique, voir [Patients atteints d'une MII qui entament une biothérapie – régime d'induction](#) pour la préparation prébiologique.
  
4. Remettre les requêtes au patient de l'une des manières suivantes :
  - a. télécopier la requête au laboratoire/au centre de radiologie le plus proche du patient;
  - b. envoyer la requête au patient par courriel, courrier postal standard, ou par télécopie;
  - c. remettre les requêtes au patient s'il est dans la clinique.

5. Le patient doit contacter la clinique une fois les analyses terminées.
6. Examiner les résultats avec le médecin/l'infirmière autorisée pour déterminer s'il y a lieu de poursuivre les examens, de faire un suivi ou de changer de traitement.

Mise en garde : Bien que la sensibilité des rayons X soit modérée pour détecter une occlusion de l'intestin grêle de haut grade, ils sont moins utiles pour distinguer une occlusion de l'intestin grêle d'une occlusion du gros intestin et pour distinguer une obstruction partielle de l'iléus. Une tomodensitométrie abdominale de suivi est généralement nécessaire.

Guidé par le médecin :

8. Envisager les imageries suivantes :

- a. Entérographie par TDM/Entérographie par RM/Échographie : en cas de douleur abdominale dans le quadrant supérieur droit, d'antécédents d'abcès/sténose. Orientation vers une intervention chirurgicale si un examen sous anesthésie (ESA) est nécessaire, pose de séton, drainage de l'abcès, résection.
- b. Échographie abdominale ou échographie intestinale au point de service (si disponible).
- c. IRM du bassin : si nouvelle fistule ou douleur.
- d. Endoscopie en fonction des antécédents pour documenter l'étendue et la sévérité de la maladie.
- e. Référence chirurgicale urgente pour évaluation.

9. Si le patient :

- a. Présente une maladie active modérée à sévère, et qu'une infection a été exclue.
- b. A précédemment bien répondu aux corticostéroïdes (40 mg – 60 mg par jour pendant plus de 14 jours) sans ou avec des effets secondaires mineurs. ([PACE QPI 3](#))
- c. N'a pas eu besoin de deux ou plus de deux traitements par corticoïdes systémiques au cours de la dernière année. ([PACE QPI 7](#))
- d. Envisager un protocole de réduction progressive des corticostéroïdes et référer à : [Initiation et maintien des corticostéroïdes](#)
- e. Présente une maladie du côté gauche, ajouter un traitement rectal avec des suppositoires d'acide 5-aminosalicylique (5 ASA), ou de la mousse, ou de 5 ASA, ou des stéroïdes sous forme de lavement.

10. Si le patient prend des médicaments biologiques, envisager le dosage des niveaux d'anticorps sériques, une augmentation de la dose ou une dose de secours.

- a. Envisager le suivi thérapeutique des médicaments si le patient suit une biothérapie.

11. Si le patient prend de l'azathioprine (dose stable depuis 1 mois ou suite à un changement de dose). [niveaux thérapeutiques de 6-thioguanine (6 TG) et de 6-méthylmercaptopurine (6MMP)]

12. Établir le calendrier pour une consultation de suivi en clinique/virtuelle ou par téléphone pour initier la prise en charge.

## Références

Feagan BG, Rutgeerts P, Sands BE, Hanauer S, Colombel JF, Sandborn WJ, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med.* 2013; 369(8): 699–710. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1215734>

Guidi L, Pugliese D, Panici Tonucci T, Bertani L, Costa F, Privitera G, et al. Early vedolizumab trough levels predict treatment persistence over the first year in inflammatory bowel disease. *United European Gastroenterol J.* 2019; 7(9): 1189–97. <https://doi.org/10.1177/2050640619873784>

Maglinte D. et al. Radiology of small bowel obstruction: contemporary approach and controversies. *Abdominal Imaging.* 2003; 30(2):160–78. <https://doi.org/10.1007/s00261-004-0211-6>

Sandborn WJ, Feagan BG, Rutgeerts P, Hanauer S, Colombel JF, Sands BE, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for Crohn's disease. *N Engl J Med.* 2013; 369(8): 711–21. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1215739>

Shmais M, Regueiro M, Hashash JG. Proactive versus Reactive Therapeutic Drug Monitoring : Why, When, and How? *Inflammatory Intestinal Disease.* 2021 Sep 6;7(1) : 50-58. <https://doi.org/10.1159/000518755>

Verstockt B, Dreesen E, Noman M, Outtier A, Van den Berghe N, Aerden I, et al. Ustekinumab Exposure-outcome analysis in Crohn's disease only in part explains limited endoscopic remission rates. *J Crohns Colitis.* 2019; 13(7): 864–72. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/ijz008>