

Prise en charge des maladies inflammatoires chroniques intestinales en 2019 : les 10 erreurs à éviter

Ten mistakes in inflammatory bowel disease management in 2019

Mathurin Fumery

CHU Amiens Picardie, Service d'hépatogastroentérologie et unité PeriTox, UMR I-01, Rond point du Pr Cabrol, 80 000 Amiens

Correspondance : M. Fumery
fumery.mathurin@chu-amiens.fr

▼ Résumé

L'incidence des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est croissante et sa prise en charge de plus en plus complexe. L'apparition de nouveaux traitements a changé les objectifs et les stratégies thérapeutiques. De potentiels effets indésirables ou des manifestations extradiigestives associées aux MICI justifient une surveillance systématique. La prise en charge des MICI est devenue multidisciplinaire et le gastro-entérologue est devenu son coordinateur. Cette revue a pour objectif de revoir les principales erreurs auxquelles le gastroentérologue peut être confronté au cours du traitement des MICI.

- **Mots clés :** maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, erreurs

▼ Abstract

The incidence of Inflammatory Bowel Diseases (IBD) is increasing and its management is becoming more complex. The emergence of new treatments has changed therapeutic goals and strategies. Potential adverse effects or extra-intestinal manifestations associated with IBD warrant systematic surveillance. The management of IBD has become multidisciplinary and the gastroenterologist has become its coordinator. This review aims to summarize the main errors that the gastroenterologist may face during IBD treatment.

- **Key words:** errors, Inflammatory Bowel Diseases

L'incidence des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) continue d'augmenter. Des projections à partir de cohortes européennes ou nord-américaines prévoient une prévalence proche de 0,5-1 % dans les dix à vingt ans prochains [1]. Alors qu'un certain nombre de patients présentent d'emblée des formes sévères, l'histoire naturelle de la maladie reste imprévisible pour la majorité des malades. Parallèlement, l'apparition récente de nouvelles molécules, et de nouveaux objectifs thérapeutiques rendent la prise en charge

de ces pathologies de plus en plus complexe. Le retentissement de la maladie, ses manifestations extradiigestives et les effets systémiques des thérapeutiques utilisées imposent une prise en charge globale et multidisciplinaire dont le gastro-entérologue est le chef d'orchestre. Le défi est de tirer le maximum d'avantages des stratégies thérapeutiques actuelles tout en évitant les nombreux pièges potentiels. Cette « mini-revue » a pour objectif de discuter des principales erreurs auxquelles nous pouvons être confrontés.

Pour citer cet article : Fumery M. Prise en charge des maladies inflammatoires chroniques intestinales en 2019 : les 10 erreurs à éviter. Hepato Gastro 2019 ; 26 : 67-73. doi : 10.1684/hpg.2019.1829

Utiliser des corticoïdes de façon prolongée

Alors que les corticoïdes sont un traitement efficace pour induire une rémission dans la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH), ils ne sont cependant pas acceptables en traitement d'entretien. Les corticoïdes sont associés à de fréquents effets indésirables tels qu'une augmentation du risque infectieux, d'hypertension artérielle, de complications cosmétiques, d'ostéoporose ou ostéonécrose, ou encore de troubles de l'humeur. Les corticoïdes sont associés à un risque infectieux supérieur à celui des immunosuppresseurs ou des anti-TNF. C'est aujourd'hui le seul traitement des MICI associé à un sur-risque de mortalité [2]. La rémission clinique sans corticoïdes est aujourd'hui reconnue comme une des principales cibles thérapeutiques par le consensus européen ECCO, qui recommande une modification thérapeutique chez tout patient cortico-dépendant ou chez les patients recevant plus d'une cure de corticoïdes par an [3, 4]. Une éducation des patients et de la communauté médicale est nécessaire car l'automédication ou la prescription par les médecins traitants sont fréquentes. Par ailleurs, il faut retenir que les corticoïdes n'ont pas de place dans le traitement de la MC périnéale fistulisante dans laquelle ils sont associés à une augmentation du risque de complications infectieuses locales.

Les corticoïdes sont associés à un risque infectieux supérieur à celui des immunosuppresseurs ou des anti-TNF

Les corticoïdes constituent le seul traitement des MICI associé à un sur-risque de mortalité

Utiliser les 5-ASA dans le traitement de la maladie de Crohn

En 2019, les 5-aminosalicylés (5-ASA) ne sont plus recommandés par les différentes sociétés savantes (ECCO, AGA) pour le traitement de la MC [4]. Différentes méta-analyses d'essais randomisés contrôlés ont confirmé l'absence d'efficacité du 5-ASA en induction et en traitement d'entretien [5]. Pourtant, les 5-ASA continuent à être largement utilisés en population générale. Les 5-ASA sont des traitements réputés bien tolérés et peu coûteux. Il faut cependant garder en mémoire, que bien qu'exceptionnel, les 5-ASA exposent à un risque néphrotoxique évalué à 0,26 % patient-année [6].

Les 5-ASA ne sont plus recommandés par les différentes sociétés savantes pour le traitement de la maladie de Crohn

Penser que la chirurgie guérit la rectocolite hémorragique

Pendant de longues années, la chirurgie a été le seul traitement de la RCH sévère ou résistante aux corticoïdes. La colectomie totale avec anastomose iléo-anale est devenue la chirurgie de référence de la RCH [4]. Elle permet une ablation de la totalité des segments atteints, tout en préservant la fonction sphinctérienne. Cette stratégie a ainsi longtemps été considérée comme un traitement efficace et définitif, permettant une guérison de la maladie.

Cette procédure est associée à de bons résultats fonctionnels chez près de 80 % des patients. Un patient avec une AIA fonctionnelle rapportera cinq selles diurnes et un à deux selles nocturnes. Près de 20 % des patients décrivent des épisodes d'incontinence au moins hebdomadaires [7, 8]. Une récente revue systématique de la littérature rapportait un taux moyen de pochite à long terme de 30 % (8 à 41 %). Le risque de se voir diagnostiquer une MC au décours d'une AIA pour RCH a été rapporté chez 3 à 10 % des patients [9]. Ce sont les deux principales causes d'échec de l'AIA qui justifient une iléostomie ± excision de la poche, nécessaire chez environ 5 % des malades opérés [9].

Les progrès thérapeutiques récents et notamment l'apparition des anti-TNF ont permis de diminuer le taux de colectomie au cours de la RCH, qui reste néanmoins nécessaire chez 10 % des patients cinq ans après le diagnostic à l'ère des biothérapies. Les indications actuelles de colectomie en urgence au cours de la RCH sont la colite aigue grave cortico-résistante en échec des traitements de sauvetage (infliximab, ciclosporine), et ses complications (méga-côlon toxique, perforation, hémorragie) [4]. La chirurgie programmée devrait être limitée aux complications néoplasiques et aux maladies chroniques actives en échec des thérapies conventionnelles actuelles que sont en 2019 les anti-TNF, le védolizumab ou le tofacitinib. Étant donné que les procédures impliquées sont irréversibles, les patients doivent être sélectionnés avec soin, bien conseillés et préparés psychologiquement. Il est aussi important de veiller à informer correctement les malades sur les résultats fonctionnels « normaux » d'une anastomose iléo-anale et de les sensibiliser au risque de pochite. Les effets de la chirurgie sur l'activité sexuelle et la fertilité doivent aussi être pris en compte. L'information sur la possibilité d'une chirurgie en amont permettra aux patients de mieux se préparer à cette option.

La chirurgie programmée de la rectocolite hémorragique est limitée aux complications néoplasiques et aux maladies chroniques actives en échec des thérapies conventionnelles actuelles que sont les anti-TNF, le védolizumab ou le tofacitinib

Oublier la prise en charge globale des patients traités par immunosuppresseurs et biothérapies

Parallèlement à tous les bénéfices obtenus avec les immunosuppresseurs ou les biothérapies, de nouvelles contraintes sont apparues dans la gestion des malades. De potentiels effets indésirables ou des manifestations extra-digestives associées aux MICI justifient une surveillance

systématique (*tableau 1*). Ainsi un suivi dermatologique est requis chez les malades recevant un traitement anti-TNF ou par thiopurines pour deux raisons : un risque accru de cancer cutané, qu'il soit mélanocytaire comme décrit avec les anti-TNF ou non mélanocytaire en cas de traitement par thiopurines, et un risque de manifestations cutanées paradoxales à type d'eczéma et/ou de psoriasis [10]. Le délai entre les examens dermatologiques pourra être proposé par le dermatologue en fonction des facteurs de risque. Chez les femmes, un examen gynécologique avec frottis annuel est proposé [11].

TABLEAU 1 • Surveillance des patients atteints de MICI.

Surveillance biologique :	
Thiopurines ^a	NFS-Plaquettes 1/semaine pendant 1 mois, puis 1/mois pendant 3 mois, puis 1/trimestre BH 1/mois pendant 3 mois puis 1/trimestre
Méthotrexate ^a	NFS, plaquettes, créatinine, BH : 1/semaine pendant 1 mois, puis tous les 2 mois
Biothérapies	Pas de recommandation. Surveillance biologique selon schéma d'administration : +/- à la semaine 2 puis 1/mois pendant 3 mois puis une fois par trimestre peut être proposée
Tofacitinib ^b	NFS/Créatinine/BH avant la fin du premier mois, au troisième mois 1/trimestre Bilan lipidique : à 3 mois puis 1/trimestre
Bilan nutritionnel	Poids à chaque consultation Dosage B12 annuel en cas de résection iléale Dosage B9 Bilan martial : 1/trimestre en cas de maladie active, 1/6-12 mois en cas de rémission clinique Calcémie/vitamine D : surveillance en cas de maladie active
Surveillance endoscopique :	
Recherche cicatrisation muqueuse ^c	Crohn : coloscopie 6 à 9 mois après initiation d'un traitement RCH : rectosigmoïdoscopie 3 à 6 mois après initiation d'un traitement
Dépistage dysplasie/CCR	Intervalles selon facteurs de risque : durée d'évolution, étendue de la maladie, cholangite sclérosante primitive, antécédents familiaux de CCR, inflammation chronique macroscopique ou microscopique, sténose colique, jeune âge au diagnostic, antécédent personnel de dysplasie
Prise en charge globale :	
Vaccination	Selon recommandations du calendrier vaccinal Vaccination grippe annuelle Vaccination pneumocoque recommandée
Tabac	Évaluer la consommation tabagique à chaque consultation et encourager le sevrage Proposer consultation spécialisée et substitut nicotinique
Gynécologie	Dépistage annuel du cancer du col chez les patientes immunodéprimées
Dermatologie	Consultation de dépistage systématique. Intervalle selon avis dermatologique Information systématique sur les règles d'exposition solaire
Ostéodensitométrie	En cas de signe d'ostéoporose, corticothérapie > 3 mois consécutifs, à une dose > 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone
Risque cardiovasculaire	Dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires Information des patients et du médecin traitant Consultation spécialisée si besoin
Sexualité/fertilité/désir de grossesse	Interrogatoire annuel. Consultation spécialisée si besoin
Alimentation	Interrogatoire à chaque consultation

^aConseils pratiques Société Nationale Française de Gastro-entérologie ; ^bFiches CRI (Club Rhumatisme et Inflammation) ; ^cSTRIDE (*Selecting Therapeutic targets in Inflammatory bowel Disease*).

Un suivi dermatologique est requis chez les malades recevant un traitement anti-TNF ou par thiopurines

La prévention du risque infectieux par la vaccination doit être systématique dès le diagnostic [12]. L'historique des vaccinations doit être reconstitué par l'interrogatoire et le carnet de vaccination. Un contrôle du statut sérologique pour le virus de l'hépatite B est souhaitable ainsi que pour varicelle-zona virus en l'absence de varicelle documentée. Il est ensuite nécessaire d'effectuer les rappels prévus par le calendrier vaccinal. En plus de ces recommandations générales, il est recommandé de vacciner les patients immunodéprimés contre la grippe saisonnière tous les ans et contre le pneumocoque (schéma vaccinal dans le [tableau 2](#)). Pour rappel, les vaccins vivants (BCG, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle et rotavirus) sont contre-indiqués chez les sujets recevant un immunosuppresseur, une biothérapie et/ou corticothérapie (> 20 mg/j d'équivalent prednisone depuis plus de deux semaines). Des études françaises récentes ont rapporté des taux de vaccinations contre la grippe et le pneumocoque respectivement inférieures à 40 % et 20 % chez les patients atteints de MICI. Le gastro-entérologue, prescripteur du médicament responsable d'immunosuppression, doit s'investir pleinement dans la vaccination de ses patients. Il faudra aussi suivre les recommandations de dépistage de l'ostéoporose ainsi que le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires. La maladie inflammatoire active étant aujourd'hui reconnue comme un facteur de risque indépendant d'événements cardiovasculaires.

Il est nécessaire de suivre les recommandations de dépistage de l'ostéoporose ainsi que le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires

Se tromper de cible

L'objectif de la prise en charge des MICI en 2019 devrait être le retour à une vie normale et la prévention des complications de la maladie. On sait aujourd'hui que traiter une MICI uniquement sur des symptômes ne permet pas d'influencer l'histoire naturelle de maladie.

TABLEAU 2 • Schéma vaccinal pneumocoque selon le calendrier vaccinal 2017.

Absence de vaccination antérieure : une dose de vaccin conjugué 13-valent (VPC13) suivie au moins 8 semaines plus tard d'une dose de vaccin polysidique 23-valent (VPP23).

Vaccination antérieure seulement par VPP23 > 1 an : une dose de VPC13 puis refaire VPP23 au moins 5 ans après la dose précédente de VPP23.

Vaccination par la séquence VPC13-VPP23 : rappel par VPP23 après 5 ans.

Il faut bien noter que les signes cliniques sont mal corrélés à l'activité endoscopique de la maladie. En effet, on estime que la moitié des patients en rémission clinique ont une activité endoscopique au cours de la MC. Même si aucun essai randomisé contrôlé n'a, à ce jour, comparé une prise en charge basée sur les symptômes à une prise en charge basée sur l'endoscopie et la cicatrisation muqueuse, une littérature très riche a montré que la cicatrisation muqueuse était associée à une modification profonde de l'histoire naturelle de la maladie avec une diminution du risque de complications, de chirurgie ou d'hospitalisation et une plus faible exposition aux corticoïdes [13]. La cicatrisation muqueuse est donc aujourd'hui reconnue comme un des principaux objectifs thérapeutiques au cours de la MC et de la RCH. Des avis d'experts définissent la cicatrisation comme l'absence d'ulcération dans la MC et un score Mayo ≤ 1 dans la RCH. L'endoscopie est recommandée 6-9 mois après l'initiation d'un traitement au cours de la MC et 3-6 mois après dans la RCH [13]. Dans la RCH, l'évaluation de l'activité endoscopique par une rectosigmoidoscopie est très bien corrélée à celle d'une coloscopie complète.

L'endoscopie ne peut cependant pas permettre une évaluation serrée ou fréquente de l'activité de la maladie au vu de son acceptabilité, ses risques ou de son coût. L'étude CALM a récemment montré qu'une surveillance rapprochée et objective de l'activité de la maladie associant les signes cliniques à la calprotectine fécale permettait d'obtenir plus fréquemment une cicatrisation au cours de la MC précoce traitée par anti-TNF [14]. Deux essais randomisés contrôlés avaient aussi montré l'intérêt d'une optimisation du 5-ASA sur la calprotectine fécale au cours de la RCH. L'optimisation des traitements sur la calprotectine devient donc une option possible, cette stratégie devrait donc intégrer très prochainement les algorithmes thérapeutiques et les futures recommandations [15].

L'endoscopie est recommandée 6-9 mois après l'initiation d'un traitement au cours de la maladie de Crohn et 3-6 mois après dans la rectocolite hémorragique

Négliger la surveillance endoscopique

Le risque de cancer colorectal (CCR) au cours de la RCH ou de la MC colique est estimé deux à cinq fois plus élevé que dans la population générale. Les patients participant à un programme de dépistage ont une proportion significativement plus élevée de CCR à un stade précoce (80 vs. 41 %) et une survie à cinq ans significativement améliorée lorsque le diagnostic de CCR est porté (77 % vs. 36 %) [16]. Différents facteurs de risque de CCR dans les MICI permettent de stratifier le risque en élevé, intermédiaire et faible [17] : la durée de la maladie,

l'étendue de la maladie, l'association à une cholangite sclérosante primitive, les antécédents familiaux de CCR, l'inflammation chronique du côlon qu'elle soit macroscopique ou microscopique, la présence d'une sténose et d'un jeune âge au diagnostic de MICI. Cette surveillance doit être débutée après huit ans d'évolution ou d'emblée en cas de cholangite sclérosante primitive, de sténose ou d'antécédent personnel de dysplasie. L'importance du sur-risque détermine la fréquence des coloscopies de surveillance (tous les ans, tous les deux-trois ans ou tous les cinq ans), sachant que celles-ci sont idéalement réalisées en phase d'inactivité de la maladie en utilisant des coloscopes de haute définition et une chromoendoscopie pancolique à l'indigo carmin. Des biopsies doivent être réalisées sur toutes les lésions suspectes visibles (et à leur pourtour).

/// Le dépistage endoscopique du cancer colorectal doit être débuté après huit ans d'évolution d'une colite ou d'emblée en cas de cholangite sclérosante primitive, de sténose ou d'antécédent personnel de dysplasie ///

Ne pas parler grossesse et sexualité

La santé sexuelle (selon l'OMS) « fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie ». Les personnes souffrant de MICI reportent que leur santé sexuelle est souvent altérée et insuffisamment abordée lors des consultations. Seuls 16 % des gastro-entérologues abordent la sexualité au cours des consultations. La prévalence de la dysfonction sexuelle est près de deux fois plus fréquente chez les patients atteints de MICI. Elle est rapportée chez 45-60 % des femmes et 15-25 % des hommes [18]. Celle-ci est souvent associée à une altération de l'image corporelle et de la qualité de vie des patients. Ses mécanismes sont multiples, l'activité de la MICI y participe probablement, des troubles anxio-dépressifs sont souvent intriqués. L'évaluation du retentissement de la MICI doit donc aller au-delà de l'interrogatoire sur les symptômes digestifs. La recherche d'un trouble de la sexualité et l'évaluation de son retentissement psycho-affectif doit être à l'initiative du médecin. L'IBD-disk, outil d'évaluation du handicap en pratique clinique quotidienne, pourrait aider au diagnostic de ces troubles.

Les femmes et hommes atteints de MICI ont généralement une fécondité identique à celle de la population générale, ils ont pourtant moins d'enfants. Ces patients décident plus fréquemment que la population générale de ne pas avoir d'enfant. L'infertilité dite « volontaire » est la principale cause d'infertilité au cours des MICI [19]. Celle-ci est liée à la crainte d'une poussée pendant la grossesse et de ses conséquences sur l'enfant, d'exposer l'enfant à naître à différents traitements ou encore de transmettre la maladie. Une corrélation inverse entre le

niveau de connaissance de ces patients vis-à-vis de la grossesse au cours des MICI et le taux d'infertilité volontaire a été identifiée. Une éducation systématique des jeunes femmes et hommes atteints de MICI pourrait rassurer certains patients, corriger de nombreuses idées reçues et leur permettre d'envisager sereinement une grossesse. Attendre qu'une patiente devienne enceinte avant de débiter cette information risque de laisser les patientes prendre des décisions importantes en se basant sur des informations inadaptées. Alors que la grossesse est une situation exceptionnelle dans la vie d'une famille, l'association à une MICI est aussi une situation exceptionnelle pour le médecin traitant ou le gynécologue. Elle l'est beaucoup moins pour le gastro-entérologue qui doit être formé à la prise en charge de la MICI pendant la grossesse, et être capable d'accompagner ces patients dans la sérénité. Ces éléments font l'objet de recommandations internationales disponible sur le site de l'ECCO (*European Crohn's and Colitis Organization*) ou de l'AGA (*American Gastroenterological Association*) et sont fréquemment actualisées [19].

/// Le gastro-entérologue qui doit être formé à la prise en charge de la MICI pendant la grossesse, et être capable d'accompagner ces patients dans la sérénité ///

Arrêter systématiquement les traitements pendant la grossesse

Comme discuté plus haut, les femmes avec une MICI inactive ont des taux de fertilité comparables à ceux de la population générale. En revanche, une maladie active au moment de la conception ou pendant la grossesse est associée à un sur-risque de prématurité, de retard de croissance et de fausse-couche [19]. Il faut donc s'efforcer à obtenir une rémission au moment de la période de conception et pendant la grossesse. Pour cela, la majorité des patientes devront poursuivre leur traitement de fond. Le potentiel risque de ces traitements sont sources d'inquiétudes pour les patientes ou les différents médecins (gastro-entérologue, médecin traitant, gynécologue) favorisant ainsi l'inobservance ou l'arrêt de traitements efficaces. Pourtant, en dehors du méthotrexate, la majorité des traitements des MICI peuvent être poursuivis pendant la conception, la grossesse et l'allaitement. Les données du Centre de Renseignement sur les Agents Tératogènes (CRAT) et des recommandations internationales sont régulièrement mises à jour et résumées dans le **tableau 3** [19]. Les anti-TNF ne semblent aujourd'hui associés à aucune complication maternelle, fœtale ou néonatale. Les anticorps étant détectables chez l'enfant, l'administration de vaccins vivants doit être évitée pendant les six, voire les douze premiers mois de vie. Quand elle est possible, une monothérapie doit être préférée à une combithérapie par immunosuppresseurs et anti-TNF. Pour

TABLEAU 3 • Traitement des maladies inflammatoires chroniques intestinales pendant la grossesse.

Molécules	Grossesse	Allaitement
Méthotrexate	Non	Non
5-ASA	Oui (dose < 2-3 g/jour)	Oui
Corticoïdes	Oui	Oui
Thiopurines	Oui	Oui
Biothérapies :		
Infliximab	Oui	Oui
Adalimumab	Oui	Oui
Golimumab	Oui	Oui
Védolizumab	Données insuffisantes	Données insuffisantes
Ustékinumab	Données insuffisantes	Données insuffisantes
Tofacitinib	Données insuffisantes	Données insuffisantes

les femmes ayant une MICI quiescente, le consensus européen actuel propose d'effectuer la dernière administration d'anti-TNF vers la 24-26^e semaine de grossesse afin d'en diminuer l'exposition fœtale tout en maintenant la mère en rémission. Chez les femmes avec une maladie partiellement contrôlée ou avec des critères de gravité, le traitement peut être poursuivi pendant toute la grossesse [19]. En effet, un arrêt du traitement avant la 24^e semaine d'aménorrhée augmente le risque de poussée de la MICI, dont les conséquences délétères sur l'état de santé de la mère et le déroulement de la grossesse sont bien connues. Aucune recommandation ne peut être proposée à ce jour pour le védolizumab, l'ustékinumab ou le tofacitinib. Il faut noter que le védolizumab et l'ustékinumab sont des anticorps monoclonaux IgG, leur passage transplacentaire est donc similaire à celui des anti-TNF, débutant à la fin du premier trimestre.

/// Les anti-TNF ne semblent associés à aucune complication maternelle, fœtale ou néonatale ///

Proposer une désescalade thérapeutique sans s'être assuré de la présence d'une rémission profonde

Les traitements immunomodulateurs ou les immunosuppresseurs classiques sont aujourd'hui introduits de plus en plus fréquemment, de façon précoce et souvent combinés. Après obtention du bénéfice clinique, se pose la question d'alléger le traitement afin de favoriser la tolérance, l'acceptabilité ou de le limiter le coût. Quel que

soit le traitement ou la stratégie (arrêt, passage de la combo- à la monothérapie, diminution de dose ou espacement), l'allégement d'un traitement ne se discute que si le malade est en rémission profonde. Plusieurs études suggèrent qu'au-delà de la seule disparition de tous les symptômes, c'est l'obtention d'une rémission profonde, à savoir clinique, biologique (taux de CRP, calprotectine fécale), endoscopique, voire histologique (dans la RCH uniquement) qui est le gage d'une rémission à long terme après l'arrêt d'un traitement [20]. Un examen endoscopique doit donc être systématique avant de décider une désescalade. Chez les patients traités par anti-TNF, un dosage du taux résiduel devrait aussi être réalisé avant et après la désescalade afin de s'assurer d'un taux thérapeutique. Aussi, deux autres éléments doivent être discutés : la gravité de la maladie initiale et la possibilité d'un retraitement (tableau 4). L'avis d'une réunion multidisciplinaire spécialisée peut aider à ces décisions.

/// Une désescalade thérapeutique ne doit s'envisager qu'après s'être assuré de la présence d'une cicatrisation muqueuse ///

Négliger l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire

La prise en charge des MICI s'est profondément complexifiée au cours des dernières années. De nouvelles molécules avec leurs modalités d'utilisation et de surveillance propres sont récemment apparues. Parallèlement, de nouveaux objectifs thérapeutiques plus stricts sont apparus. Les manifestations extradiigestives de la maladie ou les effets indésirables systémiques des traitements sont fréquents. Ils justifient des consultations avec des rhumatologues, dermatologues ou encore gynécologues sensibilisés aux problématiques de ses patients. Les patients sont maintenant pris en compte dans leur globalité. Le handicap et la qualité de vie sont devenus une préoccupation du gastro-entérologue. La prise en charge des patients atteints de MICI requiert désormais une équipe multidisciplinaire dont le gastro-entérologue est le coordinateur. Les réunions de concertation dédiées aux MICI sont devenues essentielles dans la prise en charge des MICI complexes. Ces réunions réunissant gastro-entérologues, chirurgiens, radiologues

TABLEAU 4 • Check-list avant désescalade thérapeutique.

Sévérité de la maladie initiale/Complications
Durée de la rémission
Faisabilité d'un retraitement
NFS/CRP/Calprotectine
Taux sériques (anti-TNF)
Endoscopie ± Biopsies (rectocolite hémorragique)

**TAKE HOME MESSAGES**

- Les corticoïdes sont associés à un risque infectieux supérieur à celui des immunosuppresseurs ou des anti-TNF.
- Différentes méta-analyses d'essais randomisés contrôlés ont confirmé l'absence d'efficacité du 5-ASA en induction et en traitement d'entretien.
- Les progrès thérapeutiques récents et notamment l'apparition des anti-TNF ont permis de diminuer le taux de colectomie au cours de la rectocolite hémorragique, qui reste néanmoins nécessaire chez 10 % des patients cinq ans après le diagnostic.
- Un suivi dermatologique est requis chez les malades recevant un traitement anti-TNF ou par thiopurines.
- Chez les femmes, un examen gynécologique avec frottis annuel doit être proposé.
- Il est recommandé de vacciner les patients immunodéprimés contre la grippe saisonnière tous les ans et contre le pneumocoque.
- La cicatrisation muqueuse est reconnue comme un des principaux objectifs thérapeutiques au cours de la maladie de Crohn et de la rectocolite hémorragique.
- L'endoscopie est recommandée six-neuf mois après l'initiation d'un traitement au cours de la maladie de Crohn et 3-6 mois après dans la rectocolite hémorragique.

ou encore paramédicaux sont accessibles sur la totalité du territoire. Il ne faut pas hésiter à les solliciter.

Les réunions de concertation dédiées aux MICI réunissant gastro-entérologues, chirurgiens, radiologues ou encore paramédicaux sont devenues essentielles dans la prise en charge des MICI complexes

Liens d'intérêts :

L'auteur déclare les liens d'intérêts suivants : participations à des essais cliniques en qualité de co-investigateur : Roche, Abbvie, Gilead, Celgene, Janssen, Takeda. Interventions ponctuelles : Abbvie, Takeda, Ferring, Celgene, Gilead, Boehringer, MSD, Tillots.

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

- 1 • Coward S, Clement F, Benchimol EI, *et al.* Past and future burden of Inflammatory Bowel Diseases based on modeling of population-based data. *Gastroenterology* 2019 ; 156 : 1345-53.
- 2 • Lichtenstein GR, Feagan BG, Cohen RD, *et al.* Serious infection and mortality in patients with Crohn's disease : more than 5 years of follow-up in the TREAT™ registry. *Am J Gastroenterol* 2012 ; 107 : 1409-22.
- 3 • Gomollón F, Dignass A, Annesse V, *et al.* 3rd European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016: Part 1: Diagnosis and medical management. *J Crohns Colitis* 2017 ; 11:3-25.
- 4 • Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, *et al.* 3rd European evidence-based consensus on diagnosis and management of Ulcerative colitis. Part 2: Current management. *J Crohns Colitis* 2017 ; 11 : 769-784.
- 5 • Ford AC, Kane SV, Khan KJ, *et al.* Efficacy of 5-aminosalicylates in Crohn's disease: Systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2011 ; 106 : 617-29.
- 6 • Gisbert JP, González-Lama Y, Maté J. 5-Aminosalicylates and renal function in inflammatory bowel disease: A systematic review. *Inflamm Bowel Dis* 2007 ; 13 : 629-38.
- 7 • Fazio VW, Kiran RP, Remzi FH, *et al.* Ileal pouch anal anastomosis: Analysis of outcome and quality of life in 3707 patients. *Ann Surg* 2013 ; 257 : 679-85.
- 8 • Maggiori L, Panis Y. Ulcerative colitis surgical management. *Colon Rectum* 2013 ; 7 : 27-34.
- 9 • Peyrin-Biroulet L, Germain A, Patel AS, Lindsay JO. Systematic review: Outcomes and post-operative complications following colectomy for ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2016 ; 44 : 807-16.
- 10 • Harbord M, Annesse V, Vavricka SR, *et al.* The first european evidence-based consensus on extra-intestinal manifestations in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis* 2016 ; 10 : 239-54.
- 11 • Amate P, Seirafi M, Bouhnik Y, Luton D, Ducarme G. Inflammatory Bowel Diseases: gynecological and obstetrical considerations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011 ; 40 : 612-9.
- 12 • Rahier JF, Magro F, Abreu C, *et al.* Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2014 ; 8 : 443-468.
- 13 • Peyrin-Biroulet L, Sandborn W, Sands BE, *et al.* Selecting therapeutic targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE): Determining therapeutic goals for treat-to-target. *Am J Gastroenterol* 2015 ; 110 : 1324-38.
- 14 • Colombel JF, Panaccione R, Bossuyt P, *et al.* Effect of tight control management on Crohn's disease (CALM): A multicentre, randomised, controlled phase 3 trial. *Lancet* 2018 ; 390 : 2779-89.
- 15 • Pouillon L, Peyrin-Biroulet L. It is Time to Revise the STRIDE guidelines determining therapeutic goals for treat-to-target in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis* 2018 ; 12 : 509.
- 16 • Lashner BA, Kane SV, Hanauer SB. Colon cancer surveillance in chronic ulcerative colitis : historical cohort study. *Am J Gastroenterol* 1990 ; 85 : 1083-7.
- 17 • Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, *et al.* SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc* 2015 ; 81 : 489-501.
- 18 • Leenhardt R, Rivière P, Nion-Lamurier I, *et al.* Maladies inflammatoires chroniques intestinales, fertilité et sexualité. *Hépatogastro et Oncologie Digestive* 2018 ; 25 : 830-8.
- 19 • van der Woude CJ, Ardizzone S, *et al.* The second European evidence-based consensus on reproduction and pregnancy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2015 ; 9 : 107-24.
- 20 • Louis E. Stopping Biologics in IBD-What Is the Evidence? *Inflamm Bowel Dis* 2018 ; 19 : 725-31.