

**Réunion de Consensus sur la maladie de Crohn
Institut Pasteur Dely Ibrahim
25-26 septembre 2013**

Endoscopie et maladie de Crohn cicatrisation et suivi

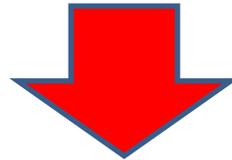
**Dr LAYAIDA.K
CHU Mustapha**

Introduction

- Pourquoi rechercher la CME?
- Peut on l'obtenir?
- Comment l'évaluer?
- Quelles sont les implications pratiques?

Pourquoi rechercher la CME?

- A long terme l'inflammation aboutit à des formes pénétrantes et sténosantes*
- >80% des patients ont une intervention chirurgicale au cours de leur histoire**
- >70% vont nécessiter une réintervention



Nécessité de développer des stratégies qui modifient l'histoire naturelle de la maladie
Concept émergent=obtenir la CME pourrait améliorer l'évolution à court et à long terme de la MC

* Cosnes J. Inflamm Bowel Dis 2002;8:244–250.

** Munkholm P. Scand J Gastroenterol 1995;30:699–706.

Majority of Patients with Inflammatory Bowel Disease in Clinical Remission Have Mucosal Inflammation

Judith E. Baars, MD, PhD, Msc,* Veerle J.A.A. Nuij, Msc,* Bas Oldenburg, MD, PhD,[†] Ernst J. Kuipers, MD, PhD,*[‡] and Christien J. van der Woude, MD, PhD*

TABLE 2. Frequency of Endoscopic and Histological Inflammation Without Clinical Symptoms

	Total (%) [*]	UC Patients (%)	CD Patients (%) [*]
No. of patients	152	106	46
No inflammation	47 (31)	33 (31)	14 (31)
Endoscopic + histological activity (group A)	51 (34)	39 (37)	12 (27)
Only histological activity (group B)	51 (34)	33 (31)	18 (40)
Only endoscopic activity	2 (1)	1 (1)	1 (2)

*Accurate data on endoscopic inflammation was missing in one patient.

Pourquoi rechercher la CME?

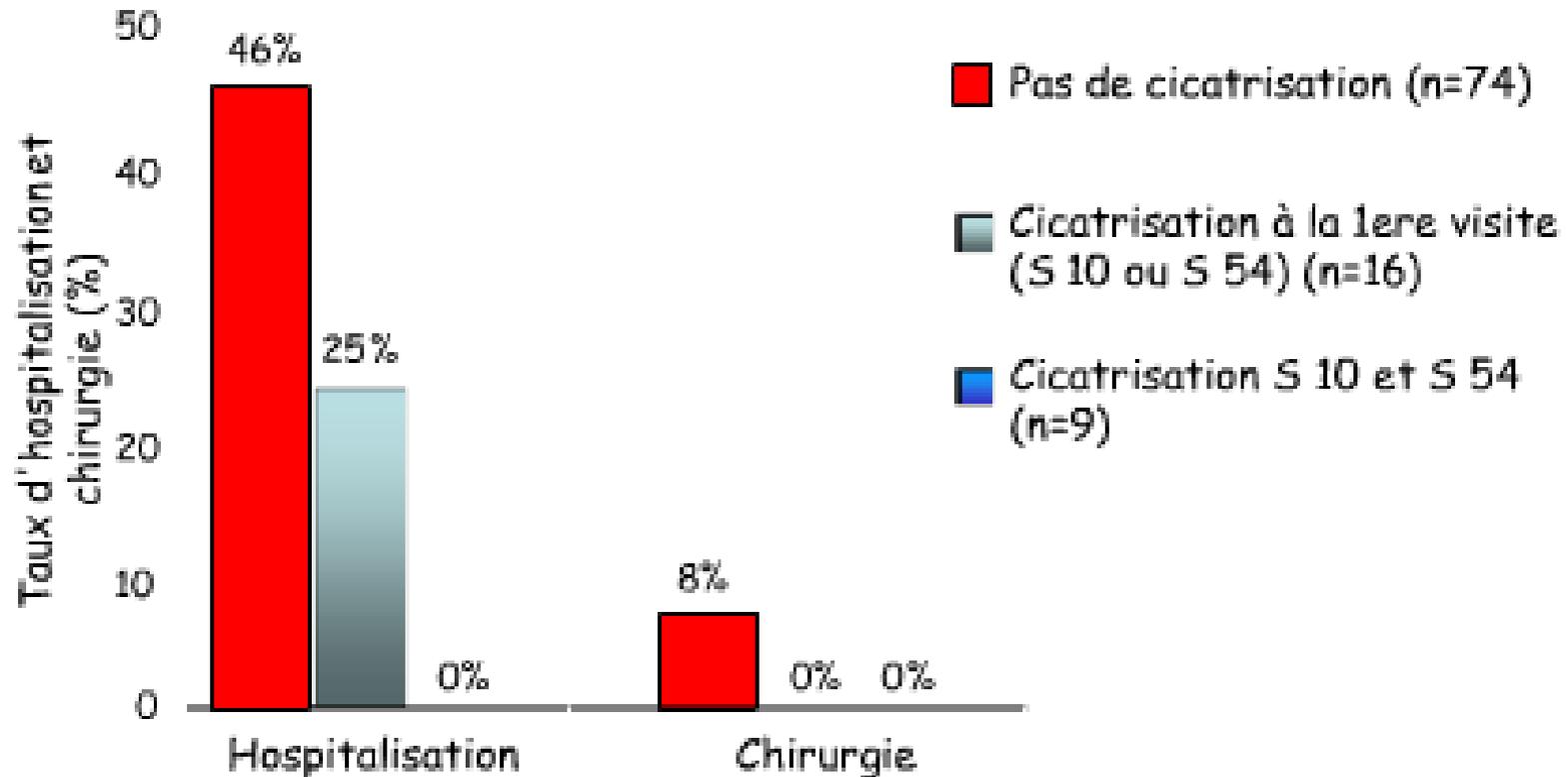
- Recours moins fréquent aux corticoïdes*
- Rémission prolongée: 65%vs40%(p=0.0004)**
- Moins d'hospitalisation***
- Moins de recours à la chirurgie***

•Froslic KFGastroenterology.2007;133:412-422.

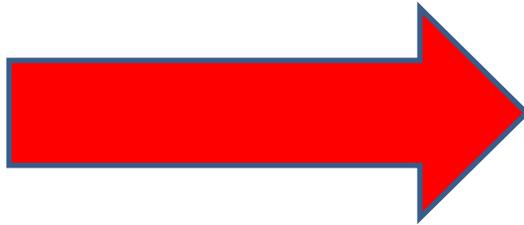
•**Schnitzler et al Inflamm Bowel Dis 2009.

•*** Rutgeerts P et al.Gastrointest Endosc. 2006;63:433-442

Essai ACCENT 1



Peut on obtenir la CME?



Efficacité des traitements

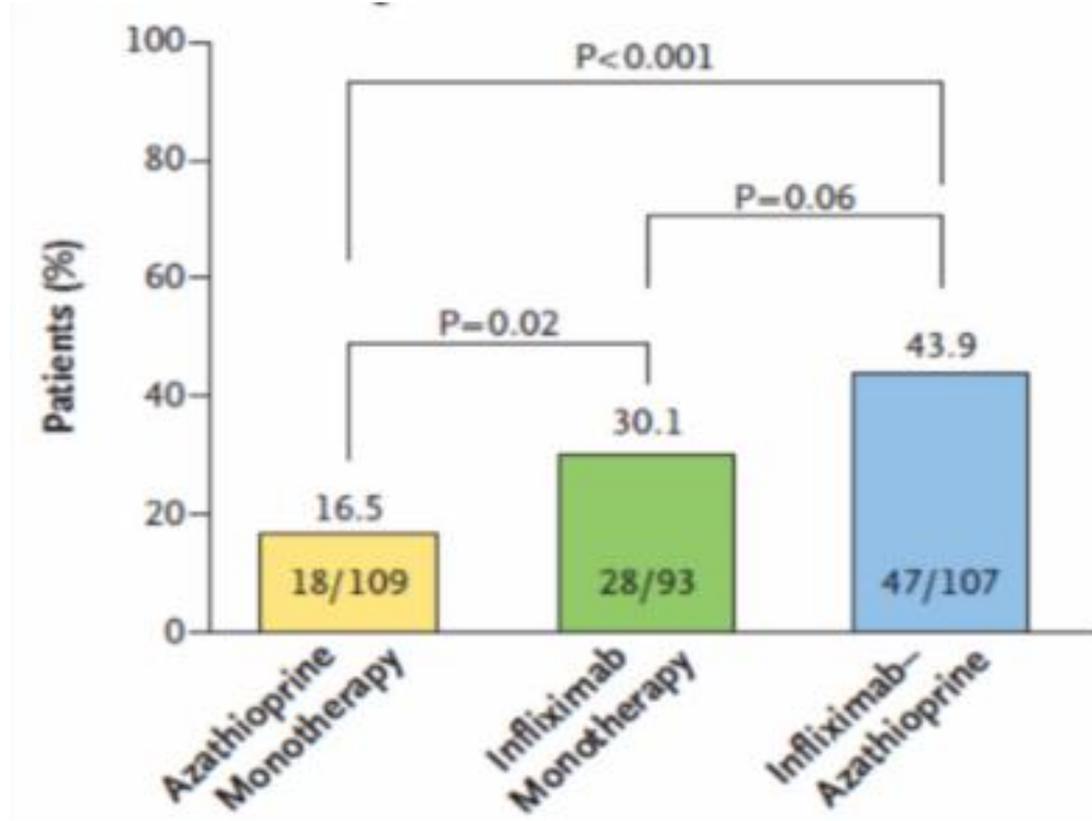
- Corticoïdes: effet modeste*
 - 1mg/kg pendant dt >7 semaines
 - RC 92% vs RE29% (13%CME)
- 5-ASA: non
- Antibiotiques: mal évalués
- Méthotrénate: études limitées, 11%**
- Azathioprine: 70% colon et 54% iléon

*Modigliani. Gastroenterology 1990;98:811–818

** . Laharie D. Aliment Pharmacol Ther;33: 714–721.

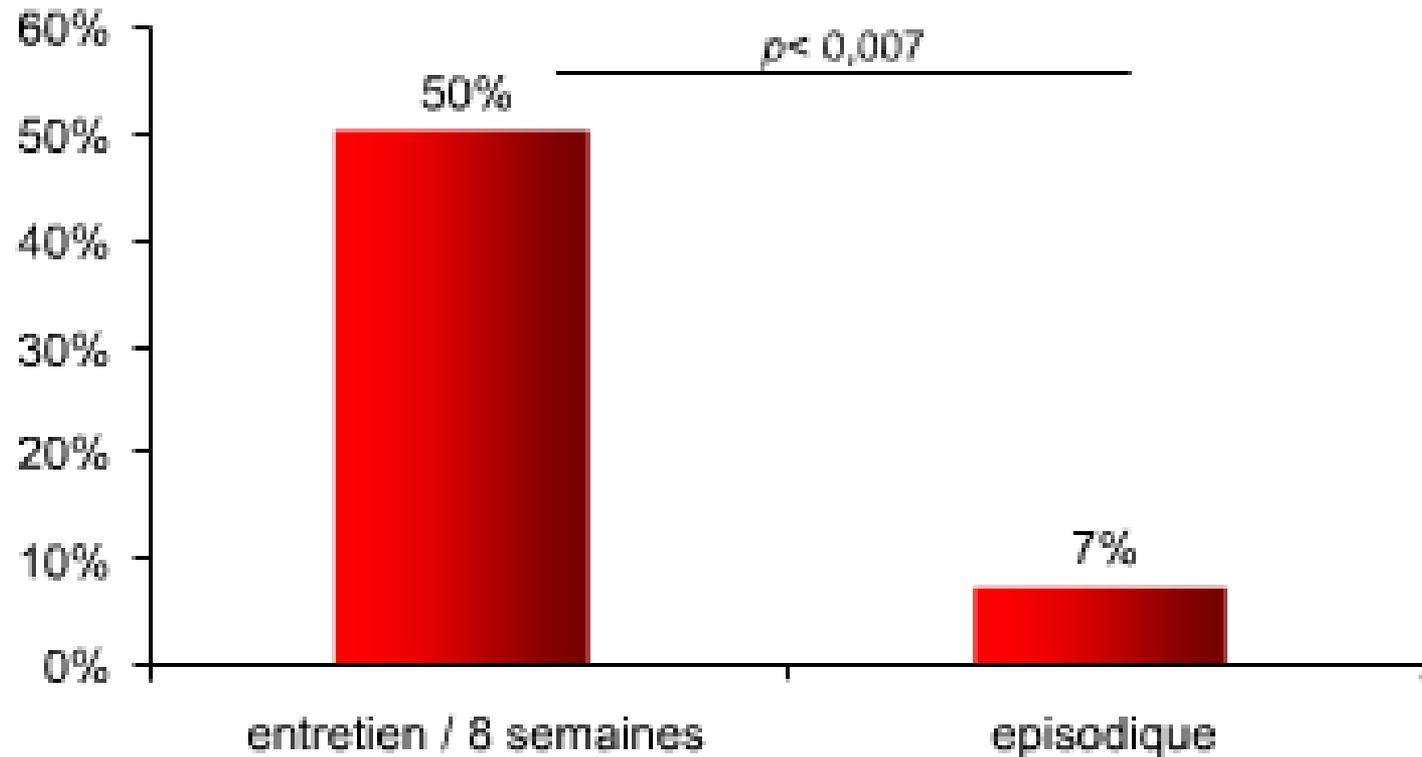
***D'Haens et al Gastrointest Endosc 1999;50:667–671.

Essai SONIC



Cicatrisation endoscopique à S26
Absence d'ulcères

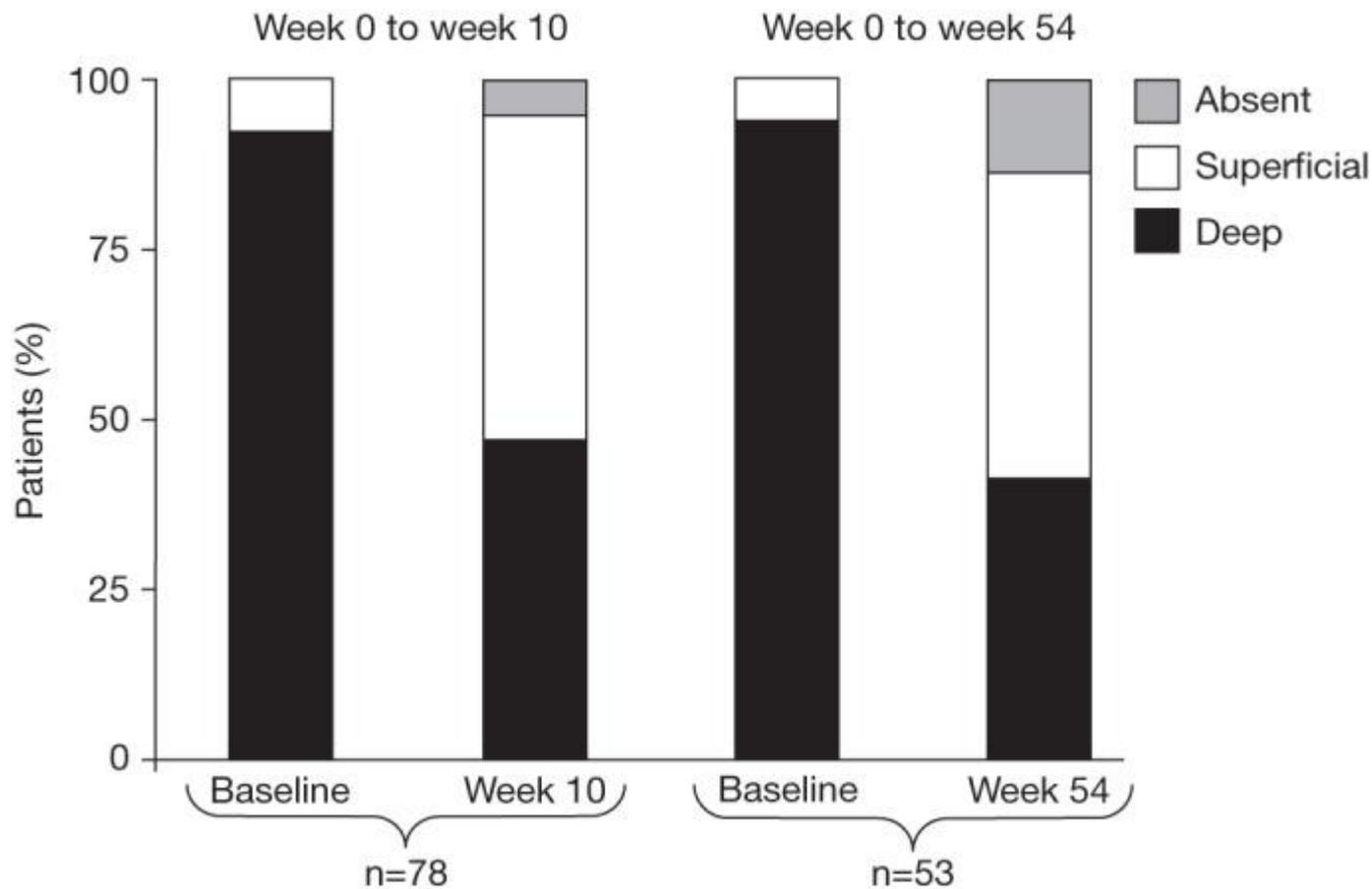
Infliximab et CME



■ Pourcentage de cicatrisation S 54

Rutgeerts et al, *Gastrointest Endosc*, 2006

Endoscopic improvement of mucosal lesions in patients with moderate to severe ileocolonic Crohn's disease following treatment with certolizumab pegol



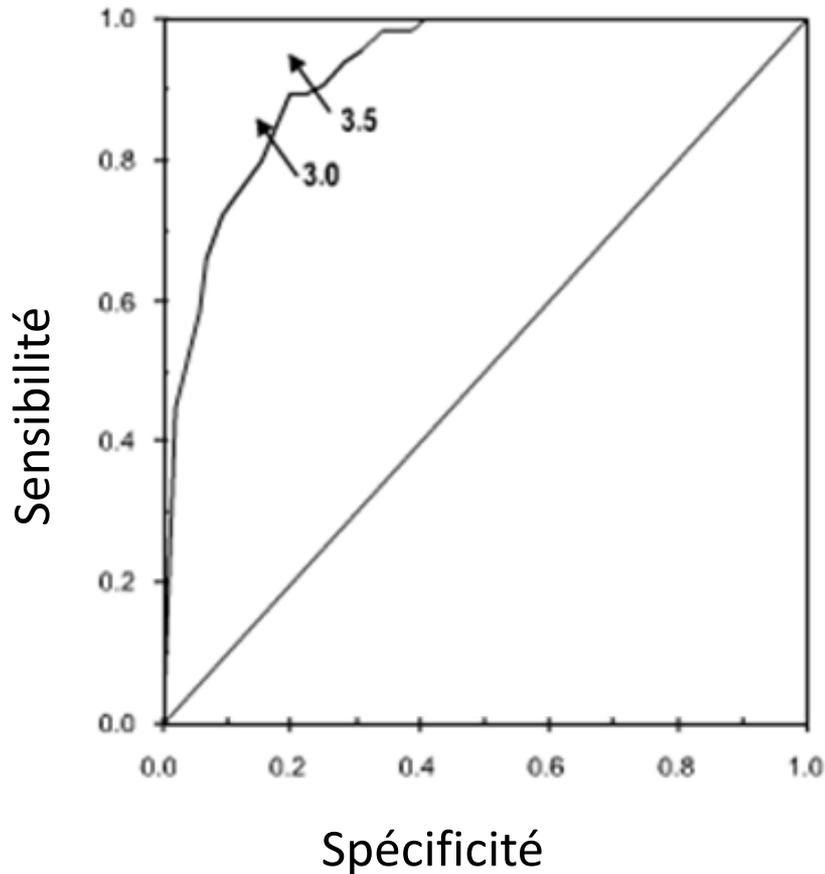
Comment évaluer la CME?

Indice de sévérité endoscopique (CDEIS)

	Ulcérations profondes Noter 12 si présentes	Ulcérations superficielles Noter 6 si présentes	Surface des ulcérations (0-10 cm)	Surface des lésions (0-10 cm)
Iléon	0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10
Colon droit	0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10
Transverse	0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10
Colon gauche	0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10
Rectum	0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10

Total (somme de toutes les cases)	=	
Total /nombre de segments explorés		
+ 3 si sténose ulcérée	+	0-3
Et + 3 si sténose non ulcérée	+	0-3
CDEIS		0-44

Comment définir la CME avec le CDEIS?



CDEIS Cutoff	Se (n=65)	Sp (n=162)
3.0	80%	85%
3.5	89%	80%

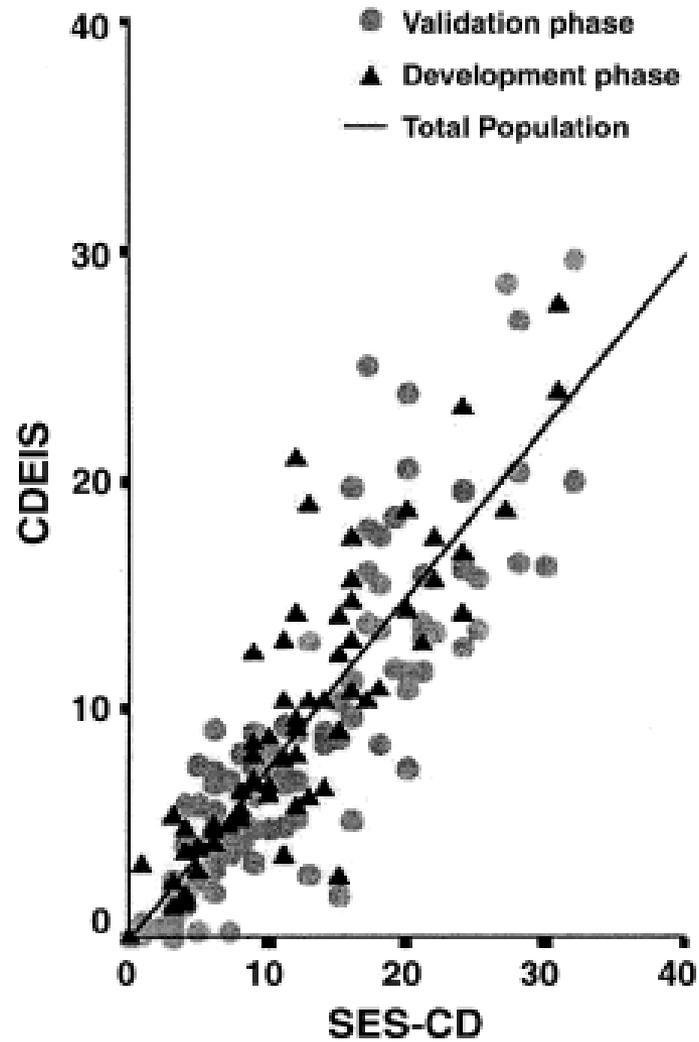
CME = absence d'ulcères

Score endoscopique simplifié SES-CD

Sévérité	0	1	2	3
Présence et taille des ulcérations	Absente	< 0,5 cm	0,5- 2 cm	> 2 cm
Surface ulcérée	0 %	< 10 %	10-30 %	> 30 %
Surface lésée	0 %	< 50 %	50-75 %	> 75 %
Présence de sténose	Absente	Unique franchissable	Multiples franchissables	infranchissable

SES-CD=Somme(rectum+colon gauche+colon transverse+colon droit+iléon)

Corrélation entre CDEIS et SEC-CD



CDEIS ou SES-CD?

	Avantages	Inconvénients
CDEIS	Reproductible, validé, gold standard, seuil définissant une rémission endoscopique	Complexe, chronophage, courbe d'apprentissage
SES-CD	Non validé, pas de seuil définissant une rémission endoscopique	Plus simple?

Quelles sont les implications
pratiques?

MC opérée

Score endoscopique de Rutgeerts



U.iléales aphtoïdes ≤ 5

Stade i,1



Stade i,2

U.Iléales aphtoïdes > 5 + muq intercalaire normale
ou lésions confinées à l'anastomose
ou zones isolées de lésions plus larges



Stade i,3

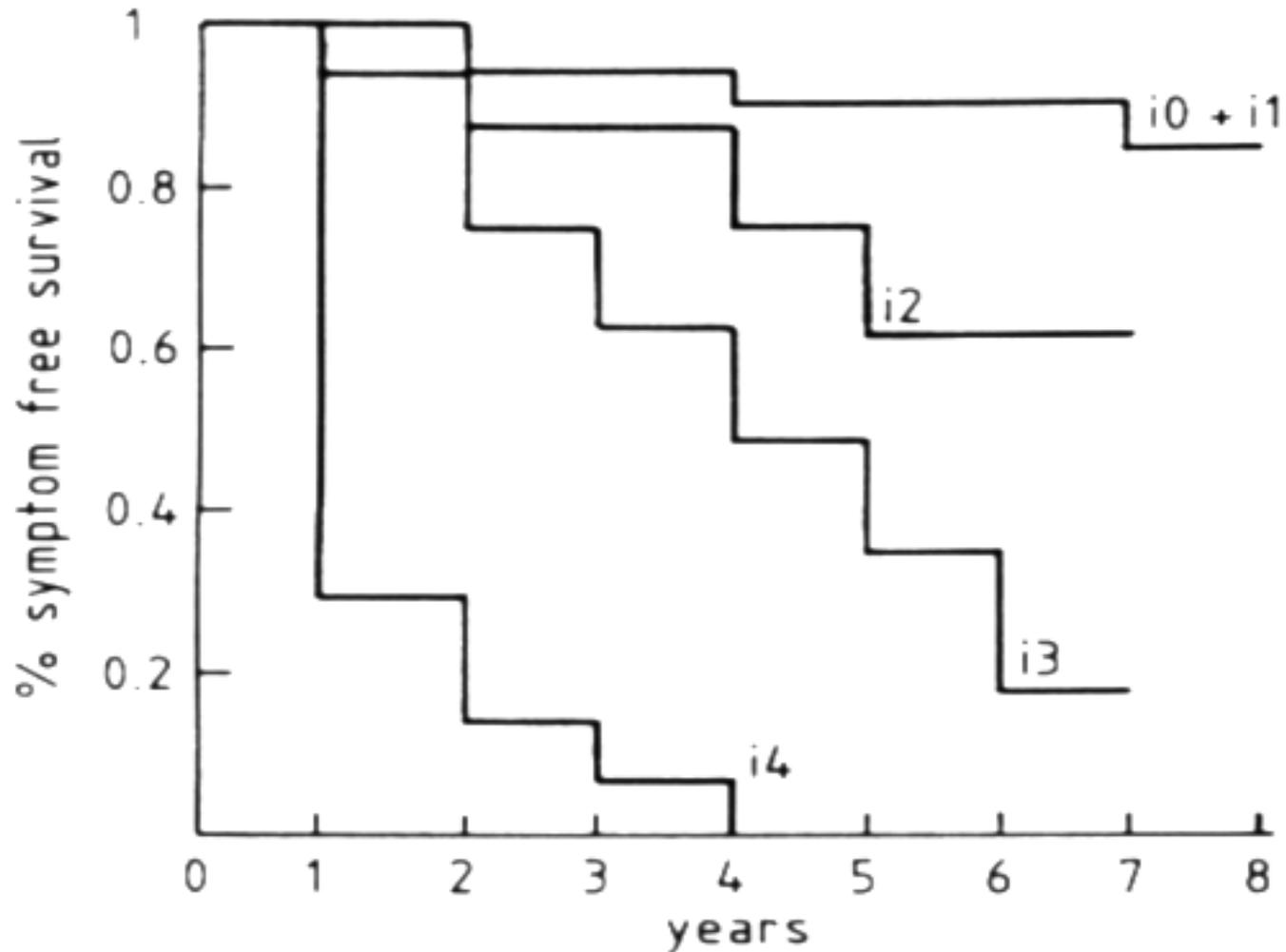
Iléite aphtoïde diffuse avec muqueuse intercalaire
inflammatoire



Stade i,4

Iléite diffuse avec ulcérations plus larges, nodules et/ou sténose

Récidive post-opératoire en fonction du stade



Stratégie thérapeutique post-opératoire

Résection iléo-colique

Risque faible et moyen

- Forme sténosante
- Résection iléale courte
- Non fumeur, 1^{ère} résection

Pas de traitement d'emblée
iléo-coloscopie à M6-M12

i0,i1

Poursuivre idem

i2-i4

AZA/6-MP

Risque élevé

- Forme pénétrante
- Résection étendue, AIR
- Tabac (femme ++), X résections, LAP ++

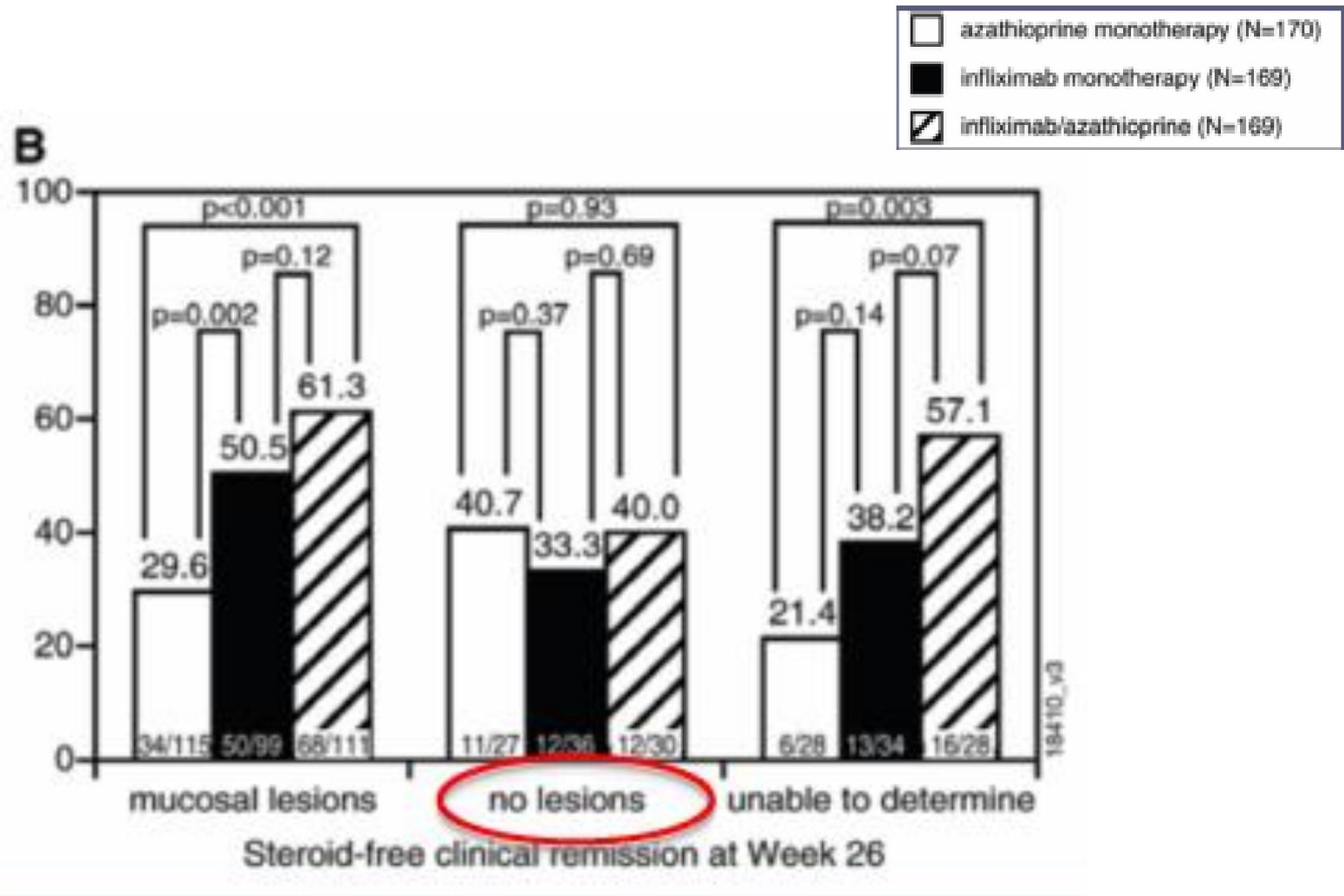
AZA/6-MP

Iléo-coloscopie à M6-M12

i3-i4

Anti-TNF

Etude SONIC



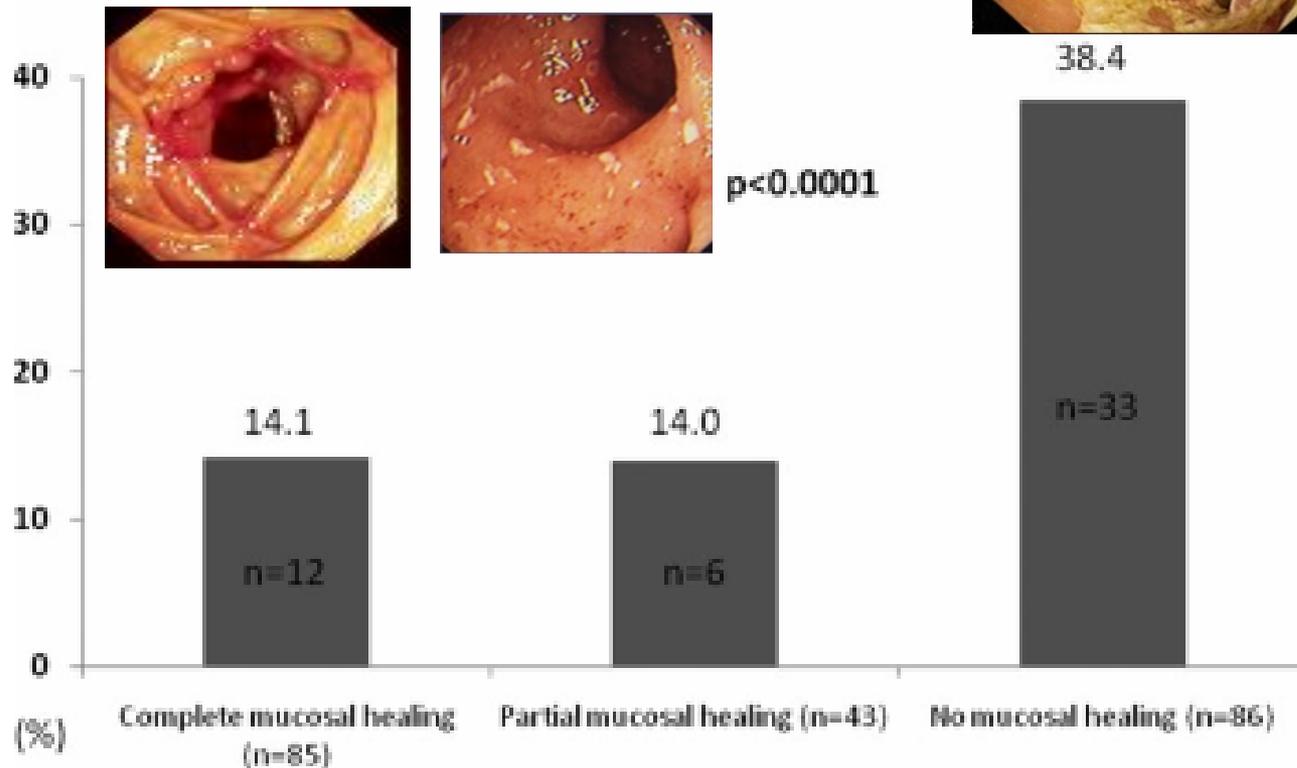
Pas de lésions endoscopiques = Pas d'optimisation du traitement

A partir de quel niveau de CME faudra t'il optimiser le traitement?

- Cohorte rétrospective de 204 Mc
- Infliximab à la demande ou en entretien
- Evaluation endoscopique (6.7mois)



Besoin de chirurgie abdominale majeure



Conclusion

- La CME est associée à une meilleure évolution de la MC: moins (de rechutes, d'hospitalisations, de recours aux corticoïdes et à la chirurgie)
- Les traitements actuels permettent de l'obtenir à des taux satisfaisants
- Les scores endoscopiques permettant dévaluer la CME sont complexes pour être appliqués par le clinicien
- La CME reste mal définie et a des limites
- Devra t'on dans le futur baser notre conduite à tenir en fonction de la CME?