

Mise à jour 2014 des recommandations ECCO sur la maladie de Crohn. Quoi de neuf?

➔ **Franck Carbonnel, Axel Dignass**

(✉) Service de Gastroentérologie, CHU de Bicêtre, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Université Paris Sud

Axel Dignass, Agaplesion Markus Hospital, Francfort, Allemagne

E-mail : fcarbonnel7@gmail.com

Objectif pédagogique

– Savoir ce qui a changé dans la prise en charge et le traitement de la maladie de Crohn entre 2009 et 2013 (recommandations européennes)

Introduction

Les premières recommandations de l'European Crohn and Colitis Organisation (ECCO) sur la maladie de Crohn (MC) ont été publiées en 2006. Une mise à jour de ces recommandations a été publiée en 2010. Une deuxième mise à jour sera publiée dans le courant de l'année 2014.

La méthode employée est à chaque fois la même. Dans un premier temps, le GuiCom d'ECCO a lancé un appel à volontaires. Puis il a sélectionné les participants. Ceux-ci ont été répartis en 6 groupes de travail qui avaient chacun un leader. Ces groupes de travail (GT) étaient les suivants :

- **GT1** : Définitions, diagnostic clinique et morphologique, incluant l'endoscopie et l'histologie, classification de la MC.
- **GT2** : Traitement médical de la MC, incluant les traitements alternatifs.
- **GT3** : Maintien de la rémission après traitement médical d'induction.
- **GT4** : Chirurgie de la MC, diagnostic, facteurs de risque et prise en charge de la récurrence postopératoire de la MC.
- **GT5** : Diagnostic et prise en charge de la MC fistulisante.
- **GT6** : Manifestations extra-intestinales de la MC.

Trente-huit auteurs de 17 pays différents ont rédigé la mise à jour 2014. Le texte et les déclarations (« statements ») ont été rédigés par les membres des WG, après recherche bibliographique. Ils ont été mis en forme et modifiés par leurs leaders. Les déclarations ont été

soumises aux votes des participants et des représentants nationaux des pays affiliés à ECCO (2 par pays) à trois reprises ; deux fois par vote électronique et une fois à main levée, lors de la réunion de Berlin, le 12 octobre 2013. À l'issue de ces votes, les déclarations ont été modifiées et amendées. Des experts extérieurs ont également participé au deuxième vote électronique. À l'issue de la réunion de Berlin, les déclarations ont été gelées, le texte a été travaillé par le Gui Com et la direction d'ECCO, pour atteindre sa forme définitive en janvier 2014.

Ce processus a débuté en mars 2013 et les principales modifications ont été communiquées au congrès d'ECCO, le 21 février 2014. Le niveau de preuve (NP) des déclarations a été classé selon la version 2011 du centre EBM d'Oxford (http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp#refs).

Dans les versions précédentes des recommandations ECCO sur la MC, les enfants et adolescents, la grossesse et la psychosomatique faisaient l'objet d'un chapitre intitulé « situations particulières ». Dans la version 2014, ils n'y figurent pas car ils font l'objet de recommandations à part entière.

Le processus est une garantie de qualité. Il permet un véritable consensus européen.

Ces recommandations sont le fruit du travail de nombreux spécialistes qui ont travaillé dur et sérieusement puis se sont mis d'accord sur des déclarations.

Dans le texte qui suit, on trouvera les principaux changements par rapport aux précédentes versions des recommandations ECCO.

1. GT1 : diagnostic et classification

1.1 Imagerie : consécration de l'échographie

- L'imagerie en coupe (IRM et scanner) et l'échographie du grêle sont complémentaires de l'endoscopie et permettent la détection de l'inflammation, des sténoses et des fistules [NP1] (Statement 2G).
- L'IRM, le scanner et l'échographie du grêle sont fiables pour le diagnostic de sténose du grêle [NP2], de complication pénétrante [NP1] et peuvent aider à différencier les sténoses à prédominance inflammatoire et fibreuse [NP5] (Statement 2H).

1.2 Imagerie : les indications de l'entéroscopie, avec ou sans fil

- La vidéo capsule endoscopique (VCE) doit être réservée aux patients qui ont une suspicion élevée de MC malgré une iléo-coloscopie négative et des examens d'imagerie normaux (transit du grêle, scanner ou IRM) [NP2].
- La VCE a une valeur prédictive négative élevée pour la MC du grêle [NP4].
- L'entéroscopie conventionnelle peut être effectuée par des endoscopistes expérimentés si un diagnostic histologique est nécessaire [EL3] ou quand un traitement endoscopique est indiqué : dilatation de sténoses, récupération de capsules impactées et hémostase endoscopique [NP4] (Statement 2I).

1.3 Marqueurs fécaux d'inflammation intestinale : intérêt pour le suivi et les ajustements thérapeutiques

- La CRP et les marqueurs fécaux d'inflammation intestinale comme la calprotectine ou la lactoferrine peuvent être utilisés pour guider le traitement, le suivi à court terme [NP2] et prédire la rechute clinique [NP2].
- La calprotectine fécale peut aider à différencier la MC du syndrome de l'intestin irritable [NP2] (Statement 4C).

2. GT2 : traitement médical

2.1 La présence d'une inflammation active, due à la MC, doit être confirmée avant d'initier ou de modifier le traitement médical (Statement 5A)

2.2. MC localisée à l'iléocæcum, moyennement active (Statement 5C)

- La MC localisée à l'iléocæcum moyennement active devrait être traitée par budésonide [NP1] ou corticoïdes systémiques [NP1].
- Une stratégie fondée sur les anti-TNF peut être utilisée comme une alternative pour les patients, réfractaires ou intolérants aux corticoïdes [NP1].
- Pour certains patients, qui ont des poussées peu fréquentes, il peut être approprié de reprendre les corticoïdes avec un immunosuppresseur [NP2].

2.3. MC localisée à l'iléocæcum, sévèrement active (Statement 5D)

- Une MC localisée à l'iléocæcum, sévèrement active, devrait être traitée initialement par les corticoïdes systémiques [NP1].
- Une stratégie fondée sur les anti-TNF est appropriée chez ceux qui rechutent [NP1].
- La chirurgie est une alternative raisonnable chez les malades réfractaires au traitement médical et devrait aussi être discutée [NP3].
- Pour certains patients, qui ont des poussées peu fréquentes, il peut être approprié de reprendre les corticoïdes avec un immunosuppresseur [NP2].

2.4. Maladie de Crohn étendue du grêle (Statement 5F)

- Les malades atteints de MC étendue du grêle devraient être traités initialement par les corticoïdes systémiques, mais l'introduction précoce des anti-TNF devrait aussi être discutée [NP5].
- Pour les malades qui ont une maladie sévère et qui rechutent, une stratégie fondée sur les anti-TNF est appropriée [NP5].

2.5. Patients avec des critères de mauvais pronostic (Statement 5G)

- Les malades qui ont des critères cliniques suggérant un mauvais pronostic paraissent les meilleurs candidats à l'introduction précoce des immunosuppresseurs.
- Les anti-TNF devraient être initiés au début de la maladie [EL2] chez les malades ayant une maladie très active et des critères de mauvais pronostic [EL3].

3. GT3 : maintien de la rémission après traitement médical d'induction

3.1. Pertinence de la cicatrisation muqueuse (Statement 6H)

- L'inflammation muqueuse devrait être évaluée même si les symptômes sont contrôlés car la cicatrisation muqueuse est corrélée à une diminution des interventions chirurgicales et des hospitalisations [NP3].

3.2. Perte de réponse et monitoring des anti-TNF (Statement 6I)

- La perte de réponse à un anti-TNF devrait être prise en charge initialement par l'optimisation de la dose [NP3].
- L'augmentation de la dose ou la diminution de l'interdose sont des stratégies équivalentes [NP4].
- Si l'optimisation de la dose est inefficace, le changement d'anti-TNF est recommandé [NP2].
- Si elle est disponible, la mesure des taux résiduels d'anti-TNF et des anticorps anti-drogues (ADA) peuvent être utilisés pour guider la stratégie d'optimisation [NP4].

4. GT4 : chirurgie

4.1. Chirurgie pour MC localisée du côlon (Statement 7G)

- Si une chirurgie est nécessaire pour une MC localisée du côlon (moins du tiers du côlon atteint), alors une résection limitée au côlon malade est préférable [EL3].

- Quand la MC atteint macroscopiquement deux segments distincts du côlon et que l'indication chirurgicale est portée, on peut discuter la réalisation de deux résections segmentaires [NP3].
- Lorsqu'il y a plus de deux localisations, une colectomie subtotala est préférable [NP3].
- La stricturoplastie du côlon n'est pas recommandée [NP3].

4.2. Anastomose iléo-anale dans la MC (Statement 7I)

- Une anastomose iléo-anale peut être discutée chez des malades hautement sélectionnés et motivés atteints de MC du côlon, à condition que l'on ait la preuve de l'absence de MC du grêle et du périnée (ni passée ni actuelle).
- Une prise en charge intensive, combinée, gérée par des gastroentérologues spécialistes des MICI, est nécessaire pour le maintien d'un fonctionnement acceptable du réservoir iléal chez ces malades [NP4].

4.3. Diagnostic de la récurrence postopératoire (Statement 8E et F)

- L'iléocoloscopie est l'examen de référence pour le diagnostic de récurrence postopératoire et permet de diagnostiquer la présence et la sévérité de la récurrence morphologique et de prédire l'évolution clinique [NP2].
- L'iléocoloscopie est recommandée dans la première année après la chirurgie, si le traitement médical peut être affecté par son résultat [NP2].
- Des méthodes diagnostiques moins invasives telles que le dosage de la calprotectine fécale, l'échographie du grêle, l'entéro-IRM et la VCE sont des outils optionnels émergents pour identifier la récurrence postopératoire.

4.4. Prévention de la récurrence postopératoire (Statements 8I, 8K)

- Un traitement préventif de la récurrence après résection iléocolique est

indiqué chez les patients ayant au moins un facteur de risque de récurrence [NP2].

- Le médicament de choix pour prévenir la récurrence postopératoire est l'azathioprine ou la 6-mercaptopurine [NP2] ou les anti-TNF [NP2].
- La mesalazine à forte dose est une option chez les patients avec une résection iléale isolée [NP2].
- Les antibiotiques de la classe des imidazoles se sont montrés efficaces après résection iléocolique mais sont moins bien tolérés [NP1].
- Un traitement préventif à long terme est recommandé [NP2].

5. GT5 : MC fistulisante

5.1. Fistule anale symptomatique simple (Statement 9G)

- Une fistule anale simple symptomatique doit être traitée.
- La mise en place d'un séton, combinée avec un traitement antibiotique (metronidazole et/ou ciprofloxacine) est la stratégie de choix [NP3].
- Les thiopurines et les anti-TNF peuvent être utilisés en deuxième ligne chez les malades ayant une fistule simple, récidivante ou réfractaire aux antibiotiques [NP4].

5.2. Fistule anale complexe (Statement 9J, 9L)

- Chez les malades ayant une fistule anale complexe, l'infliximab [NP1] ou l'adalimumab [NP2] peuvent être utilisés en première ligne après drainage chirurgical efficace, si nécessaire.
- Un traitement combiné par ciprofloxacine et anti-TNF améliore le pronostic à court terme [NP1].
- La combinaison d'anti-TNF et de thiopurines peut être discutée afin de potentialiser l'effet des anti-TNF dans la MC fistulisante [NP5].

- Les thiopurines [NP2], l'infliximab [NP1], l'adalimumab [NP2], le drainage par séton ou le traitement médical combinant drainage et traitement médical peut être utilisé en traitement d'entretien [NP3].
- Les patients réfractaires au traitement médical devraient être discutés pour une iléostomie de dérivation et, en dernier ressort, une proctectomie [NP5].

6. GT6 : manifestations extra-intestinales

Prophylaxie de la thrombose veineuse (Statement 13L)

- Un traitement prophylactique de la thrombose doit être discuté chez les malades hospitalisés ou non, ayant une MC sévère [NP4].
- Le traitement de la thrombose veineuse chez les malades atteints de MICI doit être conforme aux recommandations établies [NP1].

Conclusion

Les recommandations ECCO 2014 constituent l'état de l'art du diagnostic et de la prise en charge de la MC, vu d'Europe. Ce sont des recommandations, pas des règles. Au passage, on remarque que le verbe « pouvoir » est davantage employé que celui de « devoir », l'expression « est appropriée » est plus fréquente qu'« est nécessaire », etc. Les niveaux de preuve 3 à 5 sont plus souvent représentés que 1 à 2.

La prise en charge de la MC doit être individualisée à chaque malade. Les recommandations ECCO sont une aide à la décision. Elles seront publiées dans *Journal of Crohn's and Colitis* en 2014. Pour les adhérents d'ECCO, elles seront également disponibles sous forme d'algorithmes interactifs.