



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Maladie de Crohn

Mai 2008

Ce guide médecin est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2, avenue du Stade-de-France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Liste des abréviations	3
1. Introduction	4
1.1 Objectif	4
1.2 La maladie de Crohn	4
2. Bilan initial	5
2.1 Objectifs principaux	5
2.2 Professionnels impliqués.....	5
2.3 Contenu du bilan initial	6
3. Prise en charge thérapeutique	9
3.1 Objectifs	9
3.2 Professionnels impliqués.....	9
3.3 Moyens thérapeutiques	10
3.4 Stratégie thérapeutique	13
3.5 Éducation thérapeutique et mode de vie	14
3.6 Prise en charge psychologique	14
3.7 Contraception / grossesse / allaitement	15
3.8 Vaccinations	15
4. Suivi	16
4.1 Objectifs	16
4.2 Professionnels impliqués.....	16
4.3 Rythme des consultations	16
4.4 Examens complémentaires	17
5. Aspect social	18
Annexe 1. Liste des participants	19
Annexe 2. Références.....	20

Mise à jour des guides et listes ALD

Les guides médecin élaborés par la Haute Autorité de Santé sont révisés tous les trois ans.

Dans l'intervalle, la liste des actes et prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site Internet de la HAS (www.has-sante.fr).

Liste des abréviations

5-ASA	dérivés de l'acide amino-5 salicylique
6-MMP	6-méthylmercaptapurine
6-MP	6-mercaptopurine
6-TGN	thioguanines nucléotides
AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
ALAT	alanine amino transférase
ALD	affection de longue durée
AMM	autorisation de mise sur le marché
ASCA	anticorps anti- <i>Saccharomyces cerevisiae</i>
ASP	abdomen sans préparation (radiographie)
CRP	protéine C-réactive
gamma-GT	gamma-glutamyl transférase
HAD	hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IRM	imagerie par résonance magnétique
LP	libération prolongée
MICI	maladies inflammatoires chroniques intestinales
NFS	numération formule sanguine
pANCA	anticorps antineutrophiles cytoplasmiques périnucléaires
PMI	protection maternelle et infantile
RCH	rectocolite hémorragique
TNF	<i>tumor necrosis factor</i>
TPMT	thiopurine méthyltransférase

1. Introduction

1.1 Objectif

L'objectif de ce guide médecin est d'explicitier, pour les professionnels de la santé, la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD au titre de l'ALD 24, « Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives », et souffrant de maladie de Crohn.

Ce guide médecin doit servir d'outil, essentiellement au médecin généraliste, pour l'évaluation initiale du patient ayant une maladie de Crohn, la prise en charge thérapeutique de celui-ci, et son suivi.

L'objectif de ce guide est d'être un outil pragmatique auquel le médecin traitant puisse se référer pour la prise en charge de la pathologie considérée. Le contenu du guide a été discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire. Il présente la déclinaison pratique des recommandations pour la pratique clinique et/ou des conférences de consensus disponibles, secondairement complétée par des avis d'experts lorsque les données sont manquantes. L'avis des experts est en effet indispensable pour certains champs, tels que le suivi des patients, où le rythme de surveillance du patient par exemple dépend plus d'un consensus de professionnels que de données comparatives obtenues dans le cadre d'études cliniques.

Un guide médecin ALD ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques : toutes les comorbidités, les protocoles de soins hospitaliers, la prise en charge spécifique des complications, etc. Il ne revendique pas l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles ni ne se substitue à la responsabilité individuelle du médecin à l'égard de son patient.

1.2 La maladie de Crohn

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire intestinale pouvant atteindre n'importe quel segment du tube digestif et pouvant s'accompagner de manifestations extra-intestinales (articulaires, cutanées, oculaires...). C'est une maladie chronique évoluant par poussées, alternant avec des phases de rémission.

En France, la maladie de Crohn touche environ une personne sur mille. L'incidence est de l'ordre de 5 pour 100 000 habitants par an. Même si la maladie de Crohn peut survenir à tout âge – il existe notamment des cas pédiatriques –, elle est le plus souvent diagnostiquée à un âge entre 20 et 30 ans.

Il s'agit d'une maladie cryptogénétique, où différents facteurs sont retrouvés et discutés (predisposition génétique, facteurs immunologiques et environnementaux).

2. Bilan initial

Le diagnostic de maladie de Crohn repose sur un faisceau d'arguments, cliniques et paracliniques.

Le diagnostic est habituellement établi en période de poussée. Les manifestations cliniques dépendent de la localisation de la maladie : douleurs abdominales, diarrhée et/ou syndrome dysentérique, le plus souvent muco-hémorragique, atteinte de la région ano-périnéale, avec parfois signes généraux et/ou manifestations systémiques. S'y associent volontiers des anomalies biologiques (syndrome inflammatoire, carences...).

2.1 Objectifs principaux

- Confirmer le diagnostic de maladie de Crohn.
- Évaluer la sévérité de l'atteinte et la présence de complications.
- Évaluer le retentissement psychologique et les conséquences scolaires ou socioprofessionnelles.

2.2 Professionnels impliqués

Le diagnostic, l'évaluation initiale et la prise en charge du patient sont pluridisciplinaires. Le diagnostic peut être évoqué et le bilan orienté soit par le médecin traitant, soit par l'hépatogastro-entérologue. Les examens endoscopiques et radiologiques sont réalisés par l'hépatogastro-entérologue ou le radiologue.

En cas de début à type de poussée aiguë, le patient peut bénéficier d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation en service spécialisé.

Le bilan initial peut nécessiter l'intervention de plusieurs acteurs :

- Médecin généraliste, pédiatre, hépatogastro-entérologue ou interniste
- Anatomopathologiste
- Si besoin, autres spécialistes : radiologue, rhumatologue, dermatologue, ophtalmologue, chirurgien
- Infirmier, infirmier stomathérapeute*, diététicien (évaluation des ingesta)
- Assistant de service social

** L'infirmier stomathérapeute a suivi une formation diplômante donnant des compétences spécifiques pour la prise en charge des stomies (appareillage, soins locaux, éducation des patients, surveillance...).*

La prise en charge de cette maladie chronique peut justifier l'intervention d'un psychologue et/ou d'un psychiatre.

2.3 Contenu du bilan initial

L'évaluation initiale est adaptée à l'âge, aux circonstances diagnostiques et aux signes cliniques du patient, la maladie de Crohn pouvant survenir (20 % des cas) sous forme de crise sévère.

Ce guide concernant les patients en ALD, le diagnostic différentiel n'est ici pas développé. Toutefois, le diagnostic de maladie de Crohn peut être difficile et nécessiter d'écartier les autres causes d'atteintes organiques intestinales (infectieuses, ischémiques, médicamenteuses, radiques voire néoplasiques). De plus, la distinction entre maladie de Crohn colique et RCH peut être délicate. Pour toutes ces raisons, un avis spécialisé est indispensable.

2.3.1 Clinique

Les signes suivants sont diversement associés :

► Signes digestifs

- Douleurs abdominales (spasmes, syndrome d'obstruction intestinale), nausées, vomissements
- Parfois, syndrome abdominal aigu, notamment tableau d'appendicite aiguë
- Diarrhée, avec ou sans rectorragie, syndrome dysentérique
- Signes ano-périnéaux : douleurs, écoulement...

► Signes généraux

- Fatigue, amaigrissement, anorexie
- Fièvre
- Pâleur, dyspnée (anémie)
- Chez l'enfant et l'adolescent : cassure des courbes staturo-pondérales et retard pubertaire

► Autres manifestations, rarement au premier plan, parfois révélatrices

- Rhumatologiques : rhumatismes articulaires périphériques, d'évolution corrélée à la poussée, ou rhumatismes axiaux de type sacro-iliite ou spondylarthrite ankylosante, d'évolution chronique
- Dermatologiques : aphtes buccaux, érythème noueux, pyoderma gangrenosum
- Oculaires : uvéite antérieure, plus rarement épisclérite
- Hépto-biliaires : stéatose, rares cholangites sclérosantes
- Hématologiques : anémie, le plus souvent par carences (parfois associées, fer, folates, vitamine B12), ou inflammatoire, accompagnée d'une thrombocytose
- D'autres atteintes sont plus exceptionnelles : pancréatique, rénale, pulmonaire, thrombose artérielle ou veineuse profonde...

2.3.2 Paraclinique

► **Biologie**

Anémie, par carence martiale pure ou associée à une composante inflammatoire :

- NFS
- CRP
- Ferritinémie, éventuellement complétée d'une recherche de récepteur soluble de la transferrine

- Créatininémie, à la recherche d'une néphropathie
- ALAT, gamma-GT, pour une fonction hépatique initiale, avec les phosphatases alcalines en cas de suspicion d'une cholangite sclérosante

État nutritionnel et recherche de carences en vitamines et micronutriments :

- Albuminémie
- Vitamine B12 et folates sériques

- ASCA (*hors nomenclature*) et pANCA. L'étude simultanée de ces deux examens contribue à différencier la RCH d'une maladie de Crohn colique isolée
- Selon la présentation clinique, coproculture ou examen parasitologique des selles
- Recherche éventuelle de l'activité et du génotype de la TPMT avant institution d'azathioprine ou de 6-MP.

► **Examens endoscopiques**

L'iléo-coloscopie avec biopsies en zones malades et en zones saines est essentielle pour confirmer le diagnostic de maladie de Crohn. Elle permet d'évaluer l'intensité de la poussée ainsi que l'étendue des lésions.

De même, une endoscopie œso-gastro-duodénale avec biopsies étagées doit être réalisée pour rechercher une localisation haute de la maladie.

► **Autres examens paracliniques**

L'exploration de l'intestin grêle peut faire appel à :

- Une échographie abdomino-pelvienne
- Un transit baryté du grêle
- Un entéroscanner ou une entéro-IRM
- Dans certains cas difficiles, un examen par vidéocapsule et/ou une entéroscopie

L'exploration des éventuelles lésions de la région ano-périnéale, peut faire appel à :

- Une IRM ano-périnéale
- Une échoendoscopie

Pour l'appréciation des complications abdominales liés à la maladie, on peut faire appel à :

- Une échographie abdomino-pelvienne
- Un scanner abdomino-pelvien
- Une IRM intestinale et/ou pelvienne

L'ASP ne garde d'indication que dans le cadre de l'urgence.

2.3.3 Complications

2.3.3.1 Tableaux subaigus et chroniques (hors cancer)

- Obstruction intestinale (syndrome de Koenig, douleurs et vomissements chroniques) liée à la sténose inflammatoire et/ou cicatricielle d'un ou plusieurs segments intestinaux
- Fistules : entéro-entérales, entéro-cutanées, entéro-vésicales...
- Abscesses intra-abdominaux (psoas, par exemple)
- Manifestations ano-périnéales invalidantes : fissures souvent multiples, abscesses récidivants, fistules complexes...
- Dénutrition, malabsorption, anémies inflammatoires et/ou carencielles
- Manifestations extradiigestives sévères : pyoderma gangrenosum, uvéites
- Maladies associées évoluant pour leur propre compte : pelvispondylite rhumatismale, cholangite sclérosante
- Complications vasculaires : thromboses veineuses, plus rarement artérielles
- Chez l'enfant et l'adolescent, retard de croissance, retard pubertaire

2.3.3.2 Tableaux aigus (moins fréquents)

- Occlusion, le plus souvent liée à la sténose inflammatoire et/ou cicatricielle d'un segment intestinal
- Péritonite localisée (abscesses, plastron) ou généralisée, par perforation
- Appendicite aiguë
- Hémorragies digestives, parfois sévères
- Abscesses de la région ano-périnéale

Ces complications sont des **urgences thérapeutiques** : le patient doit être adressé en service hospitalier, si possible spécialisé.

Le contexte d'urgence peut imposer des gestes chirurgicaux : drainage d'abcès, traitement des occlusions, des péritonites...).

2.3.3.3 Les cancers

Au cours de la maladie de Crohn colique étendue (atteinte colique au-delà du sigmoïde) existe un sur-risque de transformation néoplasique (dysplasie de bas puis de haut grade, puis cancer) apparaissant sept à dix ans après le diagnostic, ou d'emblée en cas de cholangite associée. La détection de ces lésions par coloscopie (avec chromoendoscopie) doit être proposée au patient selon un rythme recommandé par le spécialiste (cf. 4. Suivi).

Dans les atteintes très anciennes de l'intestin grêle existe un sur-risque d'adénocarcinome de l'intestin grêle, développé au sein des lésions inflammatoires (de diagnostic difficile, donc souvent tardif). Les patients atteints de cholangite sclérosante ont un risque accru de cholangiocarcinome.

3. Prise en charge thérapeutique

Il n'existe pas de traitement médical curatif de la maladie de Crohn, mais les traitements actuels obtiennent de plus en plus souvent, de façon suspensive, un contrôle durable de la maladie et une qualité de vie satisfaisante.

3.1 Objectifs

- Traiter les poussées et prévenir les rechutes.
- Prévenir, détecter et traiter précocement les complications de l'histoire naturelle de la maladie et des traitements.
- Assurer la prise en charge psychologique.
- Veiller à maintenir un état nutritionnel correct et, chez l'enfant, permettre une croissance satisfaisante.
- Contribuer à l'éducation du patient et le cas échéant de ses proches
- Améliorer la qualité de vie.

3.2 Professionnels impliqués

Outre les professionnels de la santé décrits dans l'évaluation initiale, peuvent intervenir diététicien, kinésithérapeute, médecin tabacologue,

médecin de PMI, médecin scolaire et médecin du travail ; selon les cas, structure d'HAD, organismes prestataires de services...

3.3 Moyens thérapeutiques

3.3.1 Traitements pharmacologiques

Pour des raisons de simplicité, les guides médecin citent généralement les classes thérapeutiques sans détailler l'ensemble des médicaments indiqués dans la pathologie concernée.

Cependant, chaque médicament n'est concerné que dans le cadre précis de son autorisation de mise sur le marché (AMM). Si pour des raisons explicites tel n'est pas le cas, et plus généralement pour toute prescription d'un produit hors AMM, qui s'effectue sous la seule responsabilité du prescripteur, celui-ci doit en informer spécifiquement le patient.

► 5-ASA par voie orale et/ou rectale

- Mésalazine, 1 à 4 g/jour, en traitement des poussées et de prévention des rechutes d'intensité faible à modérée
- Sulfasalazine, 2 à 6 g/jour (voie orale et atteinte colique uniquement)

► Corticothérapie par voie orale

Prednisone et prednisolone par voie orale sont des traitements adaptés aux poussées d'intensité moyenne à sévère. La posologie habituelle est de 1 mg/kg/jour. Chez l'enfant, la posologie actuellement utilisée est de 1 à 2 mg/kg/jour (maximum 60 mg/jour).

Une fois la rémission obtenue, la décroissance des corticoïdes doit être progressive. On recommande une diminution de la posologie quotidienne par paliers de 7 jours, initialement de 10 mg jusqu'à demi-dose, puis de 5 mg jusqu'à un arrêt complet (paliers plus courts proposés chez l'enfant compte tenu du retentissement sur la croissance, voire prescription alternée un jour sur deux).

À l'arrêt d'une corticothérapie prolongée, le risque d'insuffisance surrénalienne doit être pris en compte. On peut proposer un test au Synacthène[®] au moment de l'arrêt, suivi en cas d'anomalie d'un traitement substitutif transitoire par hydrocortisone.

Le traitement par budésonide (9 mg/jour initialement, puis doses dégressives) est adapté aux formes iléo-coliques droites.

► Antibiotiques

Il n'y a pas d'indication à un traitement antibiotique dans les maladies de Crohn non compliquées.

En cas d'aggravation soudaine ou de suspicion d'une infection intestinale surajoutée, un avis spécialisé est recommandé. En cas de nécessité, un traitement antibiotique « présomptif » par quinolone pendant 3 à 5 jours doit être institué après un prélèvement pour coproculture.

L'antibiothérapie fait partie du traitement des abcès dans la maladie de Crohn. Les lésions suppuratives chroniques ano-périnéales peuvent nécessiter l'utilisation parfois prolongée d'une antibiothérapie (métronidazole, quinolone).

L'apparition d'une diarrhée alors que le patient est sous antibiothérapie doit faire suspecter et rechercher une colite à *Clostridium difficile*, par une coproculture comprenant une recherche de toxine de *Clostridium difficile*. Le traitement associe quinolone et métronidazole 1 g/jour pendant 10 jours.

► Traitement de la carence martiale

L'anémie par carence martiale, associée ou non à une composante inflammatoire, nécessite un traitement de suppléance par fer sous forme orale. Une hospitalisation peut être nécessaire lorsque la voie intraveineuse est justifiée (en cas de carence majeure ou mal supportée et/ou d'intolérance au fer *per os*).

► Immunomodulateurs

Les immunomodulateurs peuvent être prescrits pour les maladies de Crohn résistantes, dans un contexte spécialisé, notamment pour le traitement d'attaque et de fond des formes sévères et fistulisées, abcès exclus. Les plus souvent utilisés sont :

- Azathioprine
- 6-MP (hors AMM)
- Méthotrexate (hors AMM)
- Anti-TNF :
 - infliximab
 - adalimumab

Parmi les anti-TNF, seul l'infliximab a l'indication pédiatrique.

La prise en charge spécifique de ces traitements (interactions médicamenteuses, complications infectieuses, hématologiques, hépatiques...) doit se faire en partenariat entre le médecin traitant et le spécialiste.

3.3.2 Autres traitements

► **Chirurgie**

Le traitement chirurgical électif est réservé le plus souvent aux malades résistants au traitement médical bien conduit. Il s'agit alors habituellement de gestes d'exérèse des lésions inflammatoires, gestes qui doivent être limités (logique d'épargne intestinale dans le cadre d'une maladie récidivante). La diversité des lésions rend compte de la variété des interventions chirurgicales qui peuvent être réalisées. Le recours aux stomies (provisoires le plus souvent) n'est pas rare. Les suites opératoires sont souvent délicates du fait de la maladie elle-même, de l'état nutritionnel et des traitements utilisés (corticothérapie, immunomodulateurs...).

Le contexte d'urgence peut imposer des gestes chirurgicaux : drainage d'abcès, traitement des occlusions, des péritonites...

Enfin, en cas de cancer, la chirurgie prend sa place dans le cadre de la stratégie thérapeutique pluridisciplinaire (cf. *Plan cancer*).

► **Traitements nutritionnels**

L'alimentation entérale à débit continu et la nutrition parentérale exclusive ont une efficacité démontrée dans le traitement des poussées et peuvent participer à la correction d'une dénutrition.

Chez l'adulte, la place de ces traitements nutritionnels par rapport aux autres approches thérapeutiques se discute au cas par cas, essentiellement en milieu spécialisé.

Chez l'enfant, le recours à la nutrition entérale, exclusive ou de complément, est plus fréquent, compte tenu des besoins spécifiques de la croissance et des effets délétères de la corticothérapie sur celle-ci. De ce fait, la nutrition entérale à domicile est assez répandue.

Chez l'adulte comme chez l'enfant, les traitements nutritionnels sont particulièrement utiles en remplacement ou en appoint de la corticothérapie lorsque celle-ci est insuffisamment efficace ou délétère.

Chez les patients dont la dénutrition ne peut être corrigée par l'alimentation naturelle, le recours à des compléments nutritionnels oraux peut être nécessaire.

► **Alimentation**

Les problèmes de malabsorption concernent une minorité de patients, lorsque la localisation de la maladie est iléale, et plus particulièrement en cas de résections intestinales. Dans la plupart des cas de pratique courante, il n'y a pas de conséquence pour l'administration et l'absorption des médicaments.

L'alimentation n'influe pas sur le cours de la maladie. Il n'est donc pas nécessaire d'imposer un régime particulier : l'alimentation doit rester équilibrée.

Lors des poussées marquées, un régime d'épargne intestinale (apports restreints en fruits et légumes) peut être prescrit transitoirement. Un régime sans résidu strict n'est pas justifié.

L'intervention d'un diététicien pourra être sollicitée pour s'assurer de la bonne couverture des besoins nutritionnels.

► **Traitements symptomatiques**

Il peut être nécessaire d'utiliser des antalgiques de palier 1 ou 2 à l'exception des AINS non salicylés, des antispasmodiques, de la cholestyramine, des antidiarrhéiques (lopéramide).

► **Stomie**

Dans le contexte d'une stomie, l'utilisation de pâtes protectrices peut être justifiée.

3.4 Stratégie thérapeutique

Les modalités du traitement (choix initial, principales modifications) de la maladie et de ses complications (cf. 2.3.3. Complications) sont définies par le spécialiste, parfois dans un cadre pluridisciplinaire (hépatogastro-entérologue, chirurgien digestif, rhumatologue...).

3.4.1 Traitement de la poussée

Selon la localisation des lésions et la sévérité des symptômes, le traitement d'une poussée se fera par les 5-ASA, les corticoïdes, les traitements nutritionnels, voire les anti-TNF.

3.4.2 Traitement préventif de la rechute

La plupart des malades tirent un bénéfice d'un traitement d'entretien continu et prolongé. Ce traitement est destiné à diminuer la fréquence des rechutes et à limiter la tendance naturelle de progression des lésions (perforation, sténose...).

On utilise actuellement en première intention les immunomodulateurs : azathioprine ou 6-MP, et en cas d'échec ou d'intolérance à ces produits, le méthotrexate et/ou les anti-TNF.

Le médecin traitant joue un rôle important dans l'adhésion au traitement et sa bonne tolérance (cf. 4. Suivi).

3.5 Éducation thérapeutique et mode de vie

L'information sur la maladie et les traitements est développée à chaque visite en favorisant l'autonomisation du patient et en insistant sur l'observance.

Elle est réalisée par tous les professionnels de la santé, en premier lieu par le médecin traitant ; elle relève parfois de temps de soins spécialement dédiés (stomathérapie).

Un soin particulier doit être apporté à informer les patients que, sauf exceptions, leur maladie est compatible avec une existence normale ou proche de la normale (scolarité, activité physique, vie sexuelle et familiale, choix du métier, loisirs). Le médecin traitant doit notamment déceler les fausses idées et les peurs alimentaires du patient qui ne sont pas justifiées.

► Modification du mode de vie

La consommation régulière de tabac, même minime, a un rôle clairement aggravant sur l'évolution de la maladie. L'arrêt du tabac fait donc partie intégrante du traitement de la maladie.

Chez certains patients, en fonction de leur dépendance et de la présence d'un état anxio-dépressif, une aide au sevrage tabagique peut être proposée :

- En première intention chez les patients dépendants : substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur)
- En deuxième intention : aide médicamenteuse au sevrage tabagique (bupropion LP, varénicline)
- Une prise en charge spécialisée est recommandée chez les personnes fortement dépendantes, ou souffrant de coaddictions multiples, ou présentant un terrain anxio-dépressif

Il existe des associations de malades spécifiquement dédiées aux MICI ou aux stomies. Il serait souhaitable que le médecin traitant informe le patient de leur existence et lui propose de les contacter.

3.6 Prise en charge psychologique

La prise en charge médicale de tout patient atteint d'une maladie de Crohn doit prendre en compte le retentissement psychologique de la maladie. L'intervention d'un psychologue est une décision qui relève du patient, conseillée par le médecin traitant ou le spécialiste.

3.7 Contraception / grossesse / allaitement

Tous les moyens de contraception sont utilisables au cours de la maladie de Crohn. La fertilité des femmes est globalement normale.

Les grossesses se déroulent le plus souvent normalement lorsqu'elles débutent en dehors d'une phase d'activité de la maladie. La compatibilité de la grossesse et de l'allaitement avec la poursuite des traitements médicamenteux doit faire l'objet d'un conseil spécialisé (hépatogastro-entérologue, obstétricien, pédiatre).

En cas de lésions périnéales sévères chroniques, les modalités de l'accouchement (césarienne plutôt qu'accouchement par voie basse) doivent être discutées entre l'obstétricien, le chirurgien digestif et l'hépatogastro-entérologue.

3.8 Vaccinations

- Les vaccinations doivent être effectuées normalement, à l'exception des vaccins vivants atténués, qui sont contre-indiqués en cas de prise d'un immunomodulateur.

4. Suivi

L'évolution sous traitement est évaluée grâce aux données cliniques, biologiques et endoscopiques (rectoscopie ou coloscopie). L'évolution de la maladie de Crohn est le plus souvent caractérisée par des poussées successives entrecoupées de phases de rémission plus ou moins complètes. Elle est généralement imprévisible, mais la prise d'AINS non salicylés et certaines infections intestinales peuvent déclencher une poussée. La maladie peut rester localisée ou s'étendre au fil du temps.

Pour 10 % des patients, le diagnostic entre maladie de Crohn et RCH n'est pas établi. Par ailleurs, certains patients ont eu un diagnostic ancien de maladie de Crohn ou de RCH parfois erroné. C'est pourquoi le médecin traitant doit rester vigilant au moment des poussées chez ces patients, celles-ci pouvant permettre d'affirmer ou de préciser le type exact de MICI.

4.1 Objectifs

- Prévenir et diagnostiquer une poussée, une aggravation ou une complication.
- Surveiller l'efficacité, la tolérance et l'observance des traitements prescrits.
- Poursuivre l'éducation thérapeutique du patient et le cas échéant des proches.
- S'assurer périodiquement que tous les aspects de la prise en charge ont été bien considérés.

4.2 Professionnels impliqués

- Les professionnels impliqués sont ceux cités dans le chapitre 2.2. Professionnels impliqués.
- D'autres acteurs peuvent intervenir : médecin scolaire, médecin du travail, médecin de PMI, diététicien, assistant de service social...

L'ensemble de ces intervenants peut fonctionner en réseau.

4.3 Rythme des consultations

- Le rythme de consultation doit être au minimum semestriel dès lors qu'un traitement spécifique est prescrit. Dans le cas général, un avis annuel du spécialiste est conseillé.
- La survenue d'une fièvre sous corticoïde ou immunomodulateur nécessite une consultation rapide, en sachant que le risque de tuberculose et d'infections opportunistes est à prendre particulièrement en compte sous anti-TNF.

4.4 Recherche de complications

Celles-ci sont décrites au chapitre 2.3.3 Complications.

4.5 Examens complémentaires

Les examens complémentaires de surveillance sont :

- Recherche annuelle d'une carence en fer et, selon la localisation et les antécédents chirurgicaux éventuels, en folates et vitamine B12.
- Traitement par aminosalicylé : créatininémie et clairance estimée semestrielles.
- Traitement par corticoïde : glycémie à jeun à une semaine, ostéodensitométrie si plus de 3 mois cumulés de traitement à plus de 7,5 mg/jour de prednisone, examen ophtalmologique si plus de 6 mois cumulés de traitement (cataracte, glaucome).
- Traitement par azathioprine ou 6-MP : éventuellement activité et génotype de la TPMT avant institution du traitement ; NFS et plaquettes hebdomadaires les 2 premiers mois, mensuelles les 4 mois suivants, puis trimestrielles, ALAT, gamma-GT trimestrielles. Le dosage des métabolites (6-TGN, 6-MMP) peut être utile pour évaluer l'efficacité et/ou la toxicité du traitement.
- Traitement par méthotrexate : NFS, plaquettes, ALAT et gamma-GT hebdomadaire les 2 premiers mois, mensuelles les 4 mois suivants, puis trimestrielles, créatininémie semestrielle.
- Présence d'une iléostomie : ionogramme sanguin, urée, créatinémie pour évaluer les éventuelles pertes hydro-électrolytiques excessives.
- La dysplasie précancéreuse doit être détectée par des coloscopies avec coloration (chromoendoscopie) et des biopsies selon un rythme recommandé par le spécialiste. La détection endoscopique des lésions néoplasiques coliques est organisée par le spécialiste.
- Le recours à l'endoscopie (endoscopie digestive haute, coloscopie) et aux autres techniques d'imagerie peut être justifié en cas de poussée pour juger de l'étendue et de la sévérité des lésions.

5. Aspect social

La plupart du temps, la maladie de Crohn n'empêche pas de poursuivre une scolarité et une vie professionnelle normales, et aucun métier n'est contre-indiqué lorsqu'on a cette maladie. Mais il arrive parfois que les études et le travail soient perturbés par les poussées de la maladie. Il est possible alors de faire appel à la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées). Sa mission est d'informer, d'orienter, d'évaluer les besoins et si nécessaire d'ouvrir droit à des aides et prestations individualisées. Une assistante sociale peut aider à faire les démarches. Le médecin du travail et le médecin scolaire sont également des acteurs importants dans ces moments-là.

Les malades atteints de la maladie de Crohn peuvent rencontrer des difficultés à se faire assurer, notamment pour les prêts immobiliers. Les associations de malades sont un recours utile pour informer et orienter les malades vers des solutions d'assurance adaptées.

Annexe 1. Liste des participants

Ce travail a été coordonné par le Dr Stéphane Beuzon, Chef de projet au service Affections de longue durée et accords conventionnels, et réalisé avec les participants suivants :

- D^r Marc ANDRE, interniste, Clermont-Ferrand
- P^r Laurent BEAUGERIE, hépato-gastro-entérologue, Paris
- P^r Stéphane BERDAH, chirurgien, Marseille
- M. Jacques BERNARD, Association François Aupetit
- D^r Rémi BON MARDION, chirurgien, Marseille
- Mme Anne BUISSON, Association François Aupetit
- D^r Sébastien DUCOURANT, médecin-conseil RSI
- Mme Christelle DURANCE, Fédération des stomisés de France
- D^r Aïda JOLIVET, médecin-conseil CNAMTS
- P^r Marc LEMANN, hépato-gastro-entérologue, Paris
- D^r Alain MORALI, pédiatre, Vandœuvre-lès-Nancy
- D^r Gilbert TUCAT, hépato-gastro-entérologue, Paris

Par ailleurs, le guide a été relu par des représentants des sociétés savantes : Société française de dermatologie, Société française de radiologie, Société française de pathologie, Fédération française de psychiatrie.

Annexe 2. Références

European Crohn's and Colitis Organisation, Stange EF, Travis SP, Vermeire S, Beglinger C, Kupcinkas L, *et al.* European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *Gut* 2006;55(Suppl 1):i1-15.

European Crohn's and Colitis Organisation, Travis SP, Stange EF, Lémann M, Öresland T, Chowers Y, *et al.* European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management. *Gut* 2006 ;55(Suppl 1):i16-i35.

European Crohn's and Colitis Organisation, Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, Moser G, Munkholm P, *et al.* European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. *Gut* 2006;55 (Suppl 1):i36-58.

HAS

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr