



4ème Réunion Paris – Ile-de-France :
état de l'Art en Endoscopie Digestive
2 octobre 2004, Pavillon Gabriel, Paris

PLACE DE L'ENDOSCOPIE DANS LE TRAITEMENT DES MICI

Professeur Christophe Cellier,
Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

MICI

- Traitement médical de la recto-colite hémorragique (RCH)
- Traitement médical de la maladie de Crohn (MC)
- Place de l'endoscopie au cours des MICI :
 - diagnostic
 - dépistage de cancers
 - dilatation des sténoses
 - fistules (colle)

Recto-Colite Hémorragique : RPC 2004 (1)

- **Forme distale :**
 - poussée modérée → première ligne :
 - rectite : 5-ASA en suppositoire à 1 g/j pendant 2 à 4 sem
 - colite gauche : amino-salicylé en lavement :
5-ASA à 1 g/j ou 4-ASA à 2 g/j
 - échec → deuxième ligne :
 - 5-ASA oral > 2 g/j + lavement
 - corticoïdes en local
 - association 5-ASA + corticoïde en local
 - formes réfractaires ou sévères :
 - corticoïde oral : 40 mg / 1 mg/kg pendant 2 à 7 sem
 - cortico-dépendance ou récurrences fréquentes :
 - azathioprine : 2 à 2,5 mg/kg

Recto-Colite Hémorragique : RPC 2004 (2)

- **Forme étendue :**
 - poussée modérée → première ligne :
 - méسالazine : 3 à 4 g/j pendant plus de 4 sem
 - topique si syndrome rectal
 - échec → deuxième ligne :
 - prednisolone : 40 mg/j (1 mg/kg/j sinon-répondeur à J15)
 - cortico-dépendance :
 - azathioprine : 2 à 2,5 mg/kg
 - échec ou toxicité de l'azathioprine :
 - chirurgie (AIA)
 - méthotrexate ?

Recto-Colite Hémorragique : RPC 2004 (3)

- **Forme grave** → critères de Truelove :
 - chirurgie :
 - hémorragie grave, perforation, colectasie
 - traitement médical intensif :
 - corticothérapie IV : 1 mg/kg/j pendant 7 j
 - repos digestif
 - lavement aux corticoïdes : hydrocortisone 100 mg
 - absence de réponse de J3 à J7 :
 - ciclosporine IV à 2 mg/kg/j : 80 % de rémission
 - relais par l'azathioprine
 - chirurgie en cas de non-réponse
 - infliximab non indiqué

Recto-Colite Hémorragique : RPC 2004 (4)

- **Traitement préventif des rechutes :**
 - amino-salicylés per os : salazopyrine à 2 g/j, olsalazine à 1 g/j ou mésalazine à 1 à 1,5 g/j :
 - surveillance de la clairance à la créatinine
 - formes distales : topiques amino-salicylés
 - azathioprine :
 - si échec des amino-salicylés
 - après poussée sévère (ciclosporine)
 - chirurgie :
 - colectomie totale avec AIA

Maladie de Crohn : RPC 2004 (1)

- Poussée légère : $150 < \text{CDAI} < 220$
- Poussée modérée : $220 < \text{CDAI} < 300$
- Poussée sévère : $\text{CDAI} > 300$

Maladie de Crohn : RPC 2004 (2)

- Place des 5-ASA :
 - poussées minimales à modérées : mésalazine 3 à 4 g/j
 - pas d'effet préventif après rémission par un traitement médical
 - effet préventif minime après chirurgie : 2 à 4 g/j

Maladie de Crohn : RPC 2004 (3)

- **Place des corticoïdes :**
 - prednisolone à 1 mg/kg/j :
poussées modérées à sévères :
 - décroissance 1 sem après rémission clinique
 - pas d'efficacité pour maintenir la rémission
 - budésonide à 9 mg/j : maladie de Crohn
iléo-colique droite en poussée minime ou modérée

Maintien de la rémission de la maladie de Crohn induite par le traitement médical

Groupe 1 : aucun traitement	Maladie peu évolutive sans signes d'inflammation biologique Rémission sans traitement ou mésalazine depuis plus de 2 ans
Groupe 2 : mésalazine (2 à 4 g/j ?)	Maladie limitée à l'iléon ou à l'iléo-côlon droit, non compliquée
Groupe 3 : immunosuppresseurs	Voir diapositive suivante
Groupe 4 : infiximab	Echec des immunosuppresseurs

Azathioprine/6-mercaptopurine ou méthotrexate : maintien de la rémission après traitement médical (1)

- Indications faisant l'objet d'un consensus :
 - rémission et/ou sevrage en corticoïdes obtenus avec l'azathioprine ou la 6-mercaptopurine
 - poussée cortico-résistante
 - lésions étendues sur l'intestin grêle
 - lésions ano-périnéales évolutives, sévères ou récidivantes

Azathioprine/6-mercaptopurine ou méthotrexate : maintien de la rémission après traitement médical (2)

- Indications moins bien établies :
 - rémission mais contre-indication aux corticoïdes
 - lésions étendues sur le côlon
 - traitement par infliximab
 - forme fistulisante et ne justifiant pas la chirurgie
 - récurrence symptomatique dans les 5 ans suivant une résection

Maintien de la rémission de la maladie de Crohn après résection chirurgicale

Faible risque : <ul style="list-style-type: none">• aucun traitement• coloscopie à 6 à 12 mois ?	Première résection intestinale limitée (résection du grêle de moins de 50 cm)
Risque intermédiaire : <ul style="list-style-type: none">• coloscopie à 6 à 12 mois ou• mésalazine + coloscopie ou• idem haut-risque	Au moins 2 résections intestinales en moins de 5 ans Colectomie subtotale avec anastomose iléo-rectale Lésions intestinales résiduelles
Haut-risque : <ul style="list-style-type: none">• azathioprine / 6-mercaptopurine	Grêle résiduel < 2 m ou lésions résiduelles étendues

Maladie de Crohn

- **Place de l'infliximab** (à 5 mg/kg) :
 - poussées sévères cortico-résistantes
 - formes fistulisantes
 - échec de l'Imurel[®] : entretien pendant 8 sem ou à la demande
 - contre-indications des corticoïdes
 - Imurel[®] : prévention des maladies auto-immunes

Place de l'endoscopie au cours des MICI

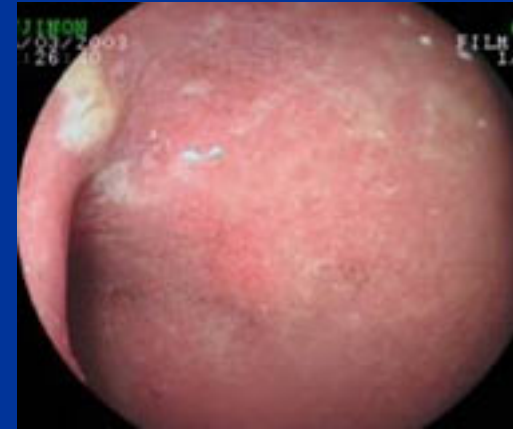
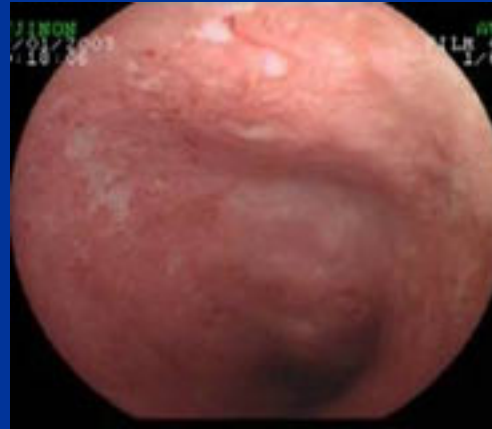
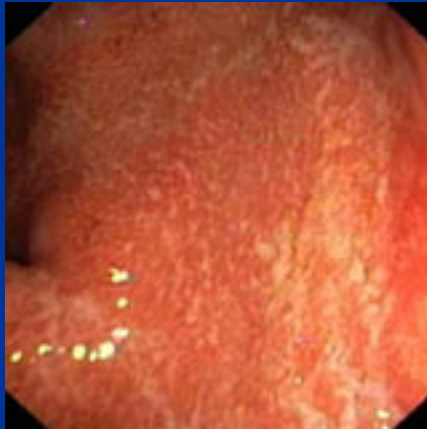
- Diagnostic
- Dépistage des lésions pré-néoplasiques
- Traitement des complications (sténoses, fistules)

Diagnostic positif

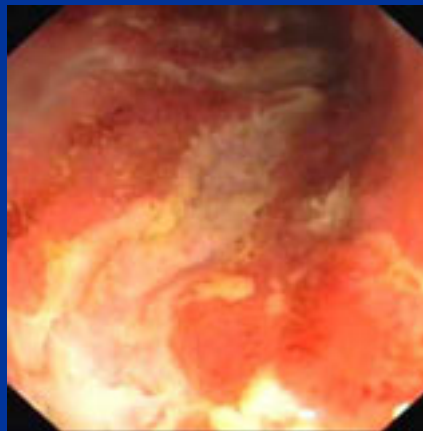
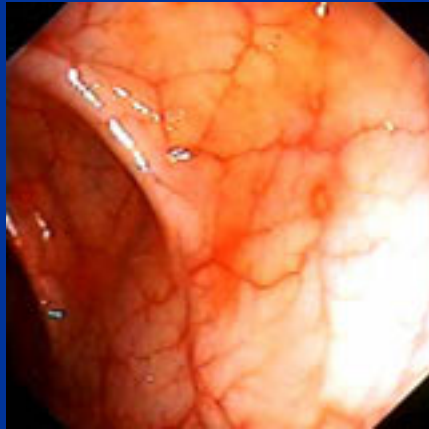
- Lésions élémentaires = non spécifiques
(colites infectieuses)
- Association et répartition sur le côlon et l'iléon ++ :
 - RCH :
 - lésions continues depuis l'anus
 - arrêt brusque, deuxième foyer appendiculaire : 16 à 56 %
 - MC :
 - atteinte segmentaire
 - atteinte iléale : faible apport,
biopsie si endoscopie négative < 10 %

*Heuschen Gastroenterology 2001; 120: 841-7.
Matsumoto Gastrointest. Endosc. 2002; 55: 180-5.*

Recto-Colite Hémorragique



Maladie de Crohn



Diagnostic des formes graves : maladie de Crohn (1)



Ulcères profonds jusqu'à la musculuse,
décollements muqueux, ulcérations en puits

Diagnostic des formes graves : maladie de Crohn (2)

- Corrélation clinique discutée
- Prédominant au niveau de l'anse sigmoïde et du côlon gauche
- Prédicatif du risque de colectomie :
 - risque relatif x 5
 - colectomie à 8 ans : si positif de 62 %, si négatif de 18 %

Diagnostic des formes graves : Recto-Colite Hémorragique (1)



Ulcères profonds et extensifs,
décollements muqueux,
ulcération en puits

Diagnostic des formes graves : Recto-Colite Hémorragique (2)

- Excellente corrélation anatomique
- Prédicatif du risque de colectomie :
 - risque relatif x 2 en présence de ces signes
 - 2 signes sur 3 positifs à 6 semaines
= prob colectomie 85 %

Surveillance endoscopique des MICI : recommandations de la SFED (1)

- Début :
 - à partir de 8-10 ans : pancolite
 - à partir de 15 ans : colite gauche
- Fréquence :
 - variable selon la durée d'évolution :
 - entre 10 et 20 ans : tous les 3 ans
 - entre 20 et 30 ans : tous les 2 ans
 - après 30 ans : tous les ans
 - modulée selon la présence de facteurs de risques :
âge de début, cholangite sclérosante, ...

Surveillance endoscopique des MICI : recommandations de la SFED (2)

- Biopsies :
 - en l'absence de poussée inflammatoire
 - systématiques : 2 à 4 tous les 10 cm
 - orientées sur les surélévations ou dépressions (DALM: dysplasie associée à des lésions ou des masses)
 - plus fréquentes à gauche
 - deuxième Anatomo-pathologiste en cas de dysplasie

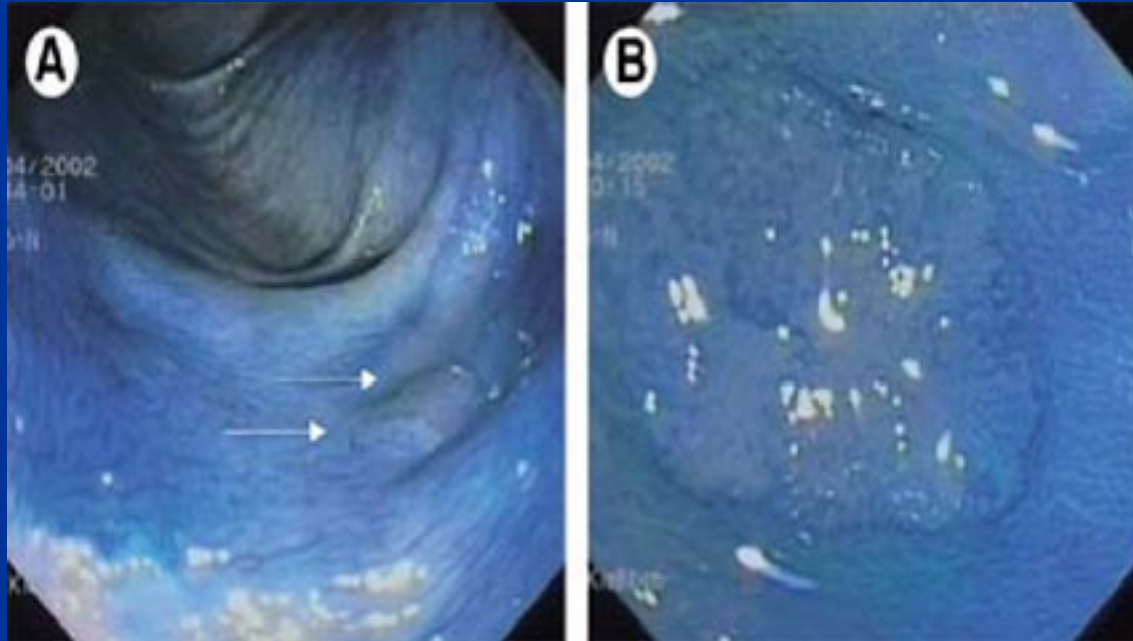
Chromo-endoscopie et Recto-Colite Hémorragique (1)

n	Coloration + (84)	Coloration - (84)	p
Dysplasie	32	10	0.003
Dysplasie en muqueuse plane	24	4	0.0007

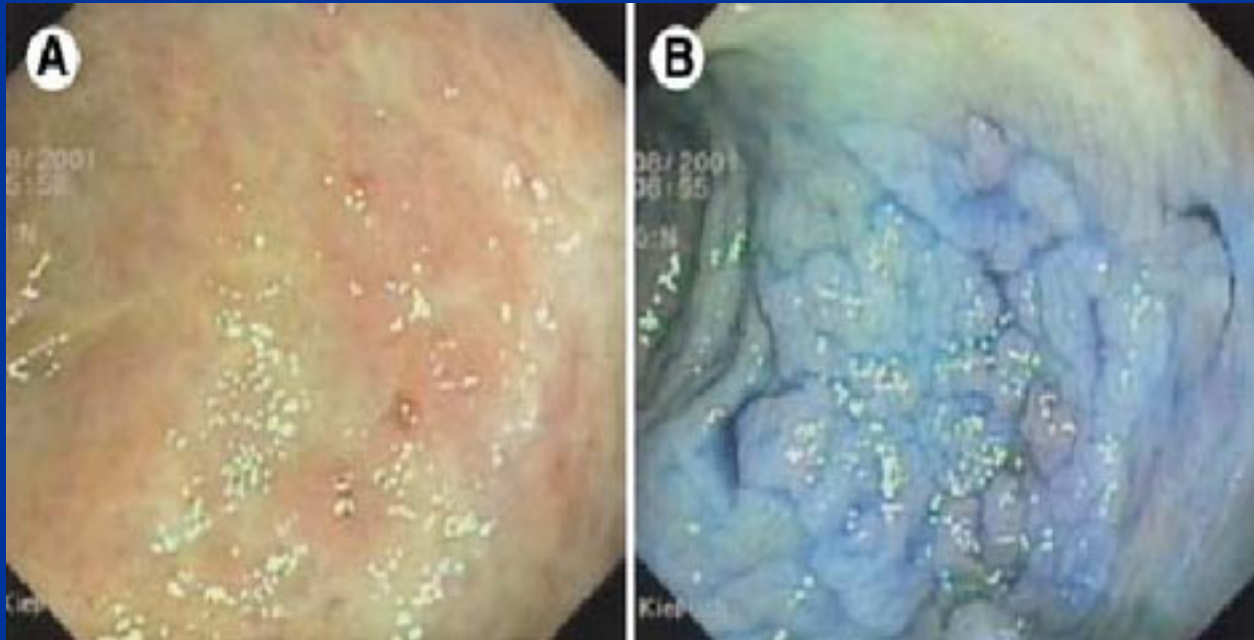
Chromo-endoscopie et Recto-Colite Hémorragique (2)

n = 100	Biopsies systématiques	Biopsies guidées par coloration	p
Biopsies systématiques	2.904	114 lésions	
Dysplasie	0	7	0.02

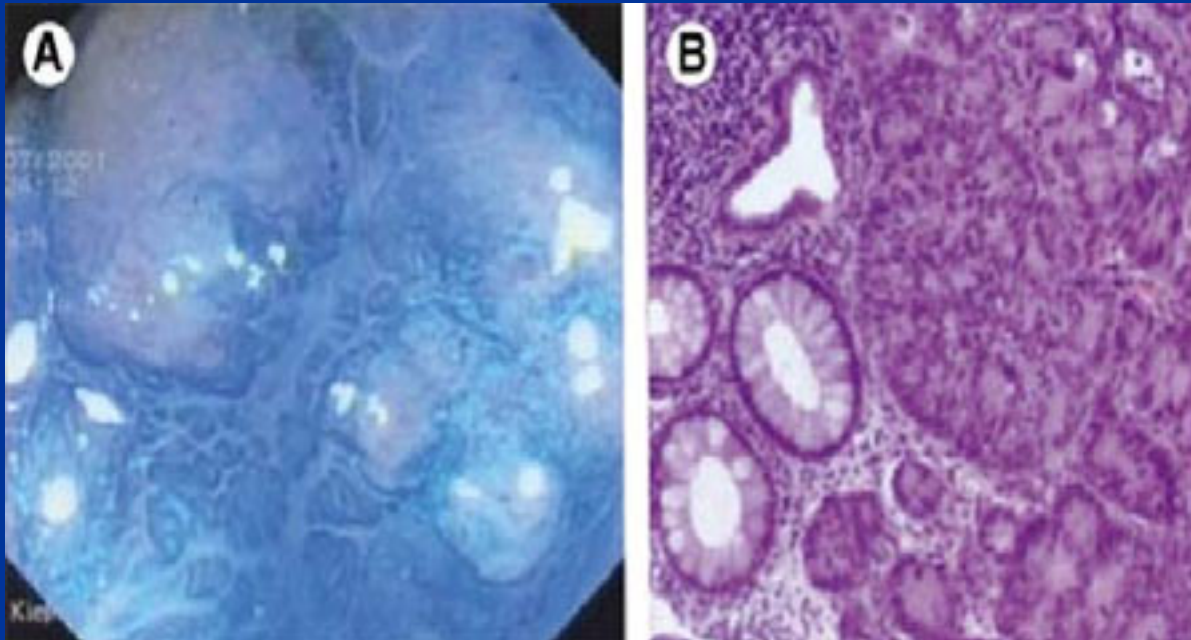
Dysplasie et Recto-Colite Hémorragique (1)



Dysplasie et Recto-Colite Hémorragique (2)



Dysplasie et Recto-Colite Hémorragique (3)



Traitement des sténoses de la maladie de Crohn

- Méthode :
 - dilatation au ballonnet
 - prothèse expansible
- Conditions préalables :
 - sténose courte < 5 cm
 - accessible à l'endoscope
 - symptomatique
 - en dehors de poussée évolutive
 - non-complicquée (abcès, fistule, occlusion)
- Efficacité : 50 %

*Blomberg Endoscopy 1991;23: 195-8 ; Breysem Gastrointest. Endosc. 1992;38: 142-7.
Dear J. Clin. Gastroenterol. 2001; 33: 315-8 ; Couckuyt Gut 1995; 35: 577-80.*



Avant



Pendant



Après

Traitement des fistules de la maladie de Crohn

- Colle biologique
- Etudes en cours (GETAID)