

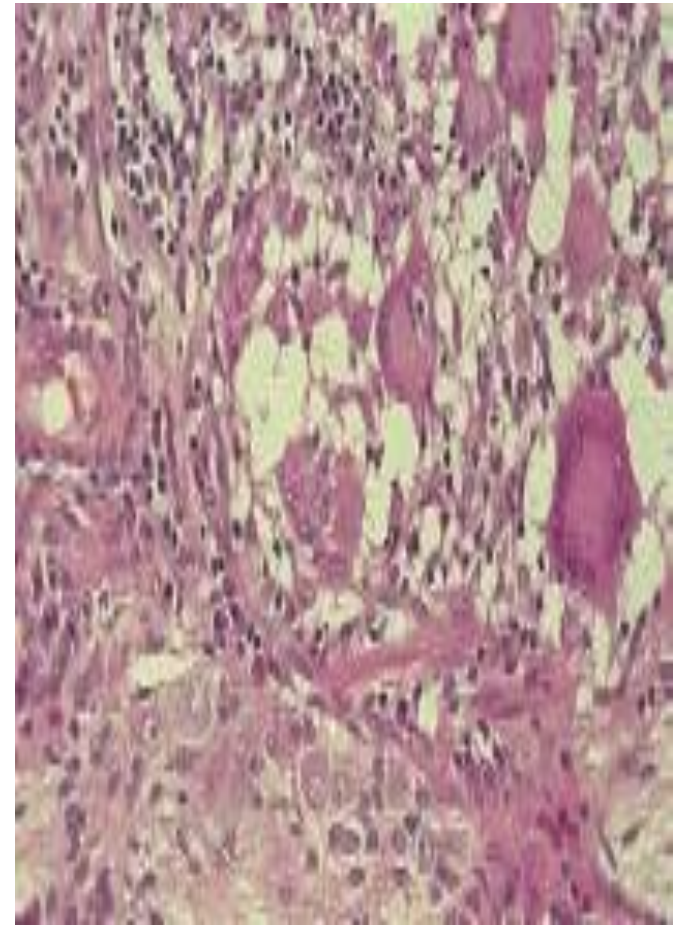
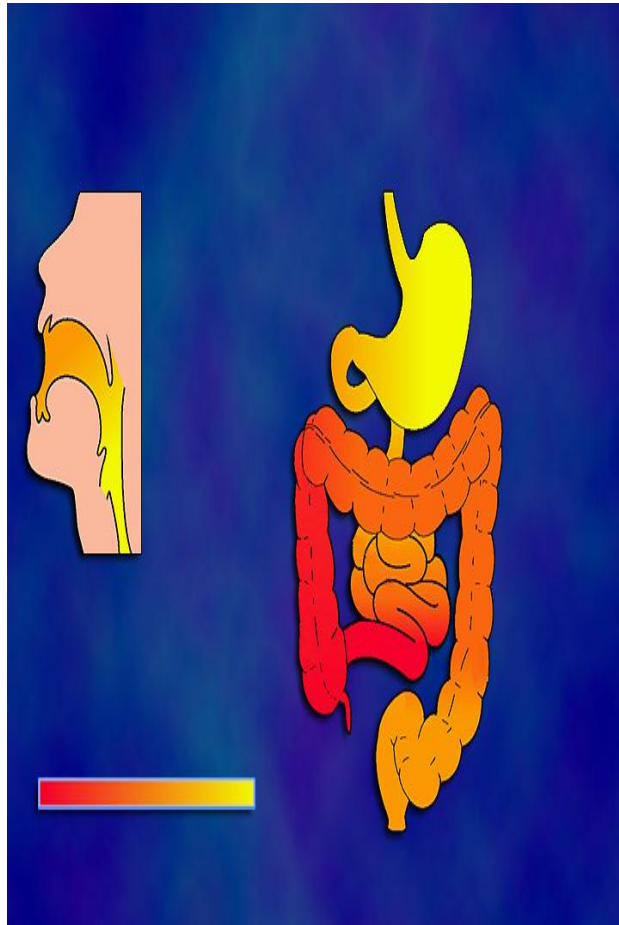
Réunion de Consensus sur la maladie de crohn 25-26/09/2013

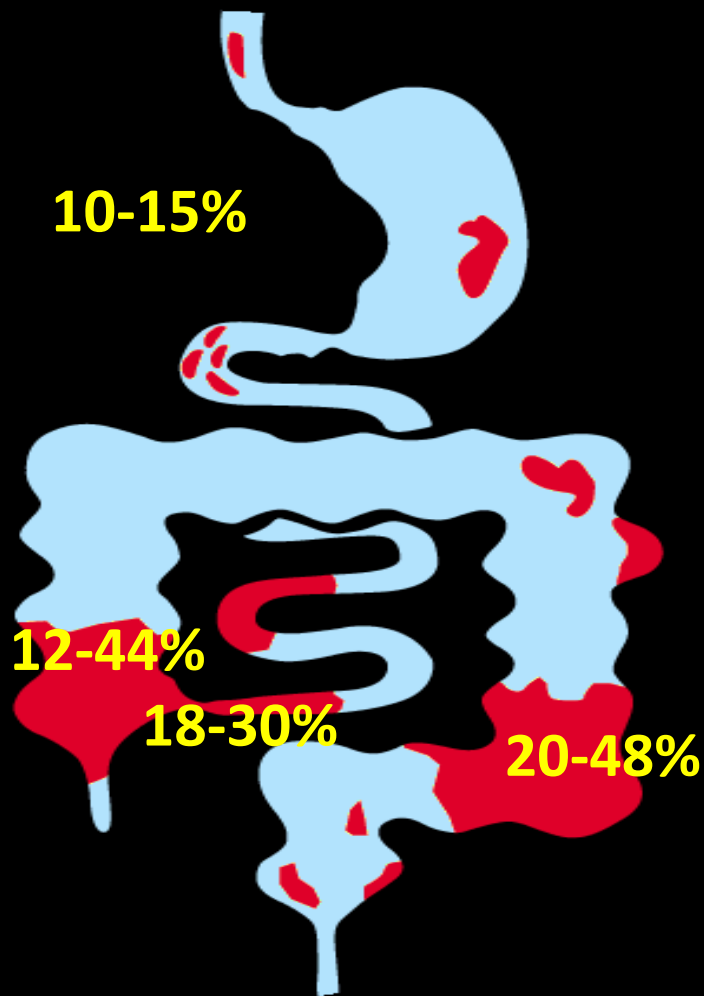
« **M**aladies **I**nflammatoires **C**hroniques **I**ntestinales »

Maladie de Crohn Intestinale Non Fistulisante

S. Bouchemel , A. Bouseloub HCA

Introduction (s) :





Montreal Classification

A1: below 17 y

A2: 17-40 y

A3: Above 40 y

L1: TI+-limited cecal disease

L2: colon

L3: ileocolonic

L4: isolated upper gastrointestinal

B1: nonstricturing nonpenetrating

B2: stricturing

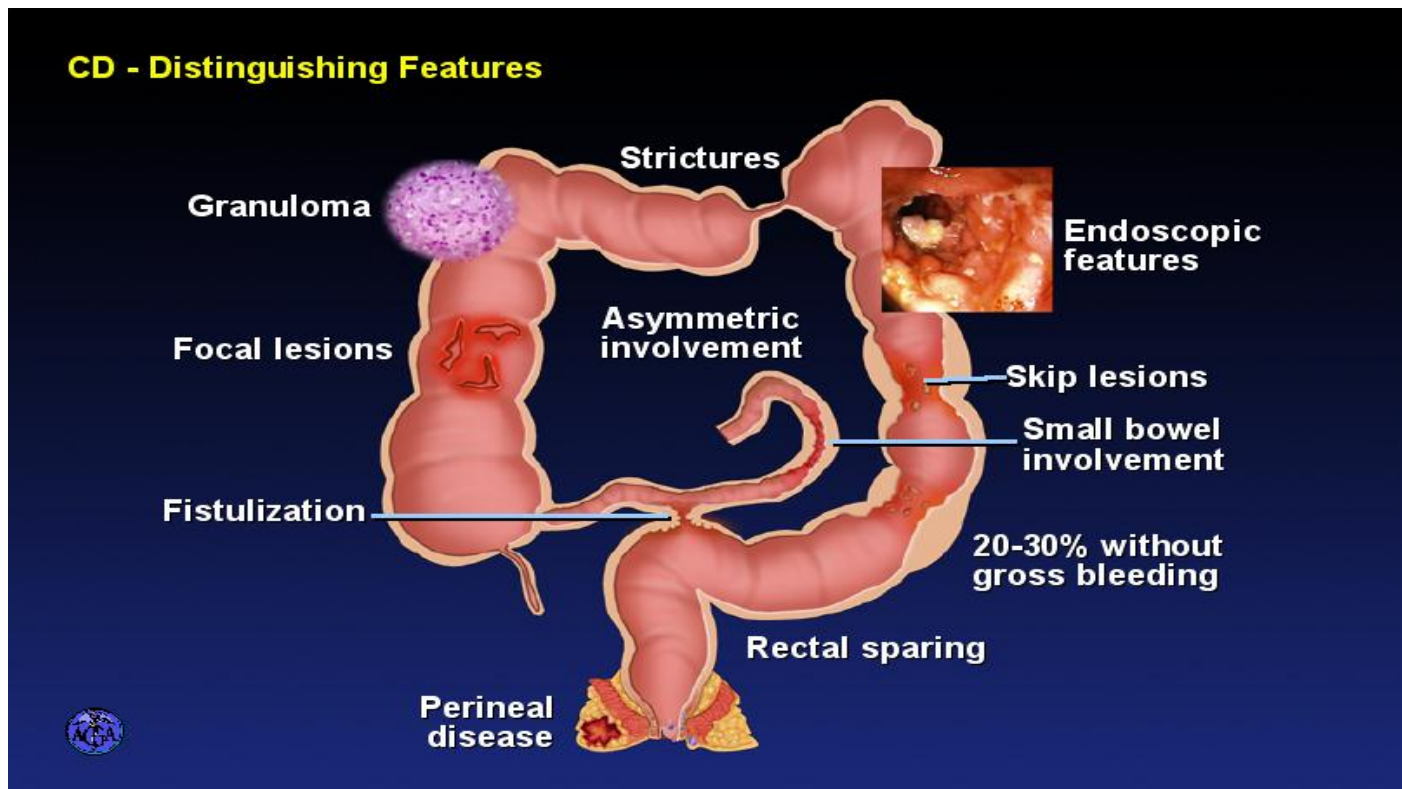
B3: penetrating

p: perianal disease modifier

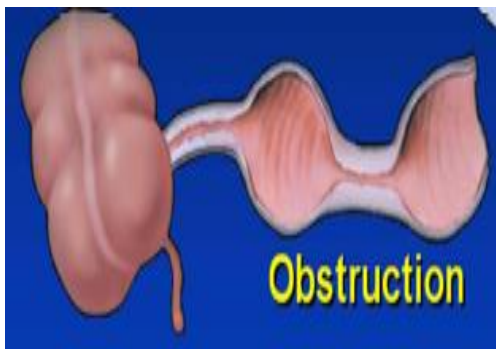
La localisation Initiale dans la Maladie de crohn est DETERMINANTE ++

- L'atteinte Iléale restera presque toujours iléale (sauf atteinte colique par contigüité)
- Dans l'atteinte colique , l'iléon sera rarement atteint ultérieurement
- Dans l'atteinte initiale Diffuse , les lésions peuvent régresser et la maladie choisira son siège

- L'atteinte colique reste longtemps Inflammatoire ,
- L'atteinte Grelique : complications (sténoses et fistules)
résection chirurgicale « Risque de grêle court »



3 phénotypes dont les traitements différents ont été décrits



Montreal Classification

A1: below 17 y

A2: 17–40 y

A3: Above 40 y

L1: TI+-limited cecal disease

L2: colon

L3: ileocolonic

L4: isolated upper gastrointestinal

B1: nonstricturing nonpenetrating

B2: stricturing

B3: penetrating

p: perianal disease modifier

Maladie de crohn Intestinale non compliquée

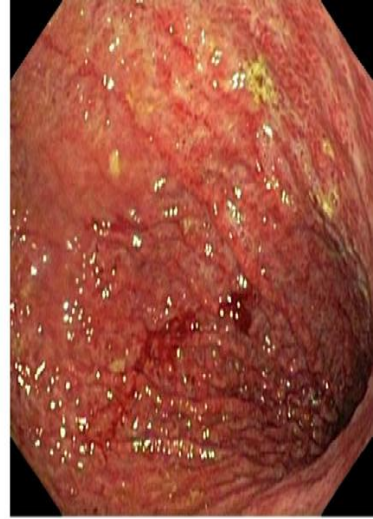
« Inflammatoire »



- MC = Poussées / Rémissions
- L'expression clinique des poussées dépend du siège des lésions

Maladie de Crohn Œsogastroduodénale :

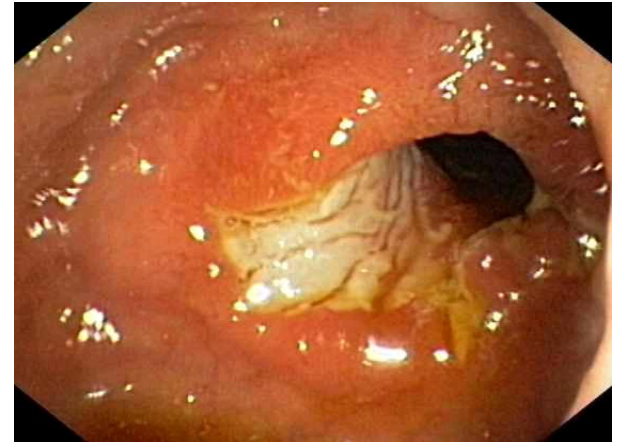
- Atteinte relativement rare (0.4- 3%)
- asymptomatique : découverte systématique (FOGD)
- Les lésions siègent : Antre , bulbe duodéal et dans une moindre mesure du 2^{ème} duodénum.
- Retard DGC : Symptomatologie atypique (dysphagie, douleurs thoraciques, reflux, dyspepsie, douleurs épigastriques)



Dgc MICI = *FOGD
(Crohn ,RCH) * **Bx systématiques**
(2 antre , 2 fundus , 2 duodénum)

Maladie de Crohn Jéjunale :

- Atteinte principalement stenosante .
- tableau : Obstruction , Dénutrition.
- Recours fréquent à l'azathioprine , Chirurgie .



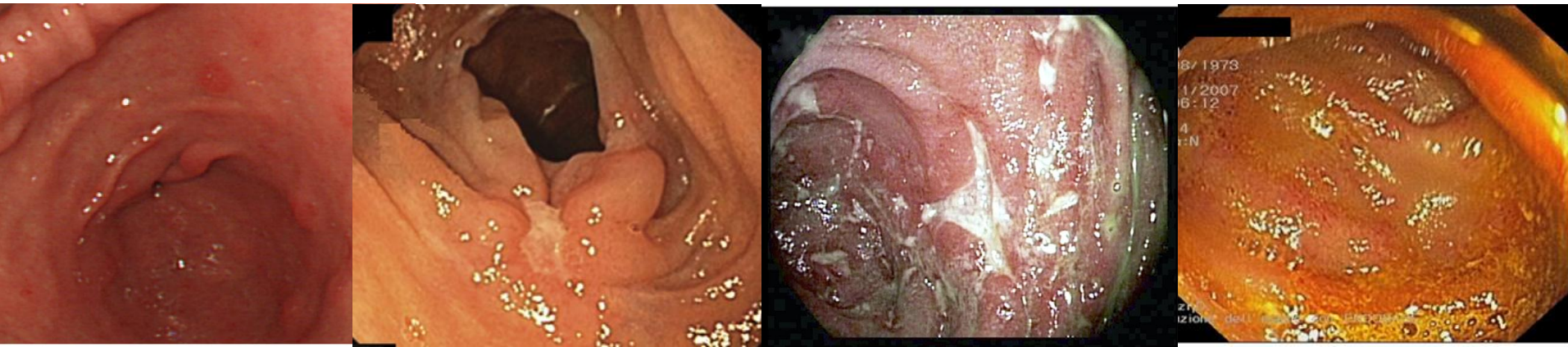
Maladie de Crohn Iléo colique :

- Bruyante (diarrhée , dleurs abdominales , amaigrissement)
- Bilan inflammatoire perturbé
- Manifestations extra digestives (articulaires , cutanées , oculaires)

Moyens DGC.....

Endoscopie Digestive : FOGD , Jejunoscopie , Iléocoloscopie

- Rôle déterminant quand lésions accessibles
 - Supérieure à la radiologie pour la détection des lésions muqueuses
- Permet d':
- Apprécier l'aspect des lésions , leurs topographies ,
sévérité , étendu
 - Réaliser des Bx avisée histopathologique



Imagerie Médicale:

1 : Opacifications digestives :

Les techniques d'opacifications digestives sont remplacées par les nouvelles techniques d'imagerie en coupes (entéroscanner et entéro-IRM).

**Transit du grêle :

La seule indication résiduelle = la cartographie pré opératoire de lésions complexes.

** Lavement baryté :

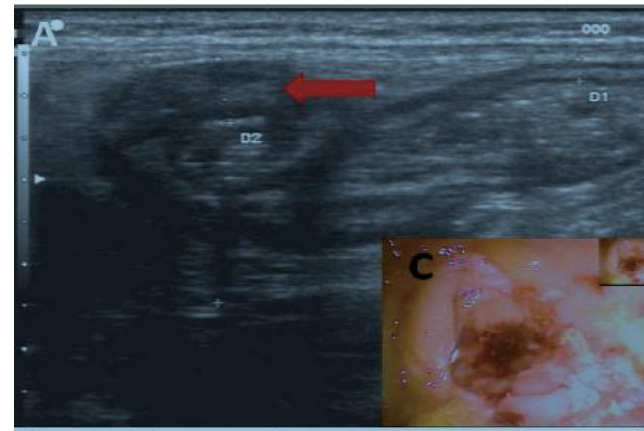
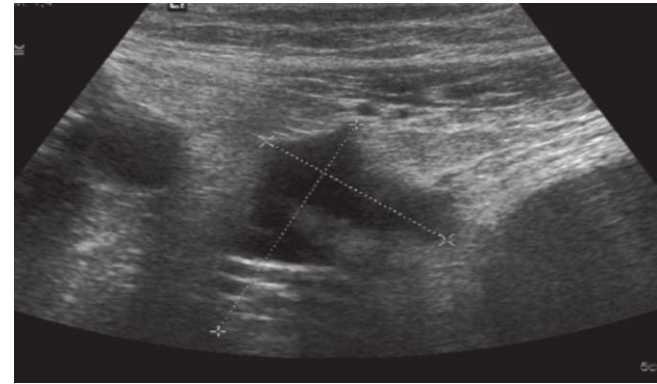
détrôné par la coloscopie

remplacé par le colo scanner à l'eau.



2 : l'échographie abdominale :

- Sous estime les lésions d'environ 30% / l'endoscopie et la radiologie barytée.
- Ne permet pas une cartographie des lésions
(sensibilité bonne au niveau de l'iléon et du côlon droit, et insuffisante pour les autres segments) .
- Indications :
 - recherche d'abcès intra-abdominal si la TDM n'est pas disponible
 - chez l'enfant chez qui les autres techniques sont difficiles à réaliser.

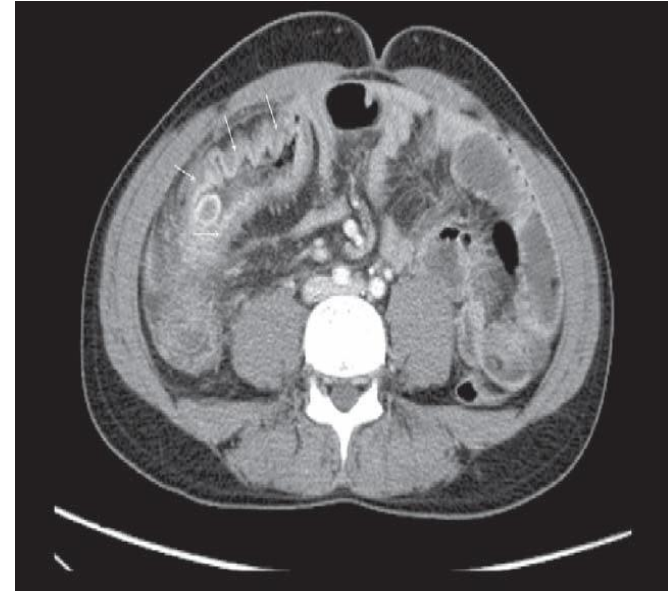


3: TDM , Entéro TDM .

**** La TDM =** Examen de référence pour détecter les complications abdominales de la MC (abcès , sténose)

- Signes d'activité de la maladie :

**** Paroi :** signe de la cible



- Mésentère : l'aspect en dent de peigne



** L'entéro TDM avec Enteroclyse : (SNJ+ Eau de methylcellulose)

Supérieure à la TDM conventionnelle dans la MEE des :

- anomalies endoluminales et pariétales
- fistules entéro entérales et entéro coliques
- la détection de la MC à un stade précoce

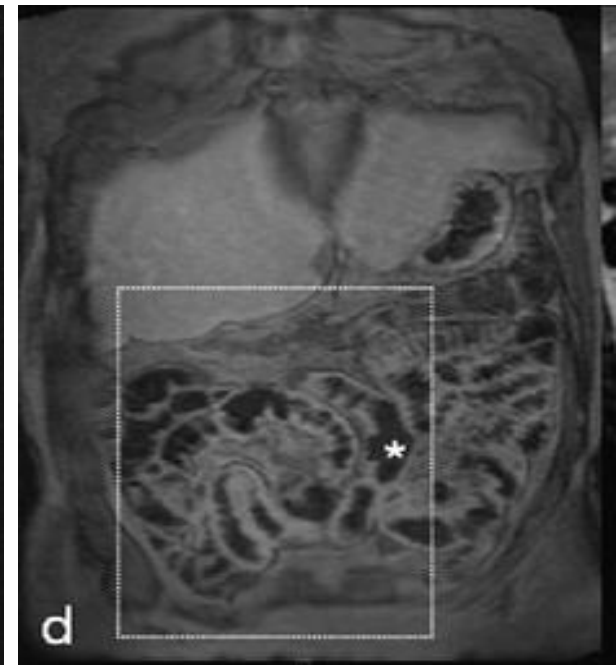
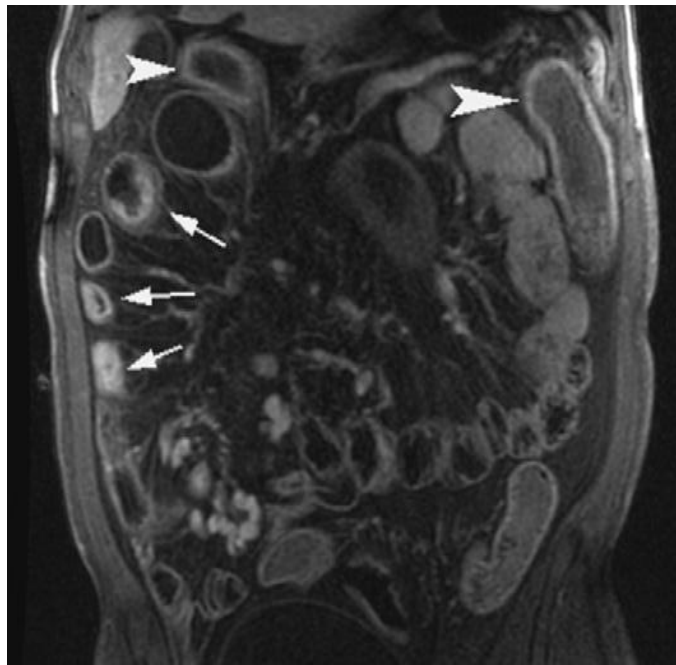
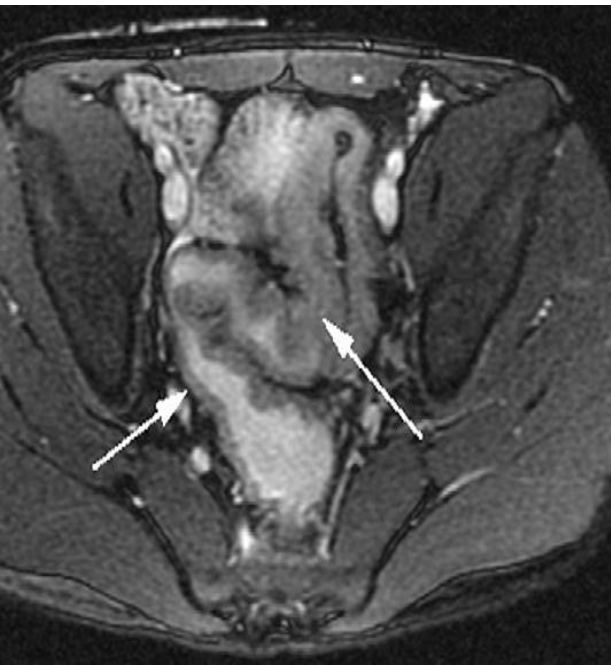


4: IRM , Entéro IRM :

Avantages :

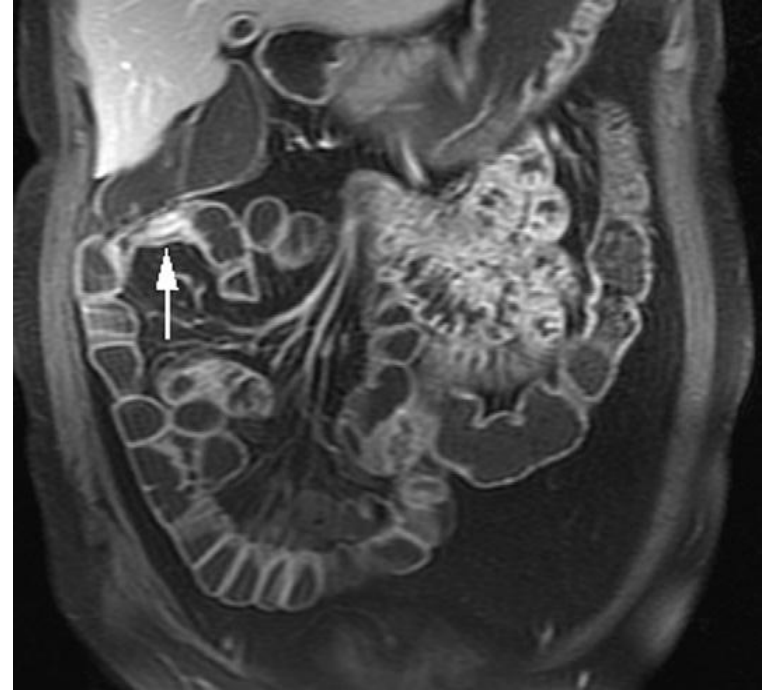
- Non Irradiante
- Pas de toxicité rénale (PDC)
- Possible chez femme enceinte

Se substitue au transit du grêle pour l'évaluation de l'étendu de l'atteinte intestinale .

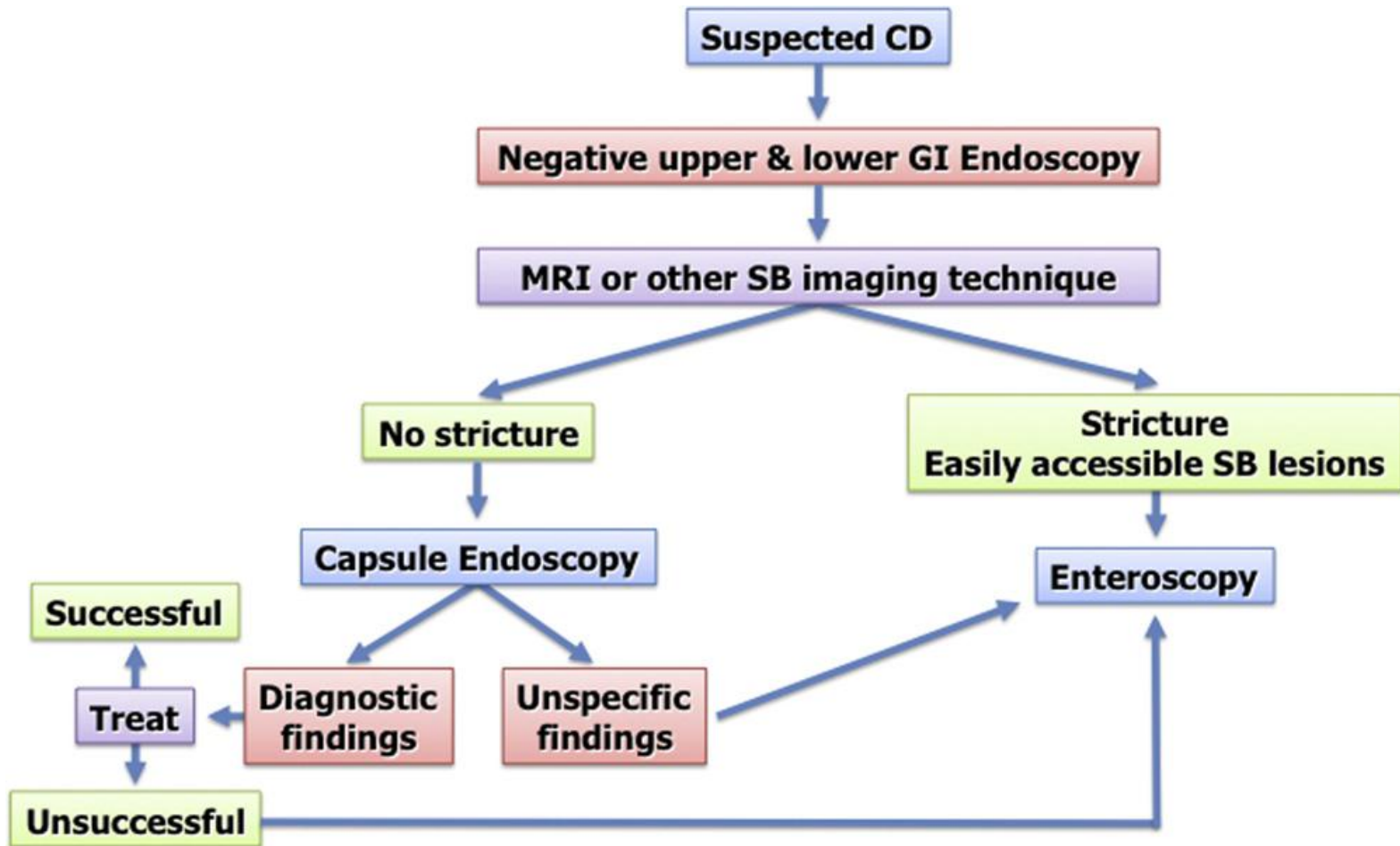


Entéro IRM :

- Évalue l'activité de la MC
- Différencie l'atteinte inflammatoire de l'atteinte cicatricielle (Evaluation du TRT)
- Sensibilité (92-100%) détection ulcérations , sténoses
- Score IRM === Score endoscopique
- ECCO : Entero IRM = l'examen de choix pour le bilan morphologique, le suivi et le monitoring sous traitement de la maladie de Crohn intestinale



Suspicion d'une MC grêlique non accessible aux techniques standards d'exploration



Apport de la Capsule endoscopique :

Supériorité DGC sur le TG , Entero TDM , Entero IRM
(77% CE , 23% TG, 20% entero TDM)
Examen non irradiant ,plus rapide et mieux toléré

Mais , Risque de rétention capsulaire sur sténose

- Rechercher et Eliminer une sténose /
(TG , enteroTDM , enteroIRM)

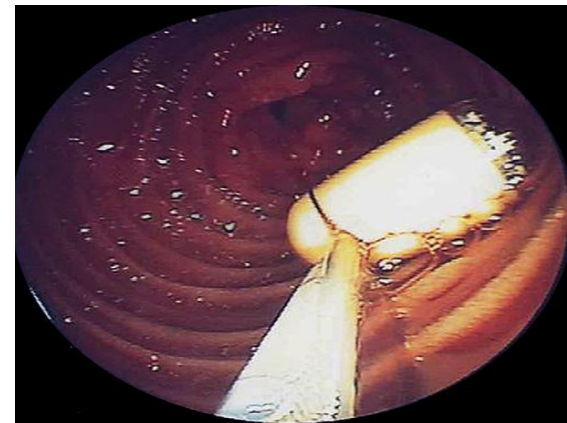
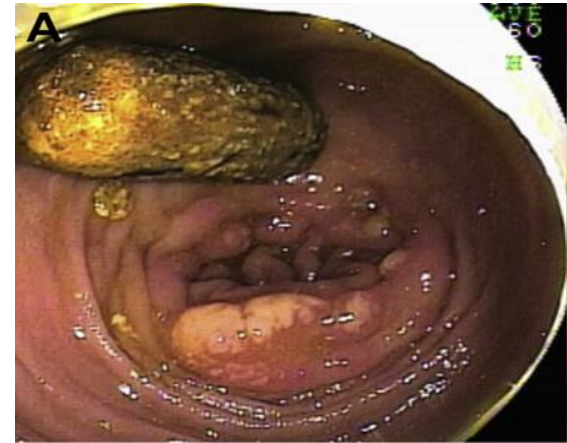
Alternative = La capsule de « Patency Agile) :

non enregistrable

Coque de lactose digestible

Si Eliminée dans les selles , Non captée (capteur , ASP J3)

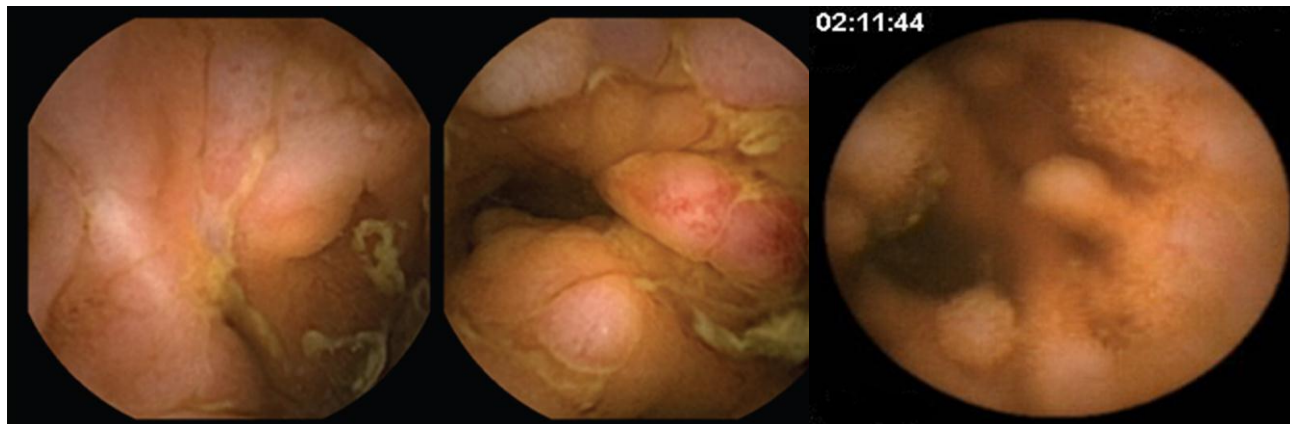
Réaliser le vrai Examen / CE



Les lésions Élémentaires CE :

- les ulcères et les érosions (36%),
- l'érythème (22%),
- l'hyperplasie nodulaire lymphoïde (20%)
- les ulcérations aphtoïdes (17%).

un score endoscopique de gravité de la maladie de Crohn du grêle adapté à la capsule est en cours de Validation

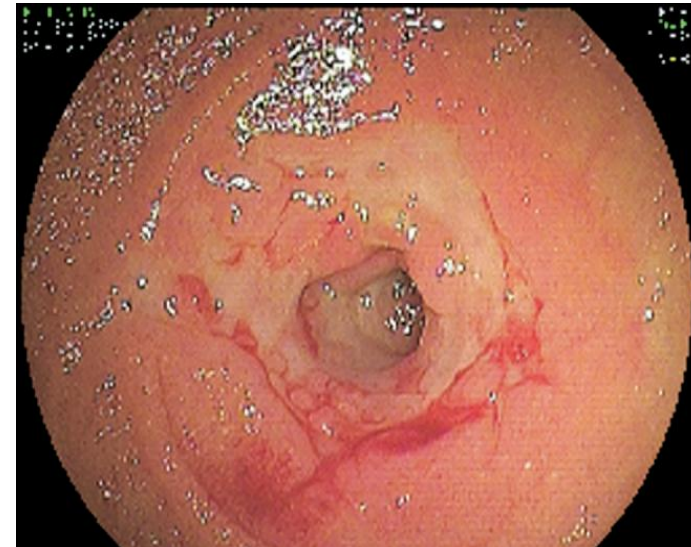
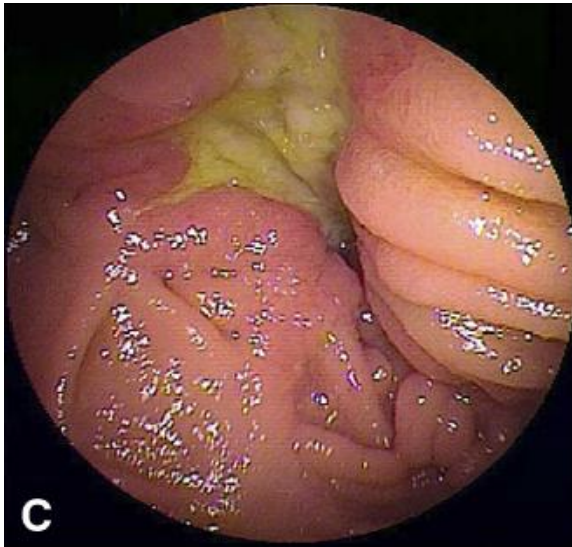
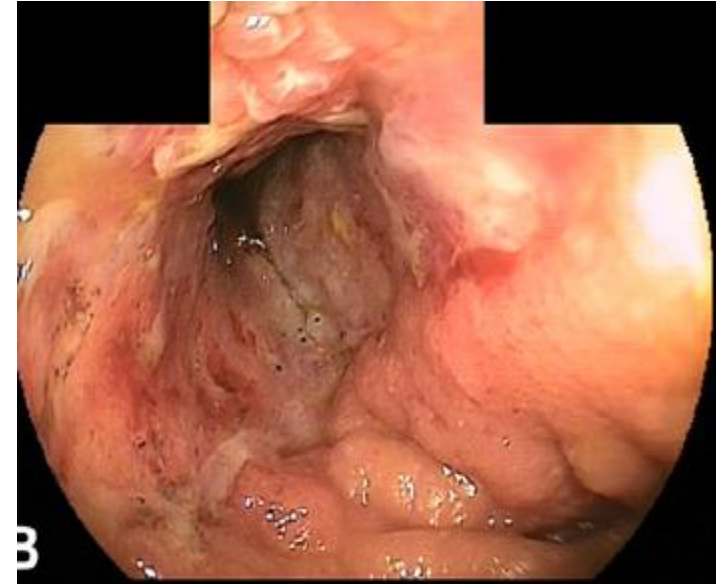


L'entéroscopie poussée au double ballon :

*N'a d'intérêt que pour :

- compléter l'exploration par la capsule,
- la remplacer si CI (sténose)

*Réservée quand nécessité d'une Preuve Histologique (Lésions atypiques)



Atteinte organique du grêle sans preuve histologique

En cas d'atteinte isolée d'un ou de plusieurs segments de l'intestin grêle sans documentation histologique,

le diagnostic de MC : faisceau d'arguments :

- chronicité des atteintes (> 6 mois) ;
- aspect morphologique caractéristique surtout en cas d'atteinte multi-segmentaire.
- coexistence d'ulcérations muqueuses avec des sténoses et des dilatations sacculaires, d'ulcérations en rails, de fistules borgnes ou communicantes) .

DGC à Eliminer : Lymphome T , ADK grêle , Tuberculose intestinale

Traitement de la maladie de Crohn inflammatoire :

MC : Traitement de la poussée

Traitement selon la sévérité et l'étendue de la maladie :

Maladie de crohn Localisée(1) : Iléo Caecale:

Poussée Minime

- Budésoude : 9mg/j (rémission 92% a 7sem)
- - 5AZA : Bénéfice limité

Poussée Modérée

- Budésoude= TRT de choix
- Echec : Corticothérapie systémique /VO ou IV
- Non réponse: Anti TNF

Poussée Sévère

- En 1^{ère} Intention: Corticoïdes (VO/IV)
- Pas de Réponse : Anti TNF , Chirurgie
(bcp d'auteurs préfèrent la chirurgie)

Maladie de crohn Localisée(2) :

MC Colique

Poussée minime : Sulfalazine (4gr/j) ou CTC systémiques

Poussée modérée a sévère :Corticoides , Anti TNF +- IS

Discuter l'option chirurgicale avant d'introduire les IS et anti TNF

MC Gastro duodénale

Pronostic moins bon

Essais insuffisants

IPP +++ (avec Si nécessité CTC et IS)

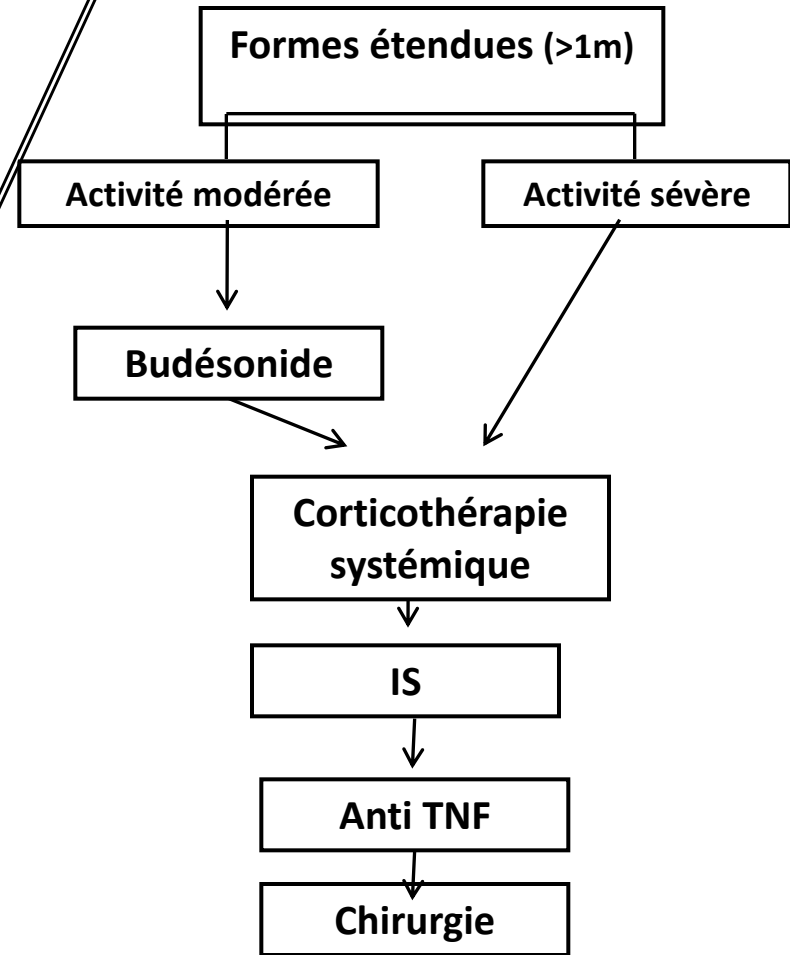
INF : forme réfractaire

Chirurgie si sténose

Maladie de crohn Grêlique Etendue

Risque plus élevé :

- Hospitalisations +++
- Complications :sténoses, fistules et abcès
- Chirurgie



MC : Traitement d'entretien



Arrêt du Tabac: ++++++

L'évolutivité moyenne de la maladie de Crohn des anciens fumeurs est égale à celle des non fumeurs, et moindre que celle des fumeurs actifs.

Un an après l'obtention du sevrage tabagique, la maladie devient moins agressive avec des risques de poussée et de recours aux corticoïdes et aux immunosuppresseurs diminués par rapport aux fumeurs et identiques aux non-fumeurs.

Choix du médicament :

- La présentation initiale de la maladie
- la fréquence et la sévérité des poussées
- l'étendue de la maladie
- l'efficacité et la tolérance des TRTs antérieurs
- les signes biologiques et endoscopiques d'inflammation

La rémission a été induite par un traitement médicamenteux:

Rémission récente :

| Poussée | Peu sévère | Sévère | Intermédiaire |
|------------------|-------------------|--|---------------------------------------|
| Maladie | Bénigne | Chronique active | (-) |
| Lésions | Localisée | Étendue: Jéjuno-iléale anopérinéales | (-) |
| Rémission | Sans CTC | INF | CTC |
| Attitude | Abstention | AZT; si échec MTX | Non consensuelle Injections IFx |

Rémission ancienne (plus de 2ans):

| Patient ne reçoit Aucun TRT | Patient sous 5AZA | Patient sous IS | Patient sous injections d'infliximab |
|--|----------------------|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Abstention- IS lésions étendues | Interrompre le TRT | <ul style="list-style-type: none">- Poursuivre le TRT- Arrêt > 4ans ?? | <ul style="list-style-type: none">- >1an: espacer Inject- Introduire IS |

Durée du TRT d'entretien :

Reste à l'heure actuelle débattue.

Chez les malades en rémission « profonde », c'est à- dire sans aucun signe clinique, biologique, endoscopique et biochimique d'activité,

- Discuter l'arrêt de l'azathioprine au-delà de 4ans
(évaluer les risques de l'arrêt)
- Chez les malades sous traitement combiné anti-TNF et immunosuppresseur , discuter l'arrêt de l'anti TNF après 1 an de rémission

Maladie de crohn Intestinale compliquée

« Sténosante »

sténose = la complication la plus fréquente de la MC.

- 30 % à 10 ans d'évolution d'une atteinte iléale
- Le risque principal est le syndrome obstructif dont la forme complète est l'occlusion.
- lésions associées : fistules et/ou abcès.

chirurgie chez un malade sur deux



Sténose = rétrécissement fixe de la lumière digestive
diagnostiquée à l'endoscopie ou l'imagerie responsable
de symptômes obstructifs

Sténose.....Challenge

Le Clinicien :



Le Radiologue :

Apporter les réponses aux questions
du clinicien

Proposer le Meilleur choix
thérapeutique .

- la sémiologie morphologique,
- la mesure de la protéine C réactive (CRP)
- la réponses aux traitements médicaux précédents.

- Le siège
- la longueur de la sténose
- son diamètre , le nombre
- son caractère inflammatoire ou fibreux
- les lésions à son niveau (fistules)
- lésions de voisinage (abcès , dilatation)

Explorations complémentaires :

Clinical suspicion of
CD stricturing

Evaluation with laboratory inflammatory
markers, diagnostic imaging & endoscopy

Characterise:

1. Location of the stricture(s) (colon/ileo-colic/small bowel)
2. Number of strictures*
3. Degree of likely active inflammation/fibrosis within the stricture(s)
4. Length of the stricture(s)

Pour les Sténoses coliques :

* le lavement baryté:

Apporte pour les sténoses rectales ou colique des informations similaires à celles du transit du grêle, mais est de réalisation et d'interprétation bien plus facile.

Plus récemment, a été proposé le colo scanner, qui apporte en plus des informations sur la paroi colique et son environnement.



Pour les Sténoses Grêliques :

* Le transit du grêle:

Sensibilité et spécificité de 90 % pour détecter les sténoses grêliques .

Mais nombreuses sténoses peuvent passer inaperçues

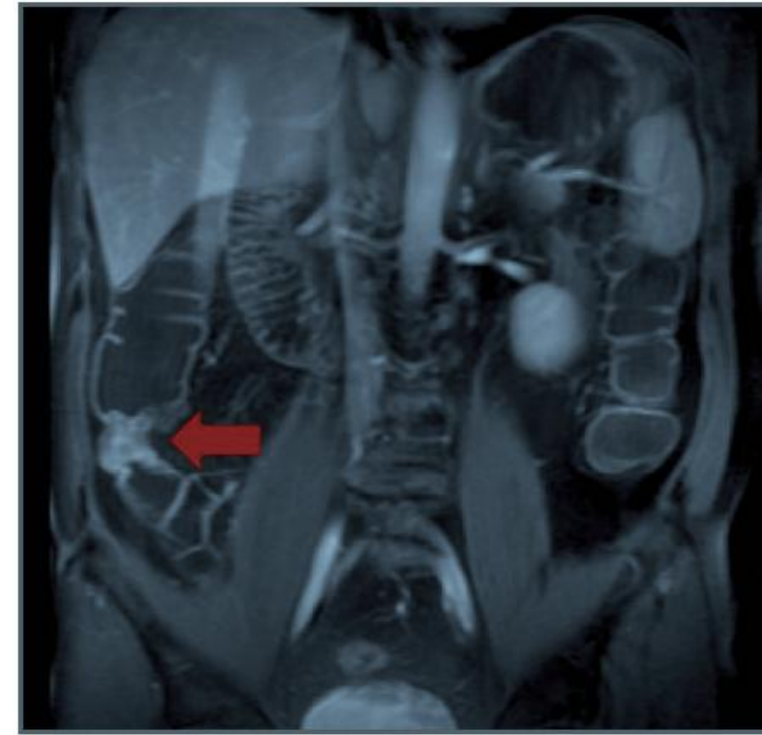
*L'entéro TDM :

- Inconfortable car distend l'intestin en amont des sténoses.
- Bonne Sensibilité 87 % :
 - siège de la sténose
 - étendu en hauteur
 - sténose inflammatoire \neq sténose fibreuse:
 - stenose fibreuse : l'épaississement pariétal sans prise de contraste et l'existence d'une dilatation pré sténotique.



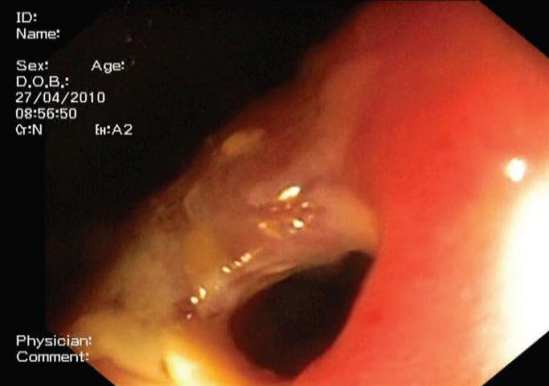
*L'entéro-IRM : permet

- un excellent bilan lésionnel
- une bonne évaluation des sténoses (nombre, topographie, longueur et caractéristiques morphologiques) et de leur retentissement fonctionnel
- est très sensible pour différencier une sténose inflammatoire et une sténose fibreuse



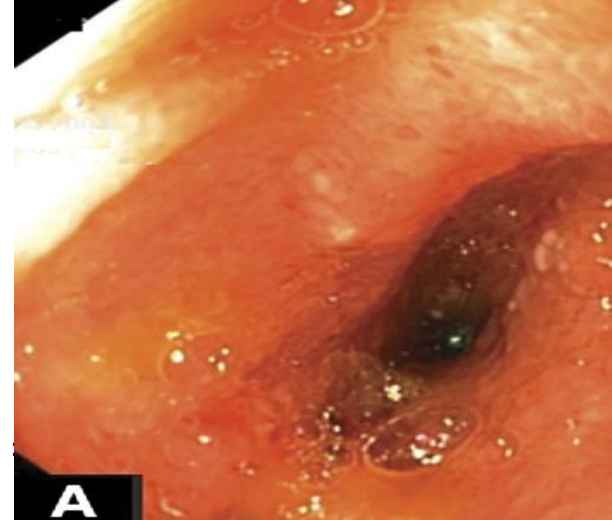
Cependant, la distinction entre sténose inflammatoire et sténose fibreuse n'est pas toujours facile (entéro TDM , entéro IRM) car il existe des lésions mixtes, présentant des anomalies en faveur de l'inflammation et des anomalies en faveur de la fibrose .





Endoscopie :

Quand lésions accessibles (sténose iléale ou duodénale)
l'examen de référence



- Affirme l'existence de la sténose
- franchissable ou non
- son caractère bénin ou malin (Bx)
- Apprécie son caractère inflammatoire ou fibreux
- Effectuer si besoin un TRT endoscopique

Intérêt d'avoir une imagerie avant l'endoscopie



Traitement de la maladie de crohn sténosante:

La constatation d'une sténose sur un examen morphologique ne doit pas hâter un traitement .

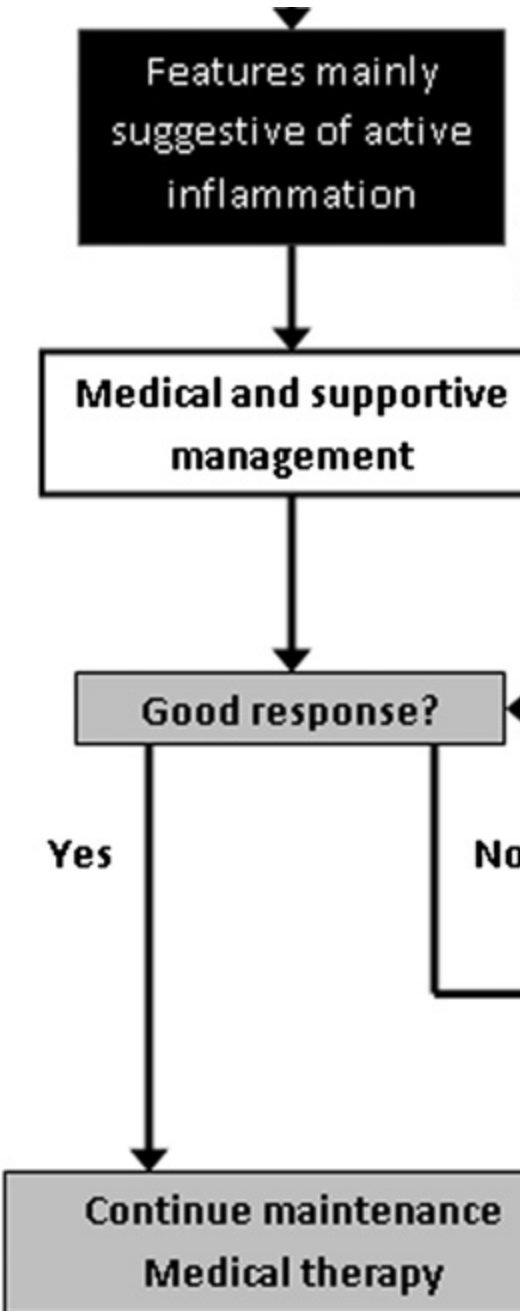
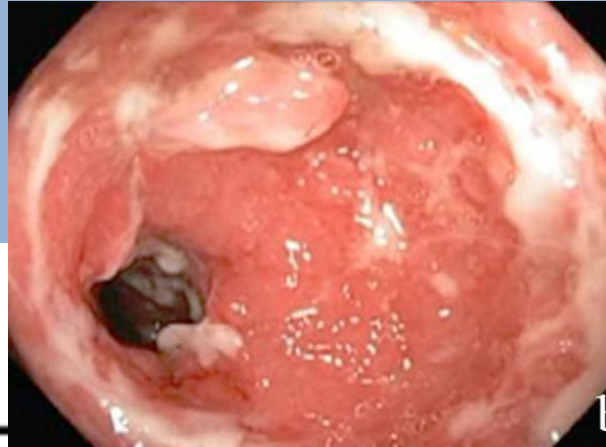
La prise en charge thérapeutique implique la distinction de deux situations cliniques que sont:

- * la sténose « inflammatoire »
- * la sténose « cicatricielle » ou fibreuse.

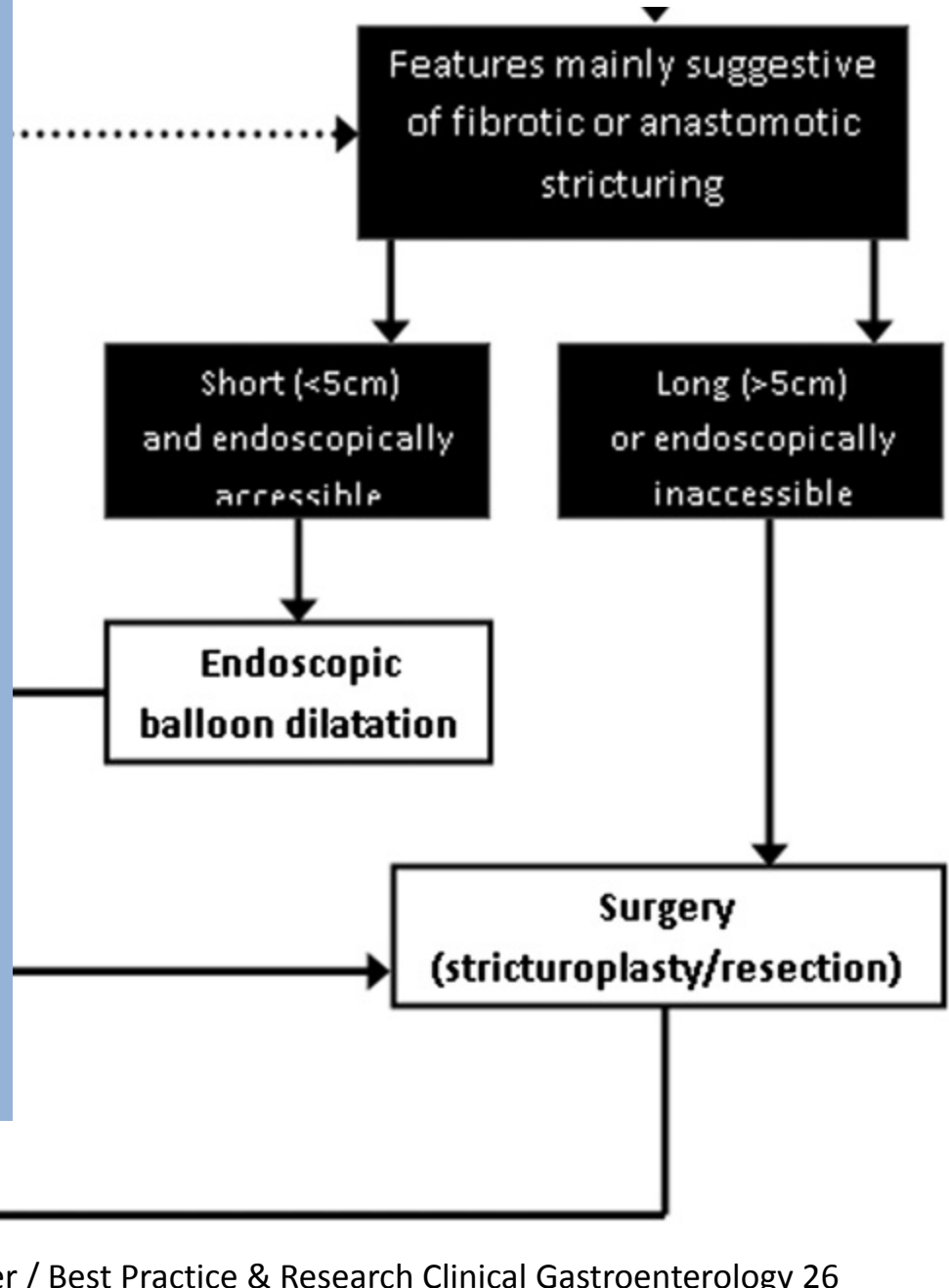
****sténose inflammatoire:** (clinique , CRP , Morphologie)

TRT Médical adapté à la sévérité des symptômes (CDAI)

- Corticoïdes
- Les analogues des purines
- Les anti-TNF (accélération de l'évolution fibrosante ?)
non prouvé par les petites séries disponibles



****sténose Fibreuse:**
(clinique , CRP , Morphologie)



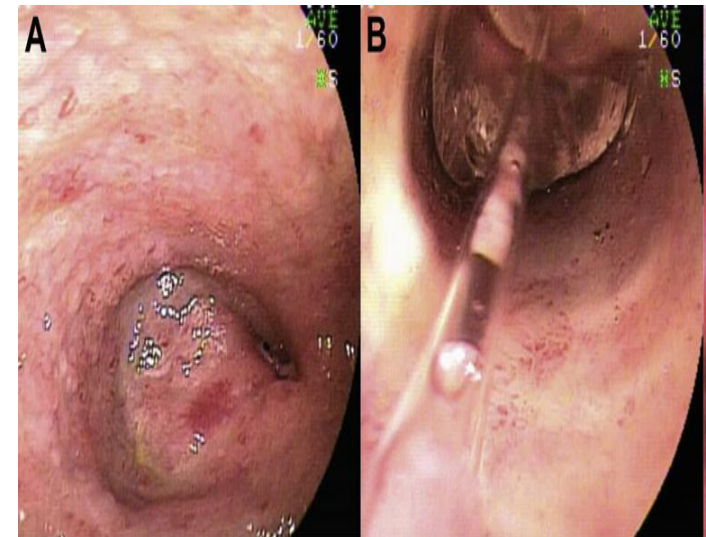
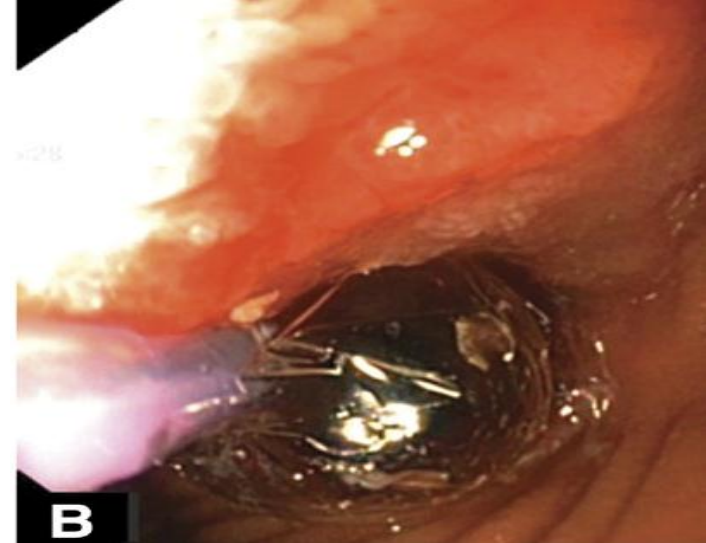
Traitement endoscopique:

****La dilatation hydrostatique** :Indiquée dans:

Sténoses intestinales symptomatiques, courte (< 5 cm), accessible par l'endoscopie (FOGD , iléo scopie , enteroscopie à double ballon)

Résultats :

- taux de succès immédiat : 70 à 100 % cas .
- Récidive 40 à 53 % cas à 1 an et dans 62 à 70 % cas à 5 ans .
- 18 % et 8 % des malades ont eu respectivement 2 et 3 séances de dilatations, avec un délai variable entre deux dilatations de 5 à 18 mois .
- À 5 ans, la chirurgie a été évitée dans plus de 50 % des cas .



- * **Les injections locales de corticoïdes:** (triamcinolone retard injectée aux quatre quadrants 1.0 ml tous les 2 cm après la dilatation initiale)

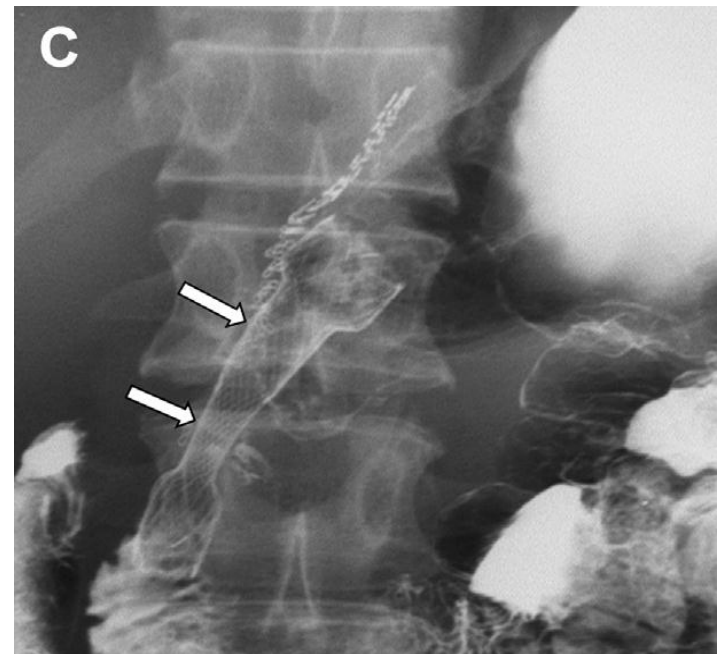
bons résultats 50 % des malades en rémission après une seule séance avec un suivi médian de 16,4 mois) , mais pas d'essais randomisés

- * **Les autres traitements** tels qu'une incision de la sténose ou des injections endoscopiques d'infliximab ne sont à ce stade qu'anecdotiques et ne sont donc pas recommandés .

** Endo prothèses expansibles extractibles:

Auteurs japonais : résultats encourageants après MEP d'endo prothèses métalliques auto-expansibles couvertes, précédées de dilatations au ballonnet, pour des sténoses fibreuses intestinales (colique et iléo-colique)

Le suivi sans récurrence a été de 3 et 4,5 ans, malgré une migration spontanée des endo prothèses entre 1 et 5 mois après leur mise en place



Traitement chirurgical

Sténoses intestinales symptomatiques, longues (> 5 cm), Non accessible par l'endoscopie

Les interventions possibles sont les stricturoplasties ou surtout les résections. Toute intervention débute par l'exploration de la cavité abdominale et l'inventaire des lésions avec mesure de la longueur de l'intestin grêle restant

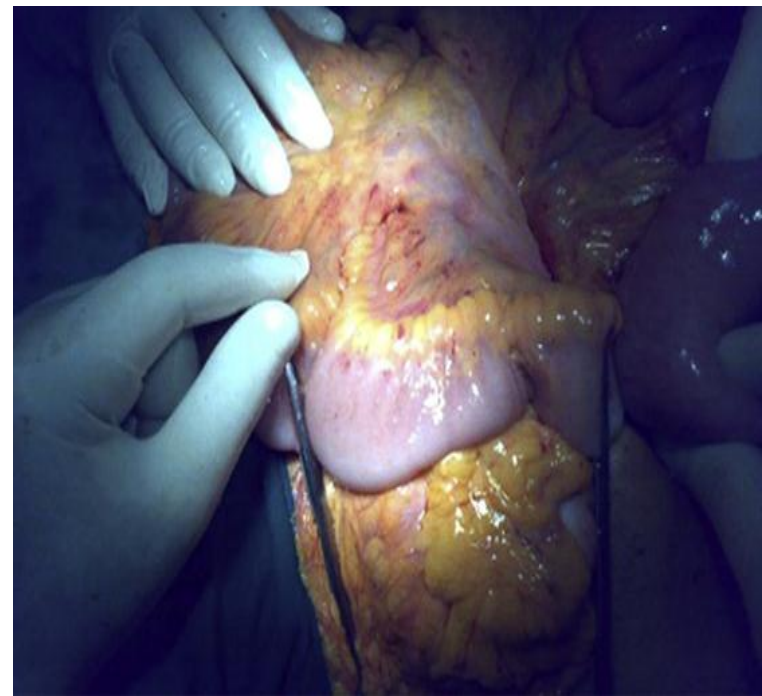
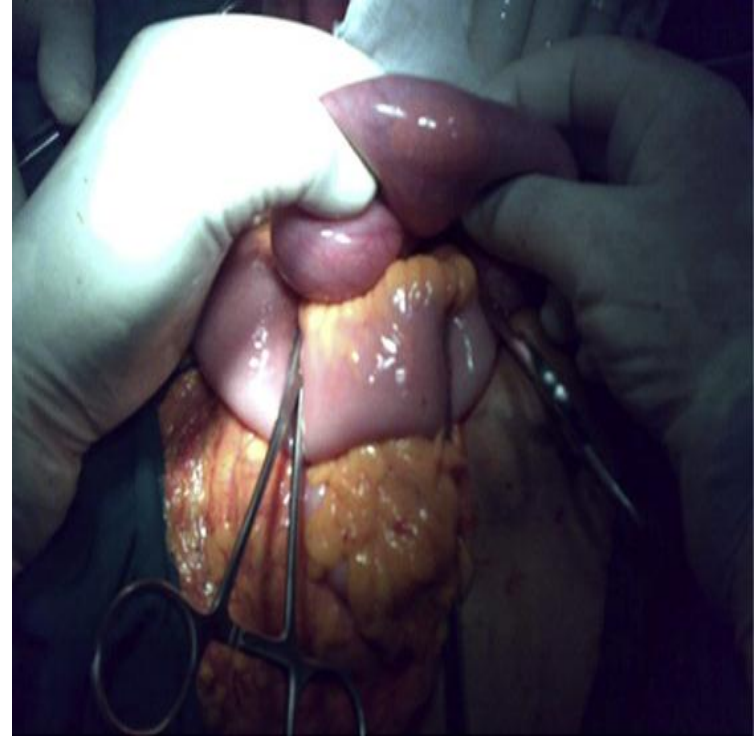
** La résection intestinale :

Indication a porter avec prudence

(Les résections itératives pouvant conduire à une insuffisance intestinale par syndrome de grêle court)

les éléments pour la chirurgie sont :

- a) l'existence d'accidents occlusifs complets répétés ;
- b) une dilatation de l'intestin en amont de la sténose ;
- c) le caractère limité de la resection intestinale et une longueur de grêle restant confortable, évalués par radiographie.



La stricturoplastie:

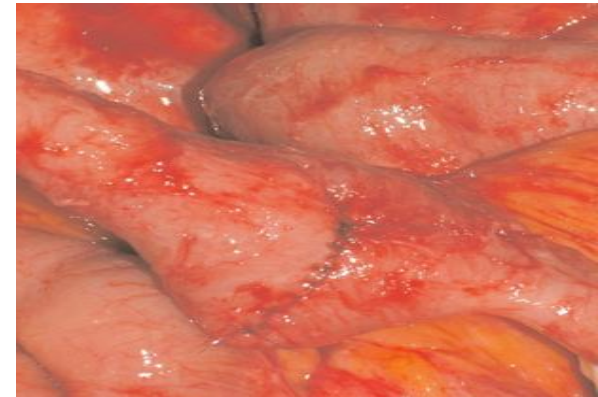
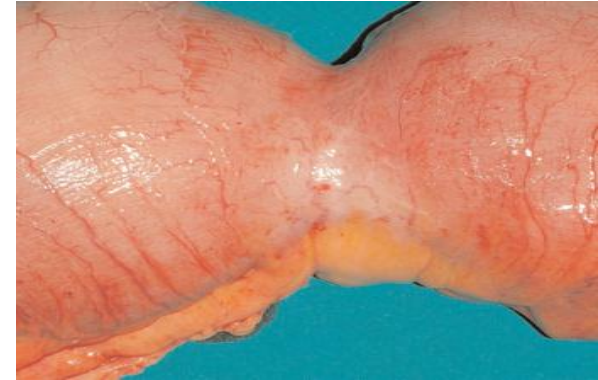
Les résections étendues (sténoses multiples) risque de grêle court.

La stricturoplastie = une alternative chirurgicale

- Incision longitudinale faite sur le bord anti-mésentérique de la sténose,
- l'incision étant ensuite fermée transversalement selon le même principe qu'une pyloroplastie

Indications :

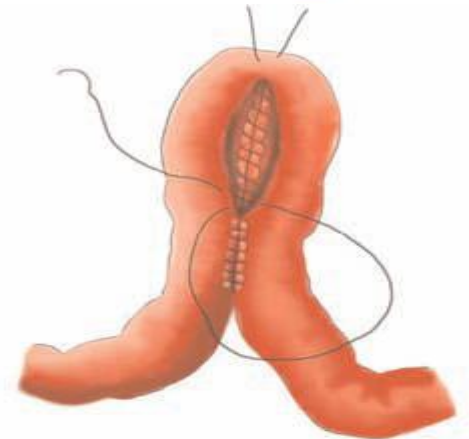
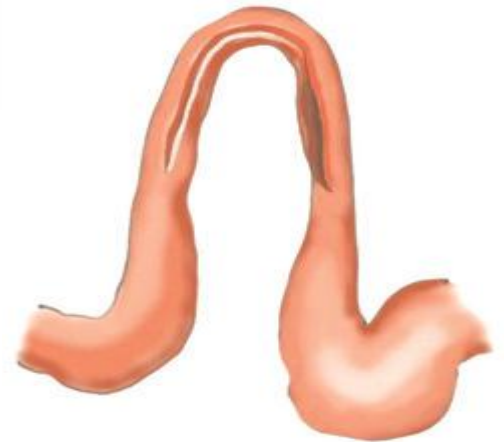
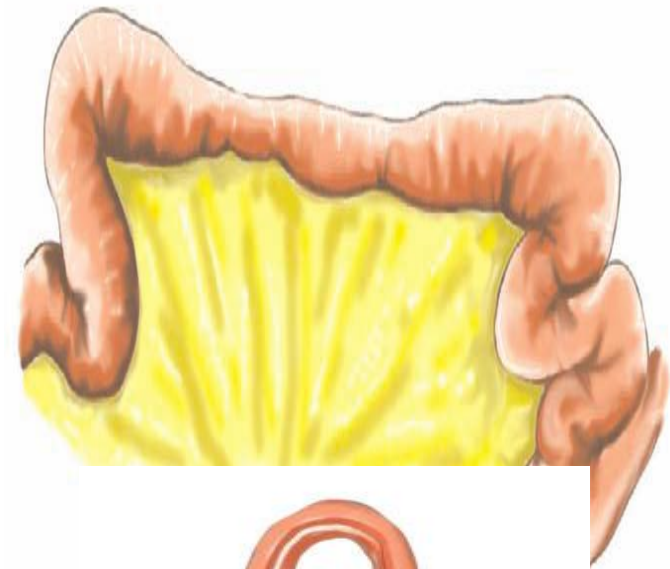
- les atteintes diffuses jéjuno-iléales, avec sténoses étagées, courtes et fibreuses(multiples stricturoplasties)
- ATCD de résections intestinales étendues ou multiples
- les récives précoces de sténose (dans l'année qui suit une résection).



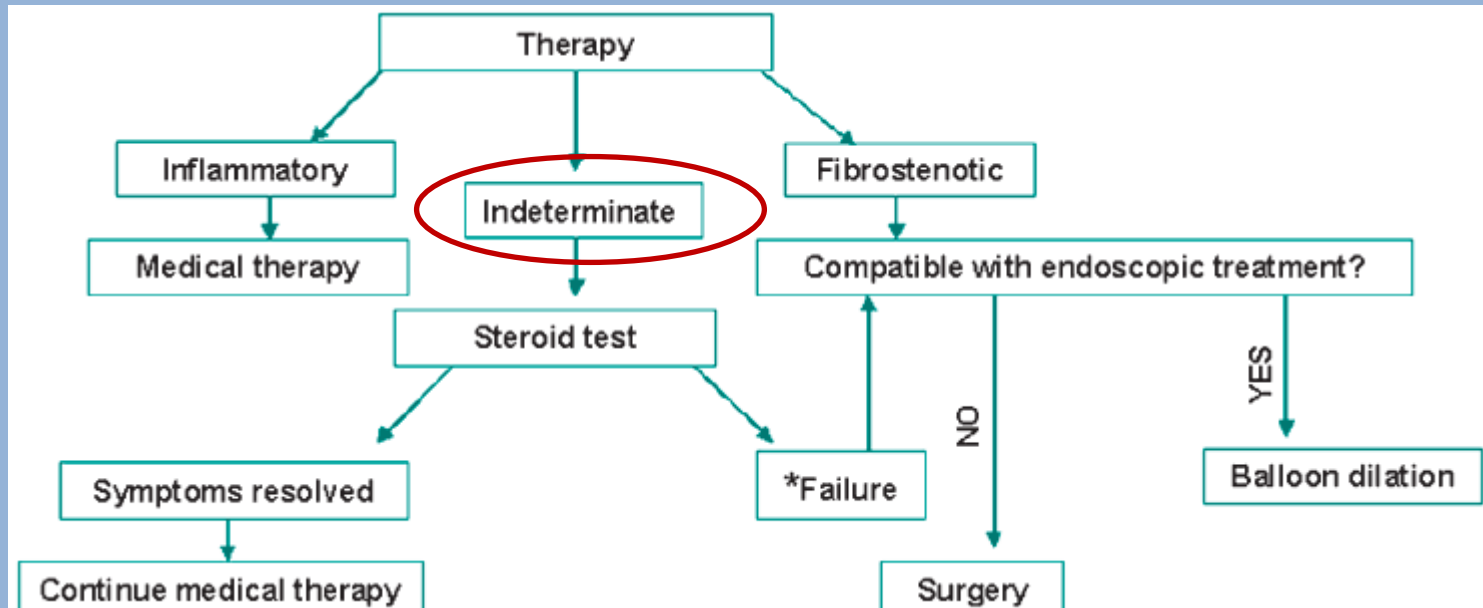
Les stricturoplasties type Finney :
sténoses plus longues, de 10 à 20 cm.

A distance, une ré intervention
(nouvelles sténose en dehors des
zones de stricturoplastie) : 35% à 7
ans, proche de celui des résections.

Bien que les taux de récurrence soient
voisins, aucune étude n'a comparé ces
deux techniques.



**sténose d'origine Indéterminée :

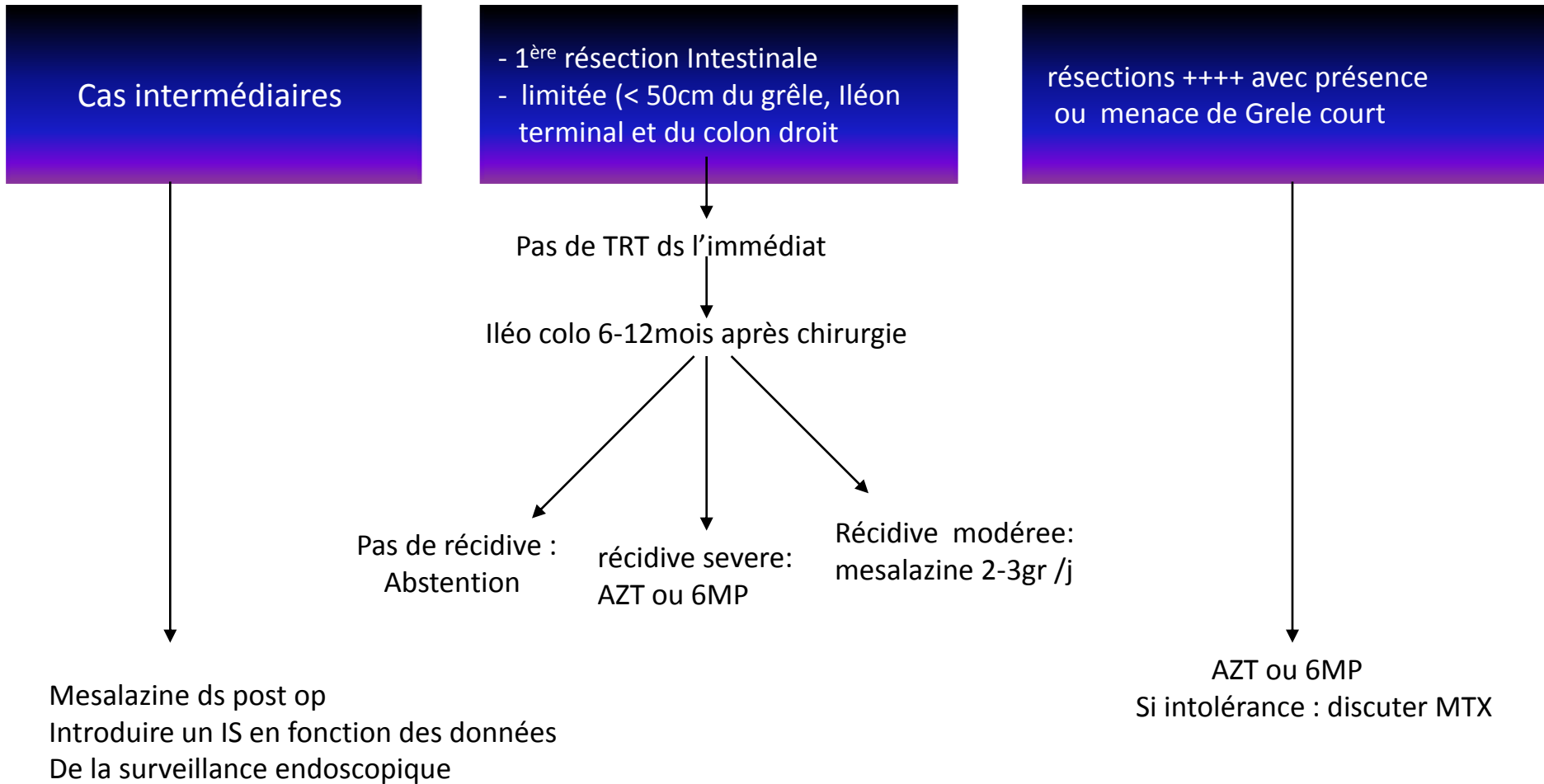


Traitement préventif de la récurrence post-opératoire

L'indication et le choix d'un traitement de maintien de la rémission après la chirurgie doivent prendre en compte :

- 1) l'étendue de la résection intestinale, et surtout la longueur et la valeur fonctionnelle de l'intestin restant, avec pour corollaire, les conséquences d'une éventuelle nouvelle résection;
- 2) les facteurs de risque de récurrence (tabagisme, type de résection) ;
- 3) les contraintes et les risques du traitement envisagé.

Traitement d'entretien :



Conclusion

Dans la MC, Une bonne prise en Charge doit avoir comme Objectifs d'éviter le développement des complications et des séquelles chirurgicales.

Cette stratégie implique:

- l'identification des patients à risque de développer ces complications
- la mise en route précoce chez ces patients de médicaments susceptibles d'éviter ces complications
- et la discussion d'un arrêt de ces traitements lorsque la maladie semble suffisamment contrôlée.