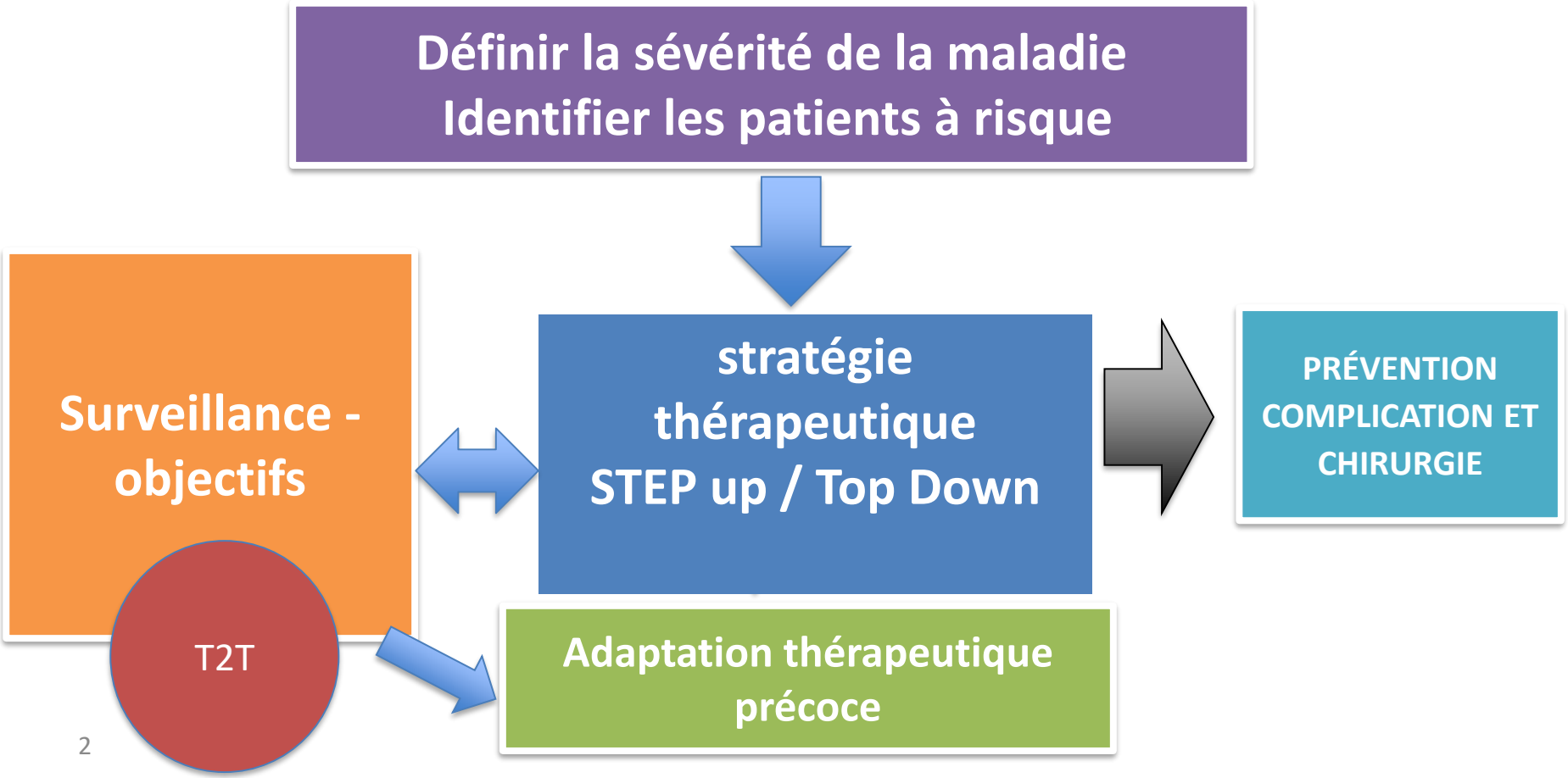
Comment définir la sévérité d'une MICI ?

Dr Patrick Faure,
Clinique Pasteur, Toulouse


Définir la sévérité de la maladie
Identifier les patients à risque
Surveillance - objectifs
T2T
stratégie thérapeutique
STEP up / Top Down
PRÉVENTION COMPLICATION ET CHIRURGIE
Adaptation thérapeutique précoce

Sévérité d'une MICI

C'est un concept imprécis et incertain

- Regroupe plusieurs critères :
  - **Activité :**Intensité des manifestations
  - **Fréquence** des poussées
  - **Progression** de la maladie
  - **Facteurs péjoratifs** d'évolution de la maladie
  - **Sensibilité au traitement**

Sévérité de la maladie

Activité de la maladie

Clinique
Biologique

Scores cliniques
HBI/ CDAI/MAYO
Hb, crp, albumine
Calprotectine fécale

Endoscopique

Scores endoscopiques
CDEIS / SES CD
MAYO /UCEIS

Imagerie

IRM
ECHO
TDM si complications
VCE

Activité de la maladie MC

CDAI/ Harvey Bradshaw

Légère	Modérée	Sévère
CDAI :150 – 220 - ambulatoire, alimentation normale, amaigrissement < 10 % -aucun signe d'obstruction, de fièvre, de déshydratation, ou de masse abdominale -- CRP parfois augmentée au delà de la limite normale supérieure	CDAI : 220 – 450 -vomissements intermittents ou amaigrissement > 10 % - traitement pour maladie légère inefficace ou présence d'une masse douloureuse; pas d'obstruction avérée - CRP augmentée au delà de la limite normale supérieure	CDAI > 450 - cachexie avec IMC < 18 ou présence d'obstruction intestinale ou d'abcès - persistance des symptômes malgré tt. - augmentation de la CRP

van Assche G et al, JCC 2010

Activité et sévérité de la RCH

Minime	**≤4 selles /jour ± sanglantes** En l'absence de signe systémique de toxicité.
Modérée	**>4 selles /j** Minimes signes systémiques de toxicité.
Sévère	**> 6 selles glairosanglantes/j** **+ au moins un signe systémique de gravité** **(fièvre >37,8°, tachycardie ≥90 bpm, anémie < 10 g/dl ou VS > 30** et albuminémie ≤ 35g/l)**
Grave	**>10 selles/j, saignement continu, signes de gravité, Distension abdominale, nécessité de transfusions, Colectasie**

- **Les rectites sont exclues de ce classement +++**

LA CRP avec un seuil de 45 mg/l est actuellement proposé pour remplacer la VS
ACG, American College of Gastroenterology

Kornbluth A, Sachar D. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1371–85

Satsangui J et al. Gut 2006;55:749-53

Définition de la CAG : critères de Truelove et Witts

Activité	Minime	Sévère
Nb de selles	≤ 5	> 5
Rectorragies	Traces	Importantes
Température (° C)	< 37,5	≥ 37,5
Pulsations (/')	< 90	≥ 90
VS (mm 1^{e}h)	< 30	≥ 30
Hb (g/dL)	> 10	≤ 10

Critères d'Oxford modifiés
2 critères + Albuminémie < 35 g/l *

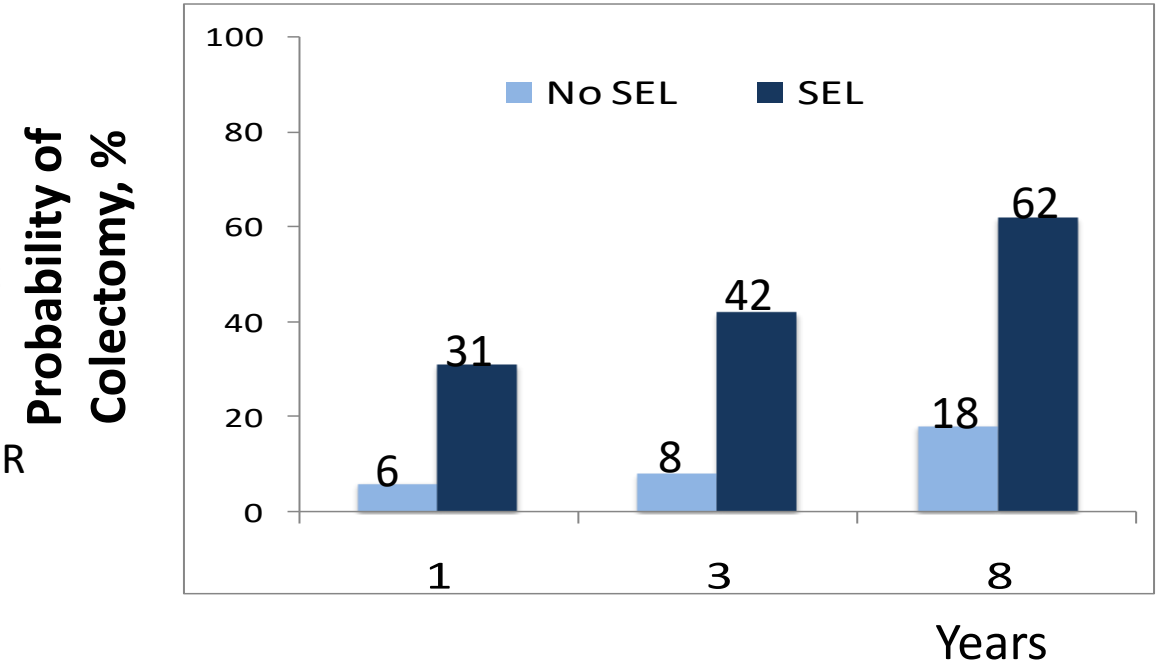
Recommandation ECCO : grade D

Truelove & Witts. BMJ 1955
Harbord et al . J Crohns Colitis 2017

Activité endoscopique de la maladie

Endoscopic Severity Predicts Risk for Colectomy

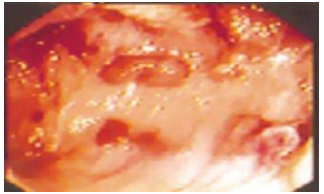
- Retrospective cohort
- 102 Patients with active CD followed for 52 months (median)
- 37 underwent colectomy
- **SEL defined as deep ulcerations > 10% of mucosal area with at least one colonic segment**
- Risk of colectomy associated with SELs (RR 5.43), high disease acticity (CDAI>288, RR 2.21), absence of immunosuppressive therapy (RR 2.44).

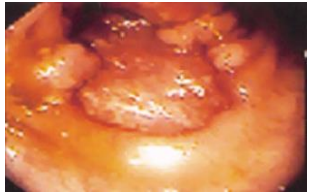


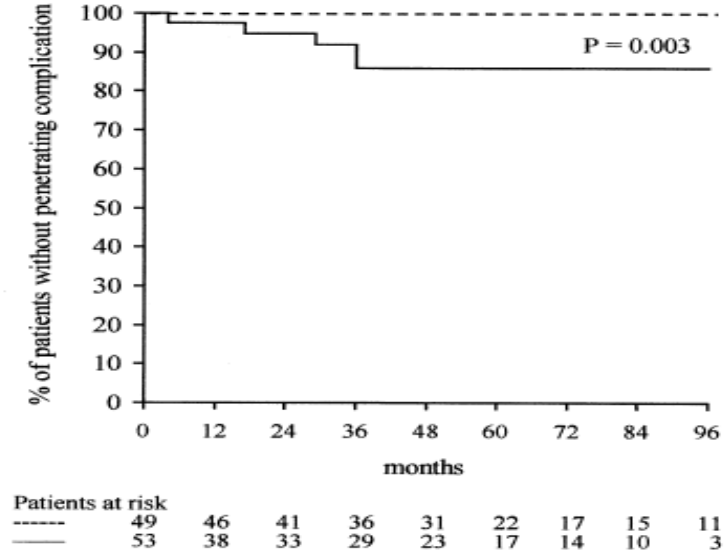
Allez M, et al. *Am J Gastro*. 2002;97:947-953.

Activité endoscopique de la maladie

Les patients avec un score endoscopique sévère ont une augmentation du risque de complications pénétrantes.







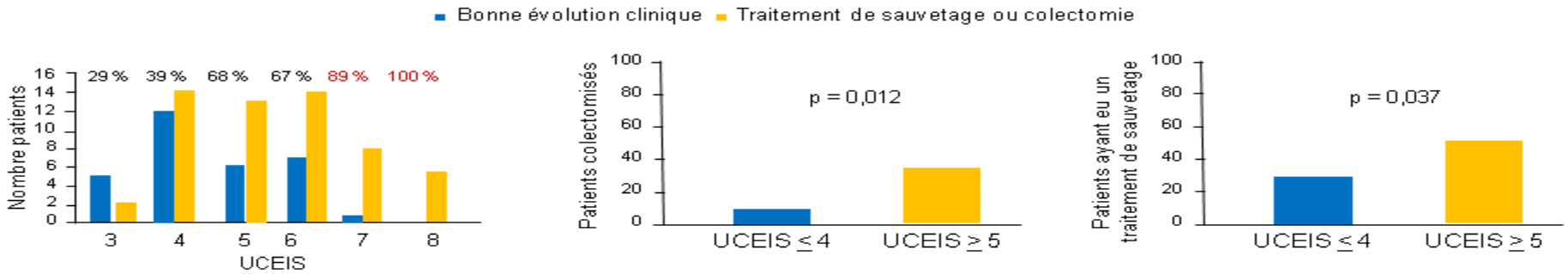
Allez M et al. Am J Gastroenterol 2002;97:947-53

Score UCEIS et évolution clinique des colites aigües graves

- **Rationnel :** absence de données sur la corrélation entre ce score et l'évolution des patients présentant une colite aiguë grave (CAG)

- **Méthode :** 89 patients avec CAG inclus
  - 36 ont eu un traitement de sauvetage (infliximab ou ciclosporine), 10 ont été colectomisés
  - 53 n'ont pas eu de traitement de sauvetage, 11 ont été colectomisés

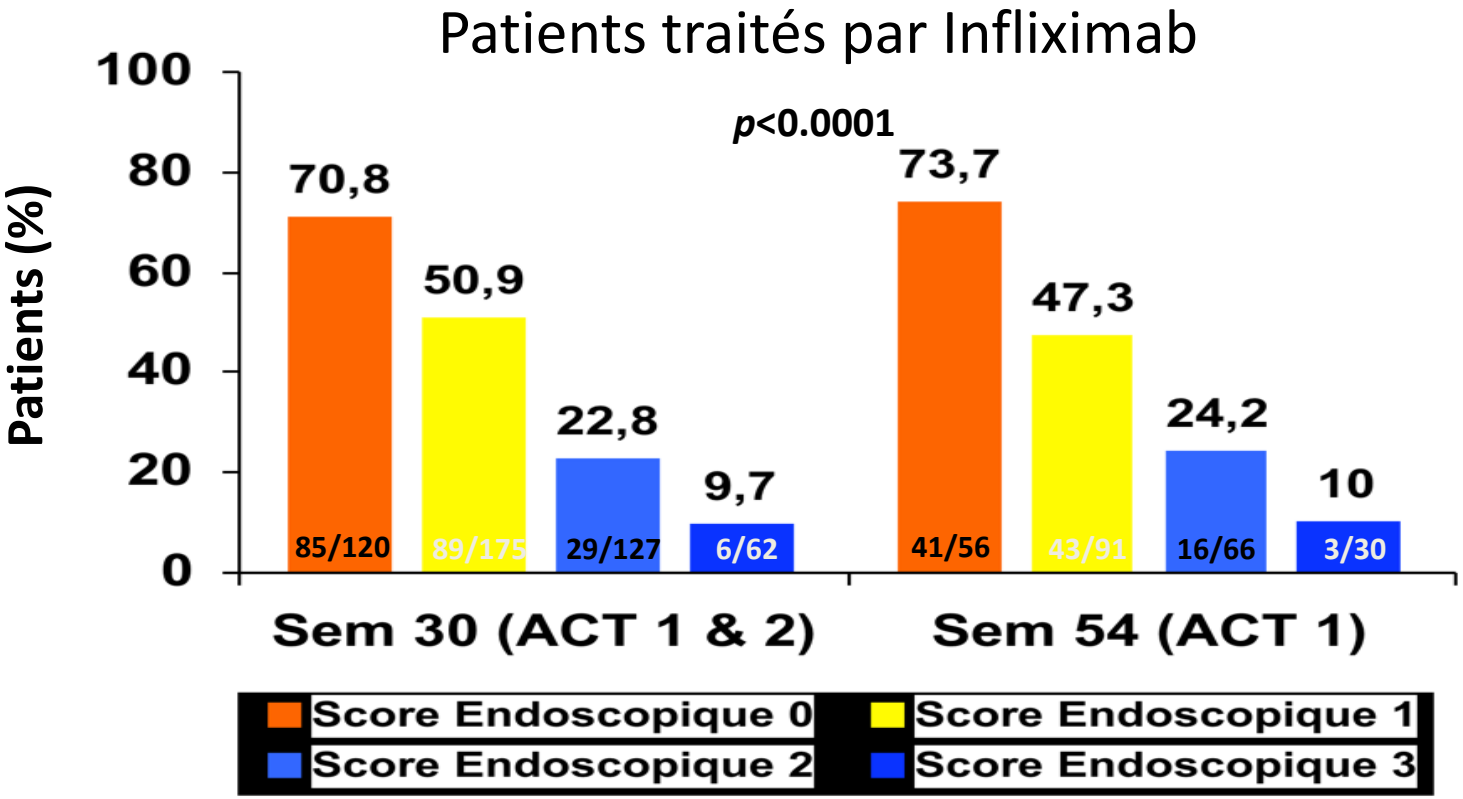
Patients présentant un traitement de sauvetage ou une colectomie (%)



➔ **En cas de CAG, un score UCEIS élevé est associé à une moins bonne évolution**

DDW 2013 - D'après Corte C.J. et al., CO554

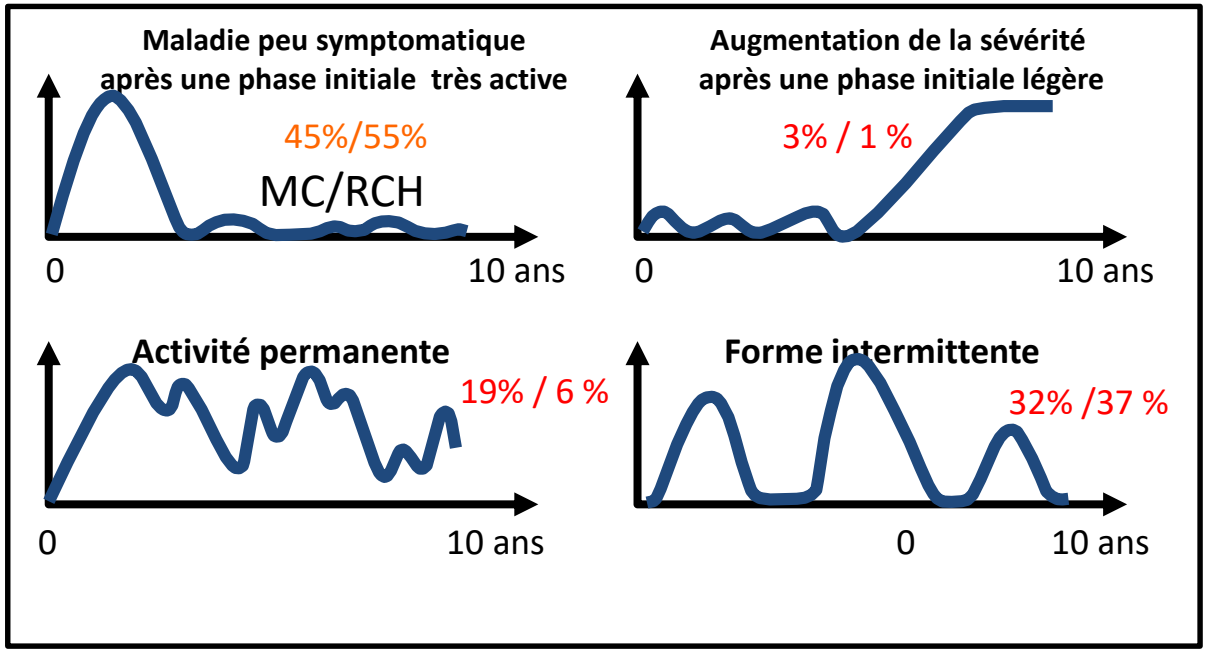
Rémission à la semaine 30 et 54 en fonction du sous score endoscopique de Mayo à la semaine 8



Colombel JF et al, Gastroenterology 2011

Fréquences des poussées

Cohorte IBSEN: 843 patients MICI (dont 379 RCH) recrutés entre 1990-1994. Suivi prospectif à 1, 5 et 10 ans après le diagnostic

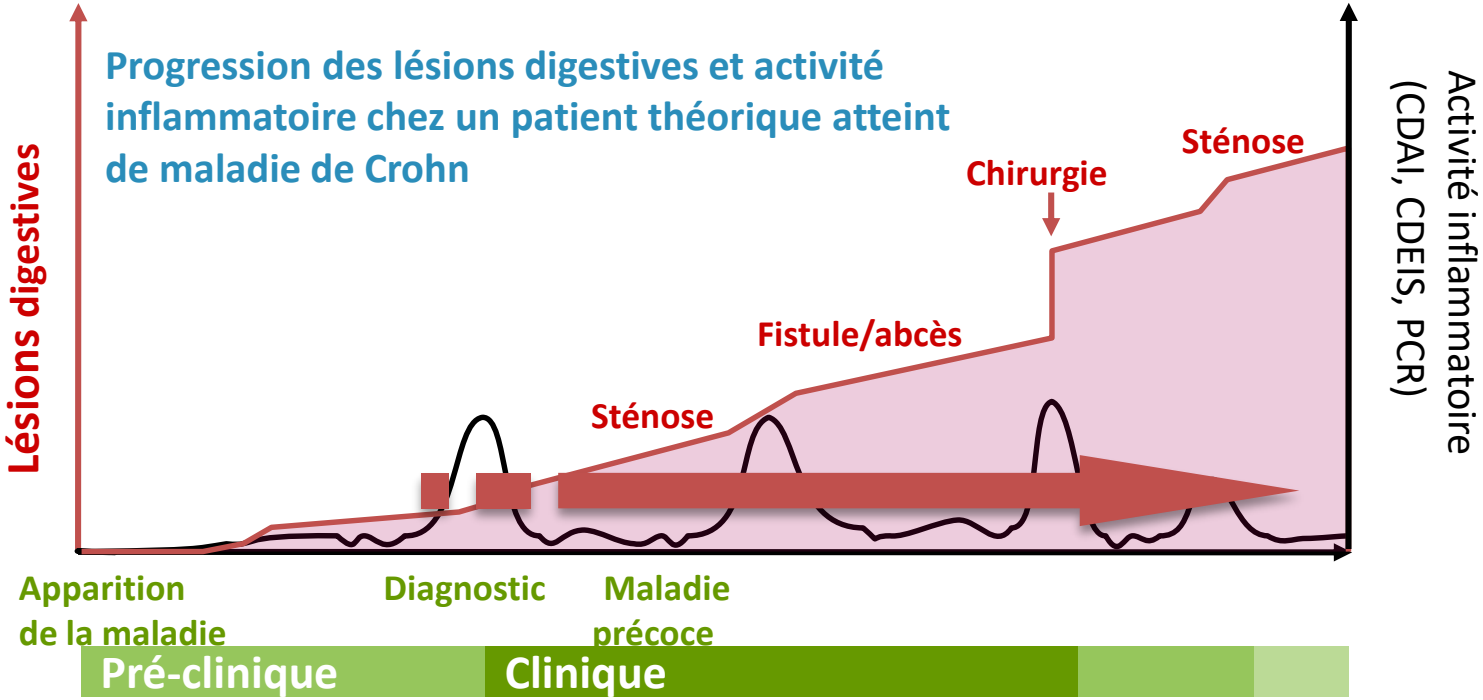


Facteurs de risques de rechute:

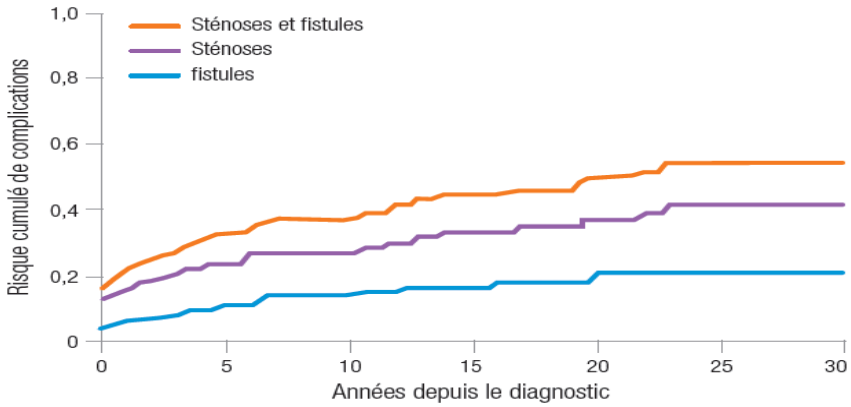
-Âge jeune
-Fréquence des poussées antérieures
-Manifestations extradigestives
-Absence de cicatrisation muqueuse
-Non observance au traitement d'entretien

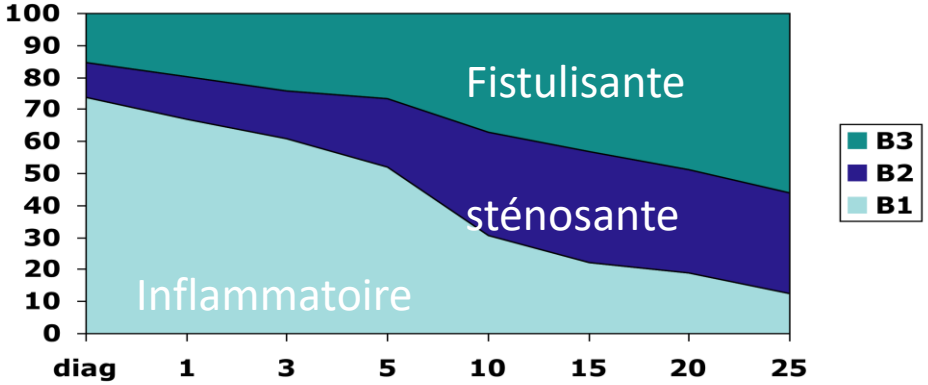
Solberg et al. Scand J Gastroenterol 2009;44:431-40
Su et al. Gastroenterology 2007; 2007; 132:516-26
Riley et al. Gut 2007; 1990; 31:179-83

Progression de la maladie de Crohn



Progression : Histoire naturelle MC





Etude en population : cohorte américaine diagnostiquée avec une maladie de Crohn entre 1970-2004 (n = 306).

Forme purement inflammatoire au diagnostic chez 80 % des patients

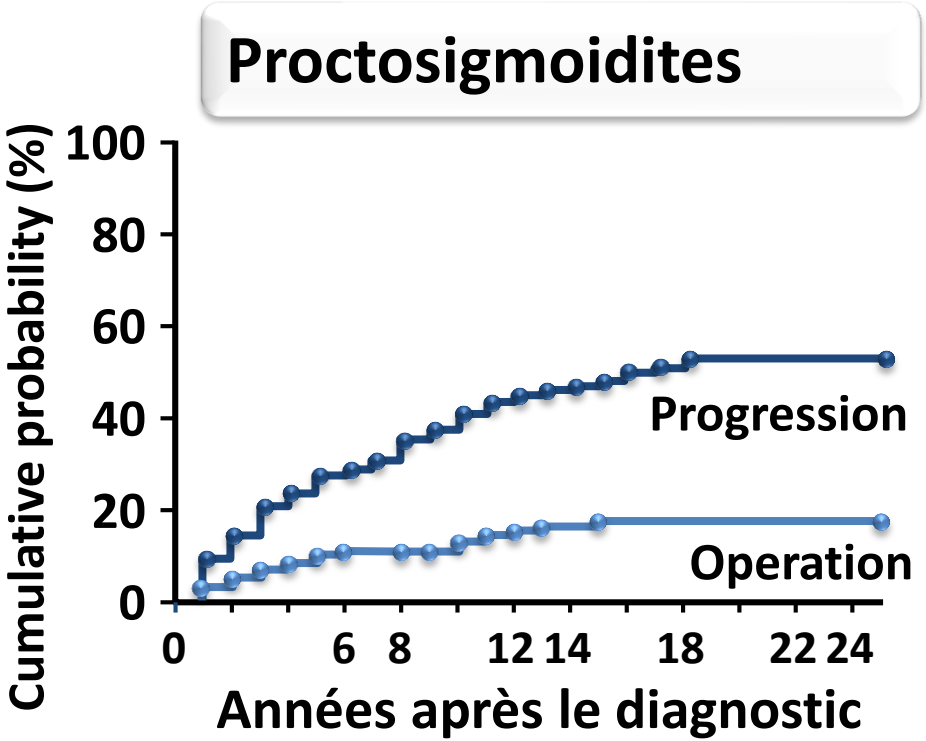
> 50% développent des complications à 10 ans

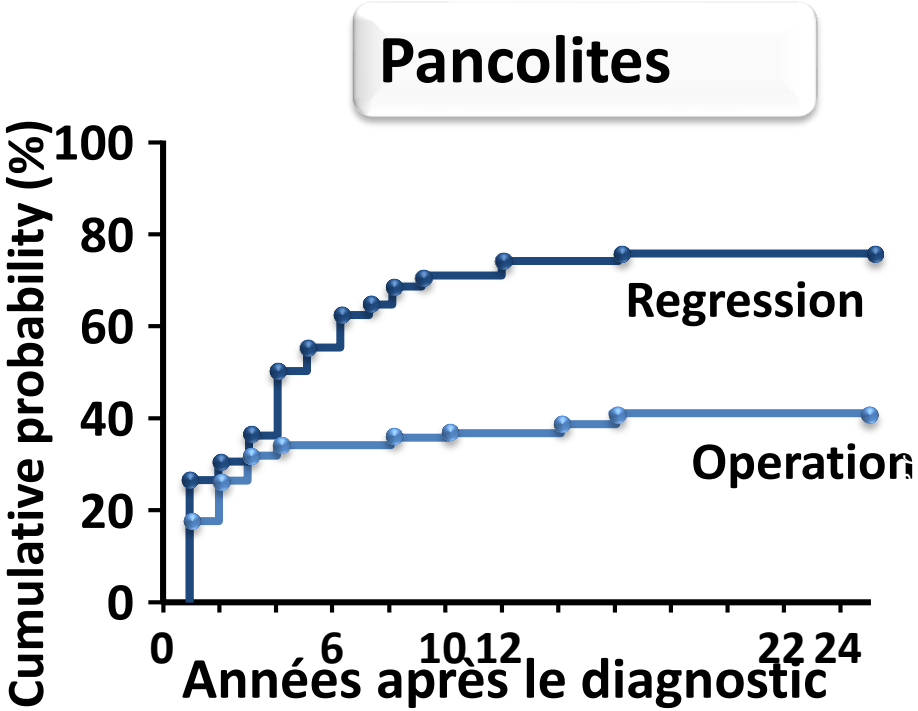
Thia KT *et al*. Gastroenterol 2010

Louis E et al. Gut 2001

Extension et evolution au cours du temps des RCH

Cohorte de 1161 patients au Danemark (1962–87)





Langholz E *et al. Scand J Gastroenterol* 1996;31:260–6

Facteurs prédictifs

Facteurs de mauvais pronostiques en pratique dans la MC

Cas simples justifiant une attitude d'emblée « agressive »

- Atteinte étendue du grêle et du côlon(pancolique)
- Atteinte multifocale ;
- Atteinte du tube digestif supérieur ;
- Maladie de Crohn périnéale complexe ; atteinte rectale
- Maladie de Crohn compliquée d'emblée : sténose, fistules, abcès
- Ulcérations profondes du colon
- Cortico-résistance
- Tabagisme
- Age jeune < 40 ans

Beaugerie et al, Gastroenterology 2006
Henriksen et al, Am J Gastroenterol 2007
Solberg et al, Clin GastroenterolHepatol 2007
Allez M, Am J Gastroenterol 2002

Facteurs prédictifs d'évolution péjorative dans la RCH

- Age jeune <30 ans, pancolite, ulcération creusante, CSP, pANCA,
- Absence de cicatrisation muqueuse après tt d'induction, cortico-résistance

Modèle prédictif de recours à la colectomie d'après la cohorte IBSEN

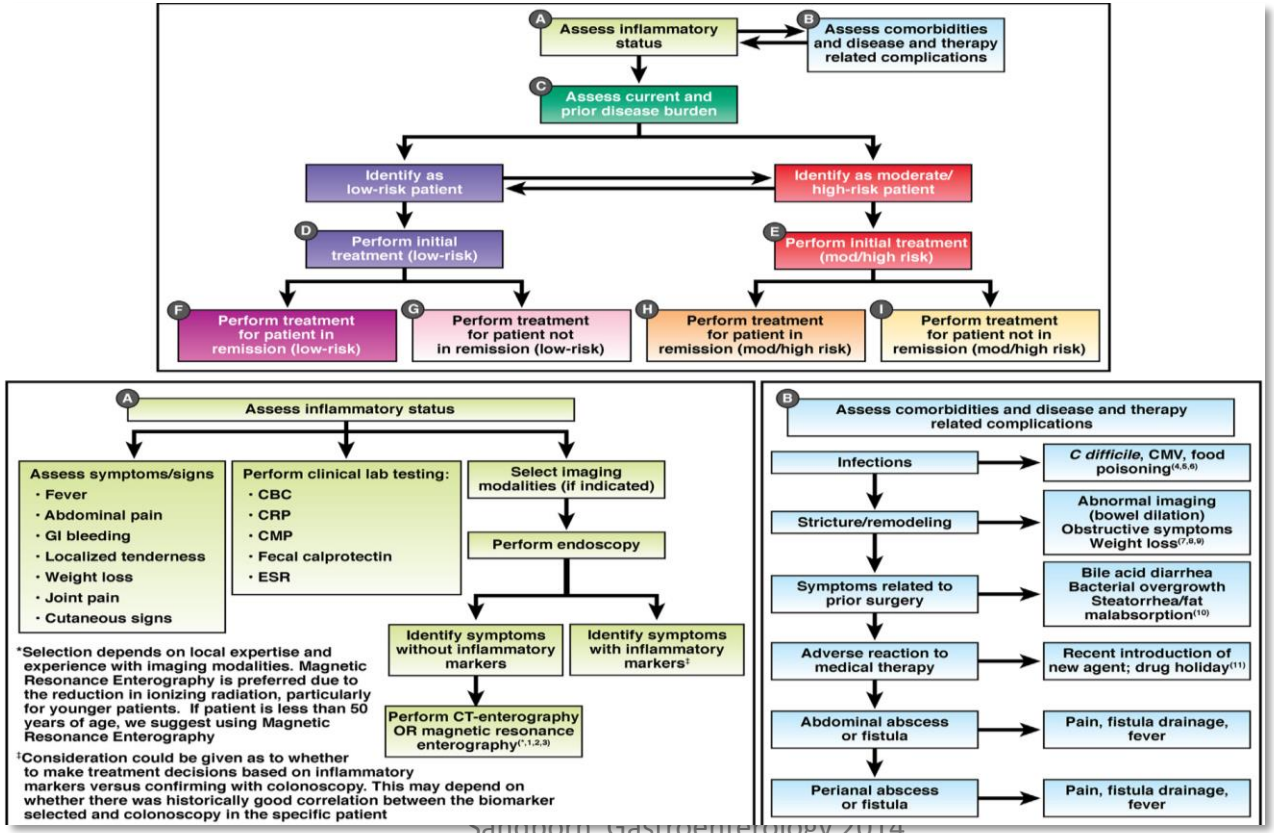
		VS ou CRP			
		< 30	≥ 30		
Age au diagnostic	< 40 ans	8,4% IC95% [5,9%-10,9%]	40,1 % IC95% [35,6%-44,5%]	Oui	Corticostéroïdes systémiques au diagnostic
	≥ 40 ans	2,6% IC95% [1,0%-4,1%]	16,5% IC95% [13,1 à 19,8%]	Non	
		Rectite colite du côlon gauche	Colite extensive		
		Extension de la pathologie au diagnostic			

Prédictions correctes dans 90,3 % des cas

Risque de colectomie x 15 en cas d'âge jeune au diagnostic, de pancolite, de VS > 30 et de corticothérapie d'emblée

Zallot et al Dig Dis, 2012 ; YarurAj et al Gastroenterol hepatol 2011
Solberg IC et al Scand Gastroenterol 2015

Identification, évaluation et traitement initial dans la maladie de Crohn



Sandborn. Gastroenterology 2014.

Algorithme : W Sandborn, JCC 2014

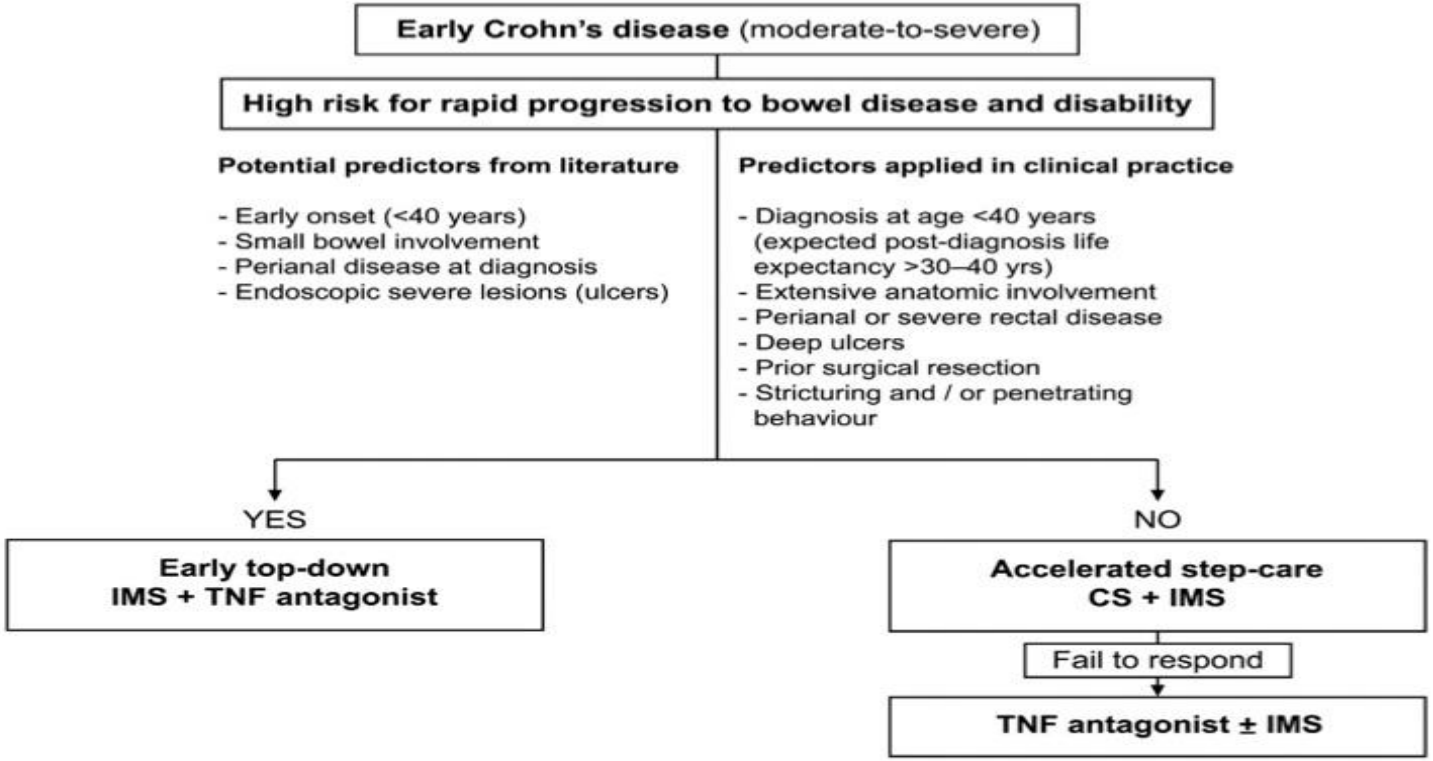


Figure 2 Proposed algorithm for treatment of early Crohn's disease (disease duration < 2 years and no previous use of immunomodulators or TNF antagonists). In this algorithm, patients with high risk for rapid progression to bowel damage and disability should be treated with front-line combined immunosuppression with immunosuppressants (IMS) and a tumour necrosis factor (TNF) antagonist.
Figure adapted and reproduced from Ordás et al,[66] *with permission from BMJ Publishing Group. ©2011.*

Points forts

- Les score cliniques existants associés aux outils biologiques et morphologiques sont nécessaires pour évaluer l'activité d'une poussée de MICI.
- L'identification des critères d'évolution péjorative au diagnostic est indispensable pour définir la sévérité d'une MICI.
- Les patients présentant une maladie active avec des facteurs de risques d'évolution péjorative doivent bénéficier d'une stratégie thérapeutique maximale d'emblée