



JFHOD
WWW.JFHOD.COM

18/21 MARS 2021
Palais des Congrès de Paris

PAYS INVITÉ : *Belgique*

La prévention



Iléite de découverte fortuite: quelle prise en charge ?

Catherine Reenaers

PU-PH

Service de gastroentérologie, Université de Liège, CHU Sart-Tilman,
Belgique

DECLARATION OF INTEREST

- L'orateur n'a pas déclaré ses éventuels liens d'intérêts sur le site des JFHOD.

Liens d'intérêt

Abbvie, Merck-MSD, Janssen, Takeda, Ferring,
Pfizer, Thermo-Fisher

Objectifs pédagogiques

- *Connaître les causes d'iléite*
- *Connaître les arguments permettant d'évoquer une maladie de Crohn et quelles explorations envisager ?*
- *Connaître la prise en charge thérapeutique et la surveillance*
- *Connaître le pronostic à long terme d'une maladie de Crohn iléale de découverte fortuite*

Comment définir endoscopiquement une iléite?

Sémiologie endoscopique pauvre, plusieurs types de lésions

Lésions muqueuses sans défaut

Érythème
(avec ou sans signe hémorragique sous-muqueux)

Oedème

Lésion nodulaire

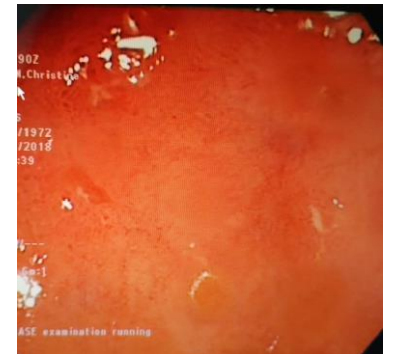
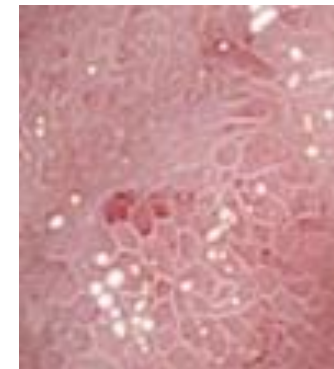
Plaie

Défects

Erosion

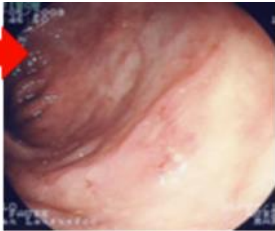
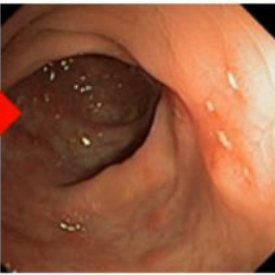
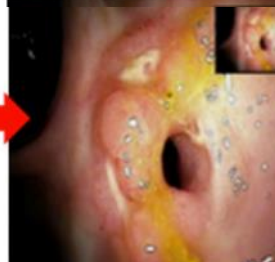
Ulcération aphtoïde

Ulcération



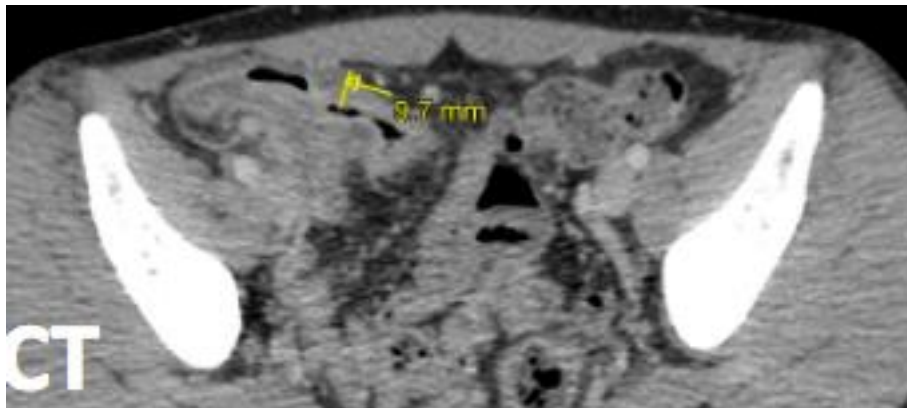
Comment définir endoscopiquement une iléite?

- Scores endoscopiques inadéquats pour l'iléite (CDEIS, SES CD, ..)
- Excellente valeur descriptive et pronostique du **score de Rutgeerts** mais situation post-opératoire
- Valeur pronostique péjorative **d'ulcères creusants** coliques (↑ risque chirurgical)

Stade i1	≤ à 5 ulcérations <u>aphtoides</u>	
Stade i2	> à 5 ulcérations <u>aphtoides</u> avec muqueuse intercalaire saine Ou ulcérations plus larges confinées à l'anastomose (<1 cm de long)	
Stade i3	Iléite <u>aphtoïde</u> diffuse avec muqueuse intercalaire inflammatoire	
Stade i4	Iléite diffuse avec : - Ulcérations larges ou - Nodules ou - Sténose	

Casus 1

- Homme de 45 ans se présente aux urgences
- Douleurs abdominales depuis 72h
- Selles plus molles 4X par jour
- Episodes fébriles
- Biologie: CRP 20 mg / l
- Scanner abdominal: iléite



Iléite aiguë

DÉFINITION DE L'ILÉITE AIGUË

- **Clinique**

- douleur de la fosse iliaque droite
- +/-hyperthermie
- +/-diarrhées

- **Aiguë**

- < 7 jours

- **Imagerie**

- Epaissement et prise de contraste de l'iléon terminal

Iléite aiguë aux urgences

Etude espagnole: prévalence de l'iléite terminale radiologique ou endoscopique chez patients symptomatiques se présentant aux urgences: 33 / 100.000

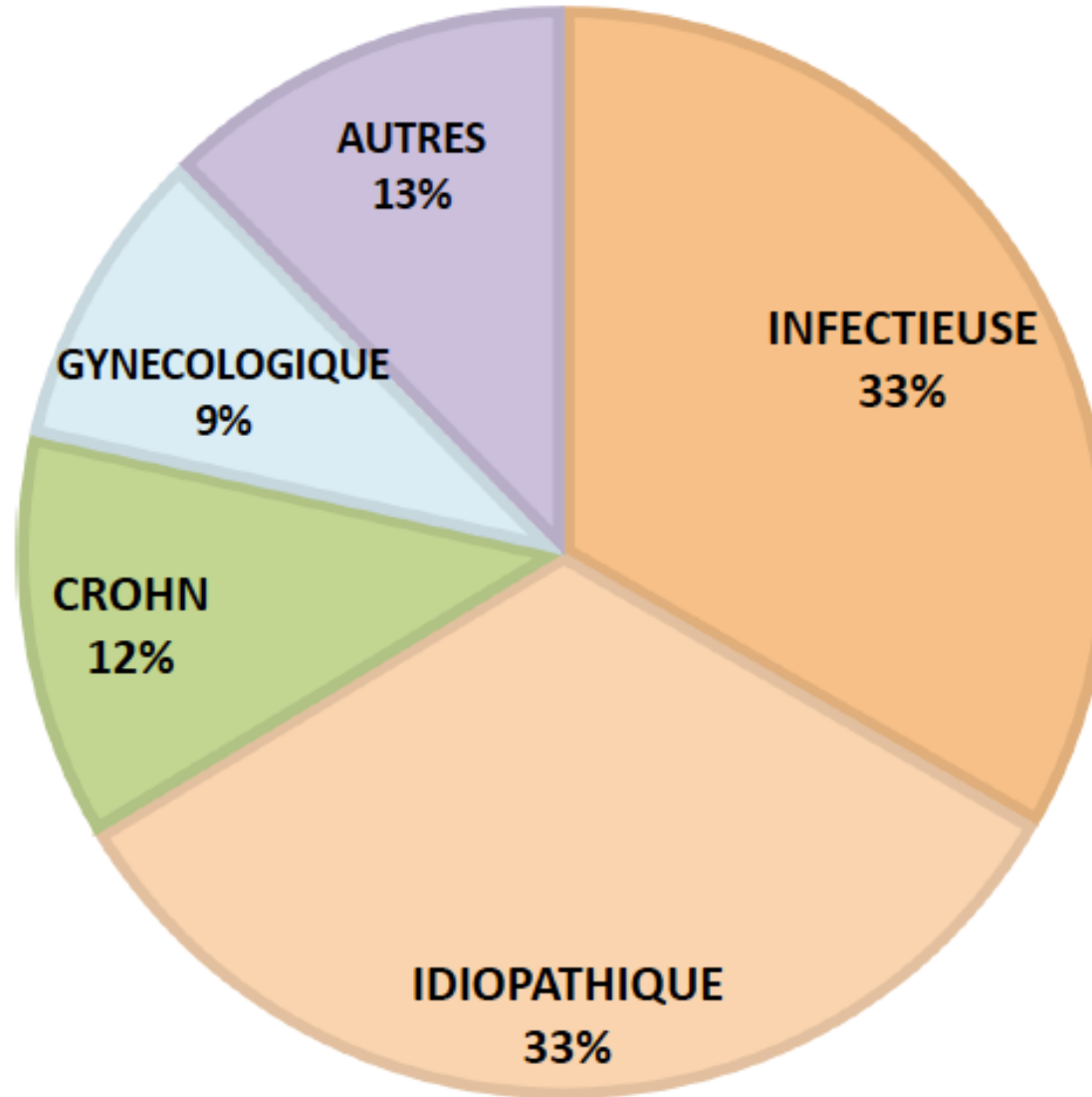
Cause infectieuse le plus souvent

Faire coprocultures

Traitement d'épreuve par quinolone

Coloscopie si absence d'évolution favorable

Cause d'iléite aiguë



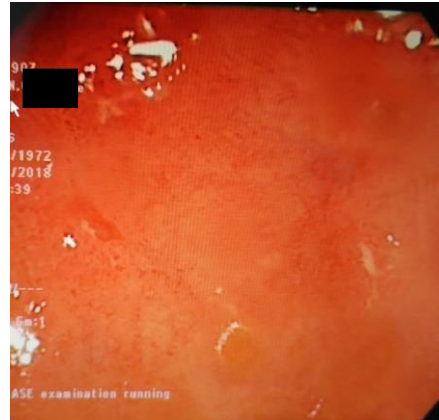
- 1) Yersinia
- 2) Campylobacter jejuni
- 3) Salmonella

Cause principales d'iléite aiguë	Tuberculose iléale	Maladie de Crohn	Infection
TERRAIN FAVORISANT	Migrants Situation précaire Immunodépression	Jeune âge (20-30 ans) Antécédent familial MEI	Aucun Ingestion d'aliments à risque
DIARRHEES	++	+++	+++
FIEVRE	+++	+	++
PERTE PONDERALE	+++	+	—
Ulcères longitudinaux	+	+++	++
aphtoïdes	+	++	+
circonférentiels	+++	+	-
ATTEINTE VALVULAIRE	++	++	++
PAROI INTESTINALE	Épaississement asymétrique	Epaississement symétrique	
GANGLIONS	Grande taille (12-50 mm), renforcement périphérique et calcifications	Petite taille (3-8 mm, absence de calcification	Variable parfois de grande taille (Yersinia)
GRANULOME DE GRANDE TAILLE	+++	+	—

Découverte « fortuite » d'une iléite terminale

Casus 2

- Jean 45 ans
- ATCD: HTA traitée, appendicectomie, tabagisme
- Traitement habituel: bisoprolol, zolpidem
- Clinique: absence de plainte digestive
- Consulte pour la réalisation d'une coloscopie de dépistage (ATCD familiaux)
- Coloscopie:



Découverte de qq ulcérations
aphtoïdes iléales et de qq
plages érythémateuses

LES LÉSIONS ILEALES SONT-ELLES SIGNIFICATIVES?

S'AGIT-IL D'UNE MALADIE DE CROHN DÉBUTANTE?

FAUT-IL INSTAURER UN SUIVI? UN TRAITEMENT?

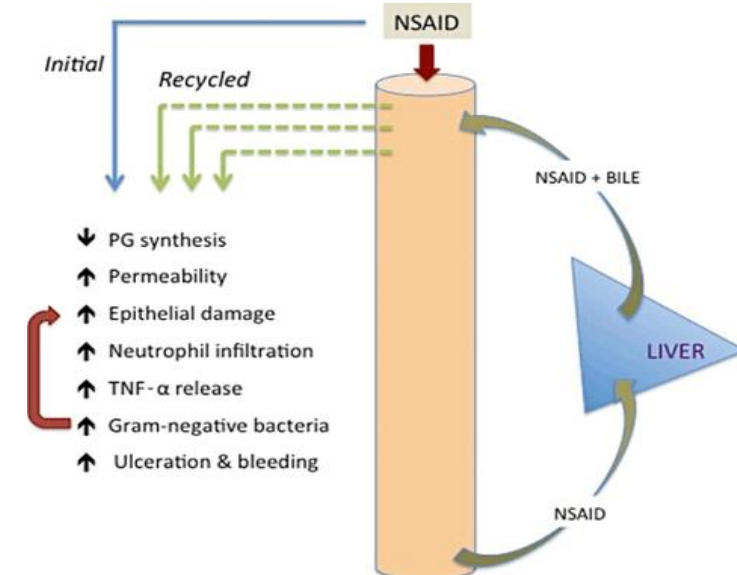
Iléite et AINS

- Lésions grêles observées chez 55 à 75% des volontaires sains
- Autopsies: ulcères chez 8.4% et érosions chez 55% des utilisateurs d'AINS versus 0.6% et 7%, respectivement chez les non utilisateurs
- Etude par vidéocapsule sur des utilisateurs chroniques (>1 mois) d'AINS en polyarthrites rhumatoïde et ostéoarthrite

Mise en évidence de lésions chez 44.8 % des patients

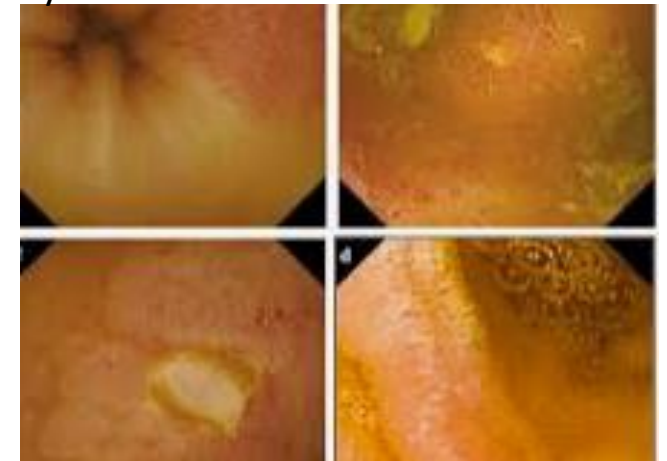
- légères 36.4 %,
 - modérée 3.5 %
 - sévère 4.9 %
- Inefficacité des IPP au-delà de l'angle de Treitz

La prise d'AINS est un élément important à rechercher à l'anamnèse lors de la découverte d'une iléite chez un patient asymptomatique.



plages
érythémateuses

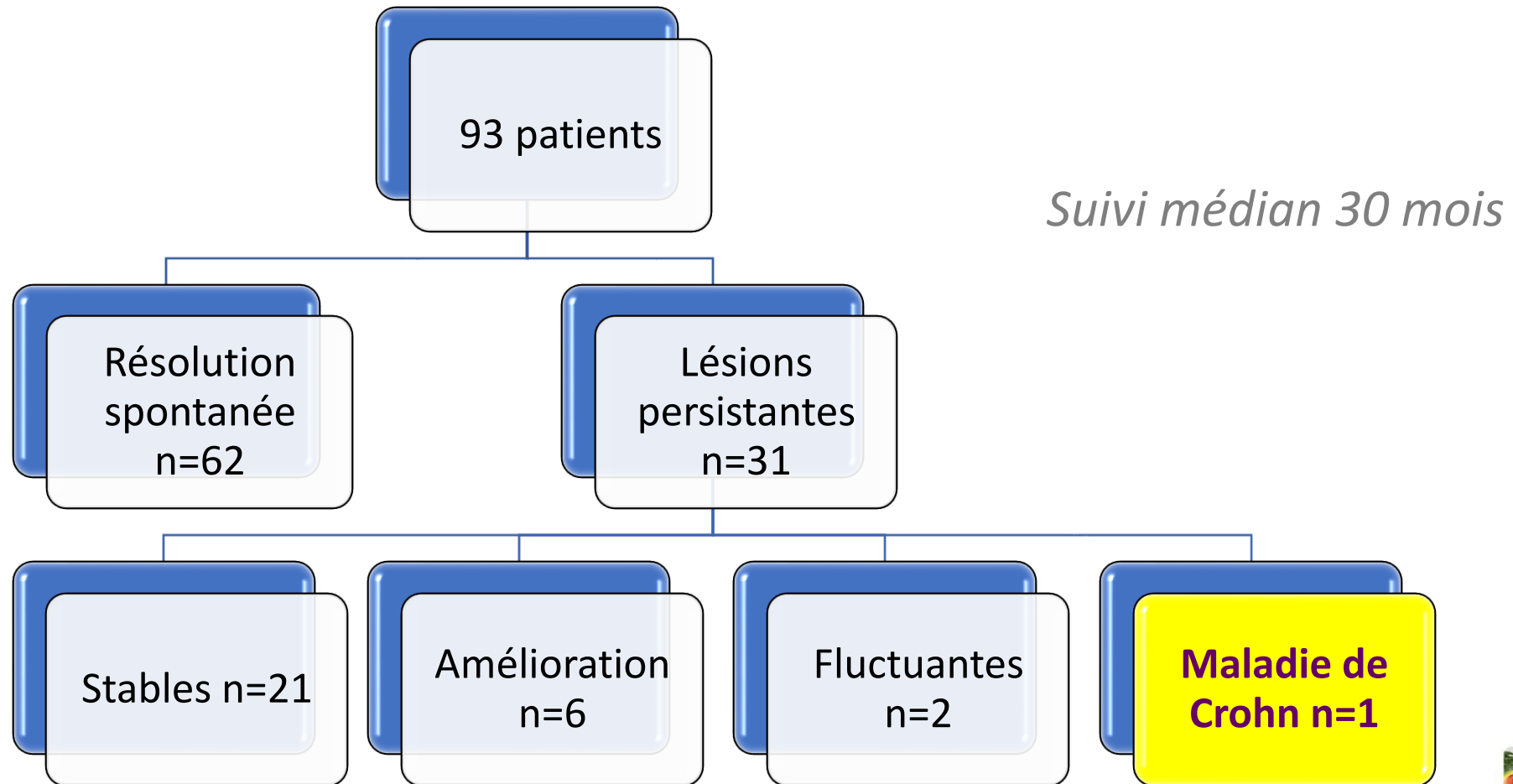
érosions



Ulcérations

Iléite chez un patient asymptomatique

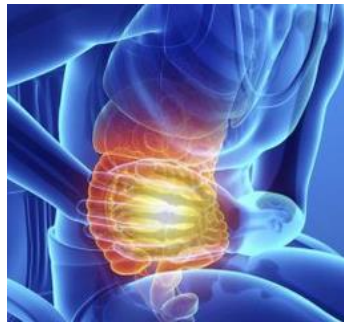
- Peu d'études ont évalué le devenir de patients ASYMPTOMATIQUES



Incidence de maladie de Crohn : 1%

Casus 2, Scénario 2:

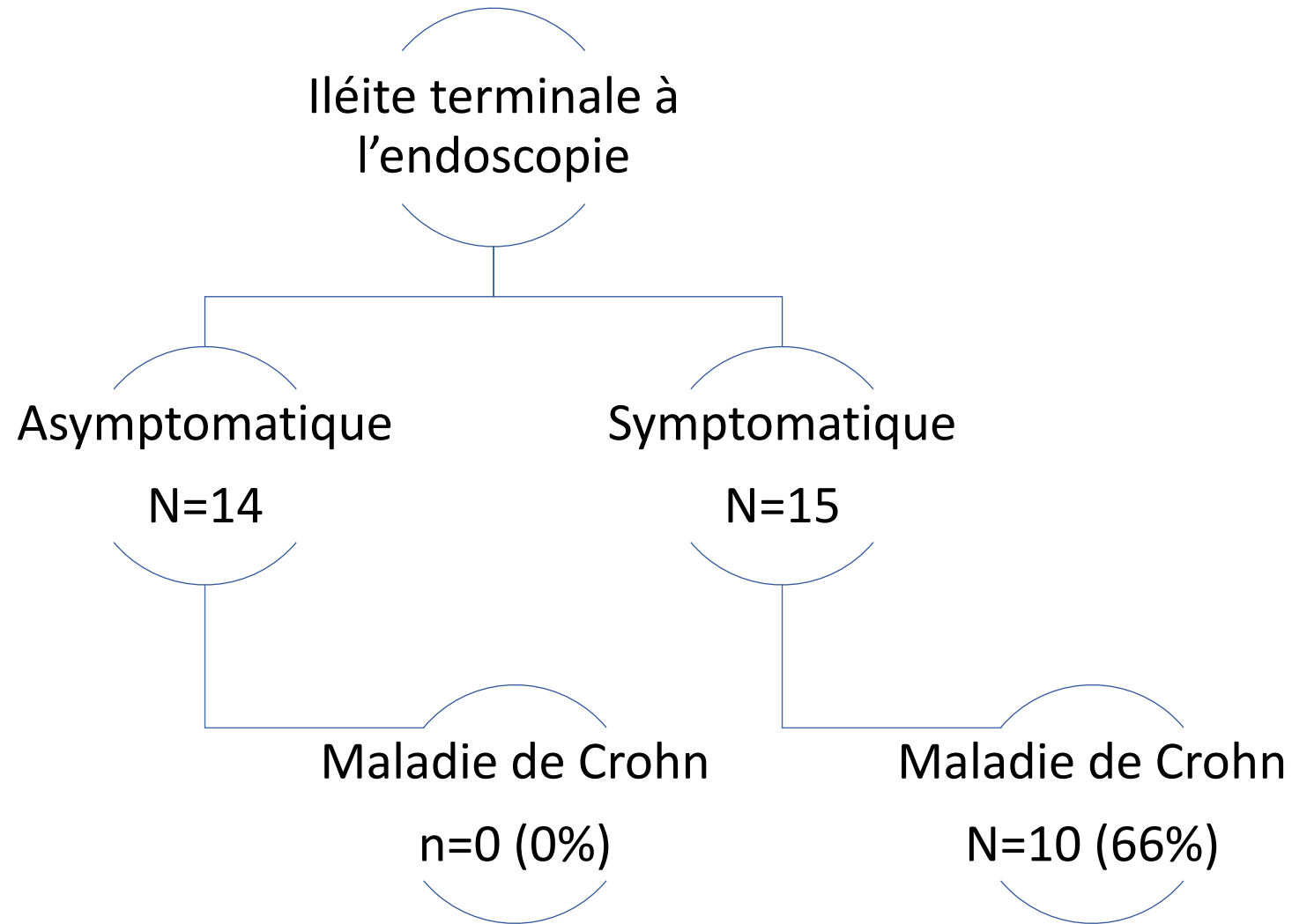
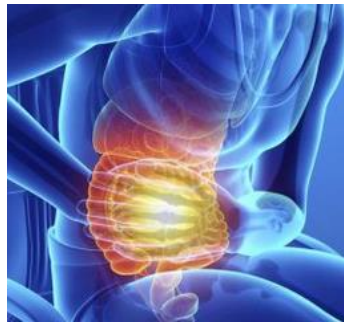
Et si Jean était symptomatique?



- **Clinique:**

- crampes abdominales modérées 2 X par semaine, volontiers post-prandiales
- Selles molles 4 X par jour depuis 4 mois alternant avec des selles normales
- Pas de plaintes nocturnes
- Pas de perte de poids

Evolution vers une MC: Rôle de la clinique



Patients symptomatiques et asymptomatiques

Patients asymptomatiques, symptomatiques, patients avec lésions à l'imagerie médicale

Suivi médian 55 mois

Indication endoscopique:

- Plaintes digestives: 85.3% (n= 92)
- Anomalies radiologiques: 7.3% (n=8)
- Carence martiale: 7.3% (n=8)

Iléite endoscopique

N= 108

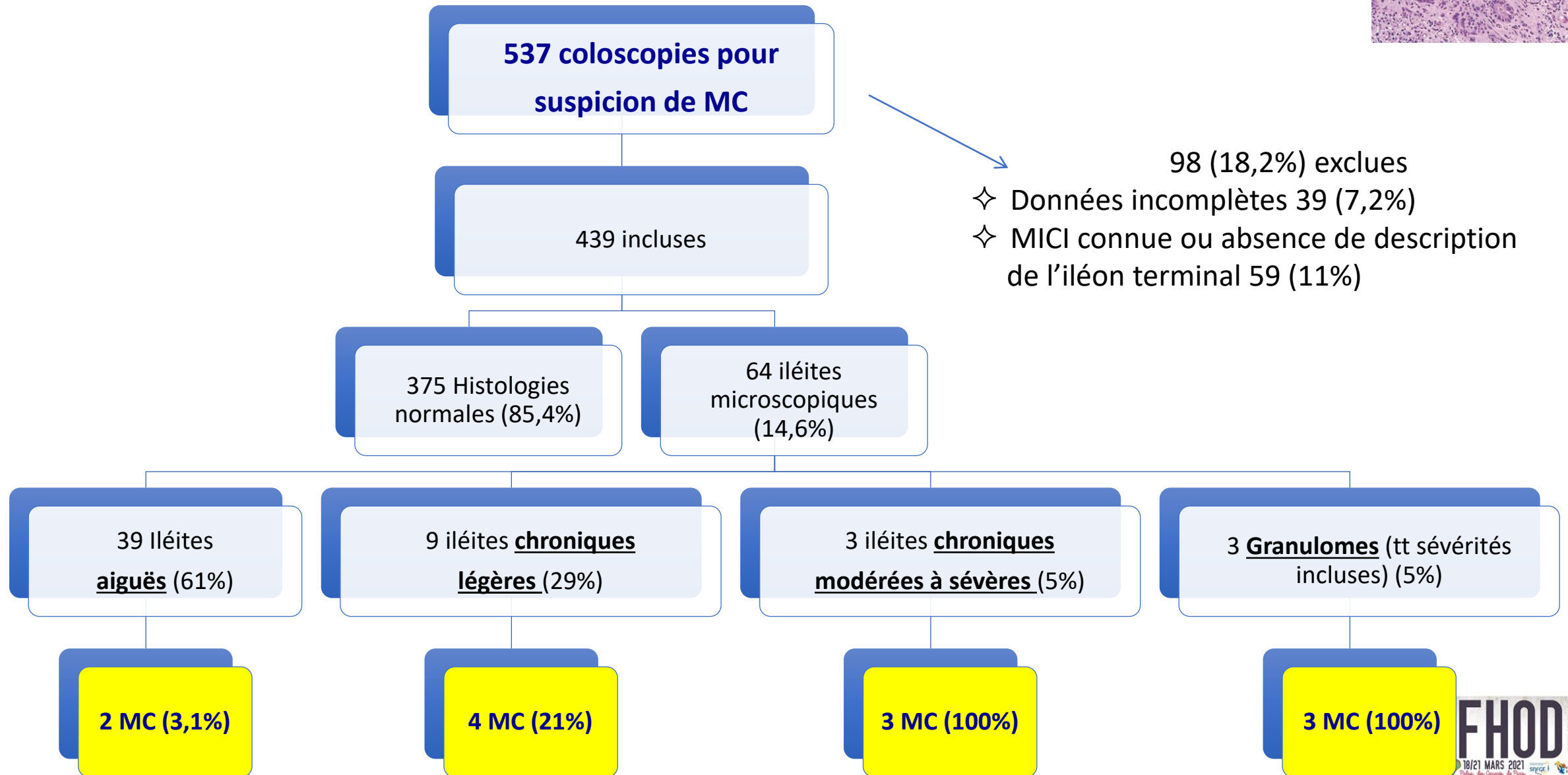
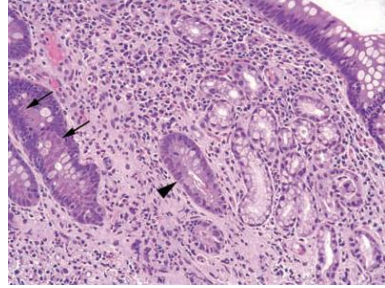
Maladie de Crohn

N=5

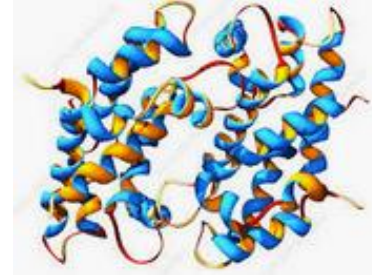
Facteurs de risque:

- Le **type de lésion** (œdème, érythème, ulcère) n'était **pas** associé au risque de MC
- Les 5 patients avaient une iléite chronique **histologique**
- **Sténose**

Evolution vers une MC: Rôle de l'histologie



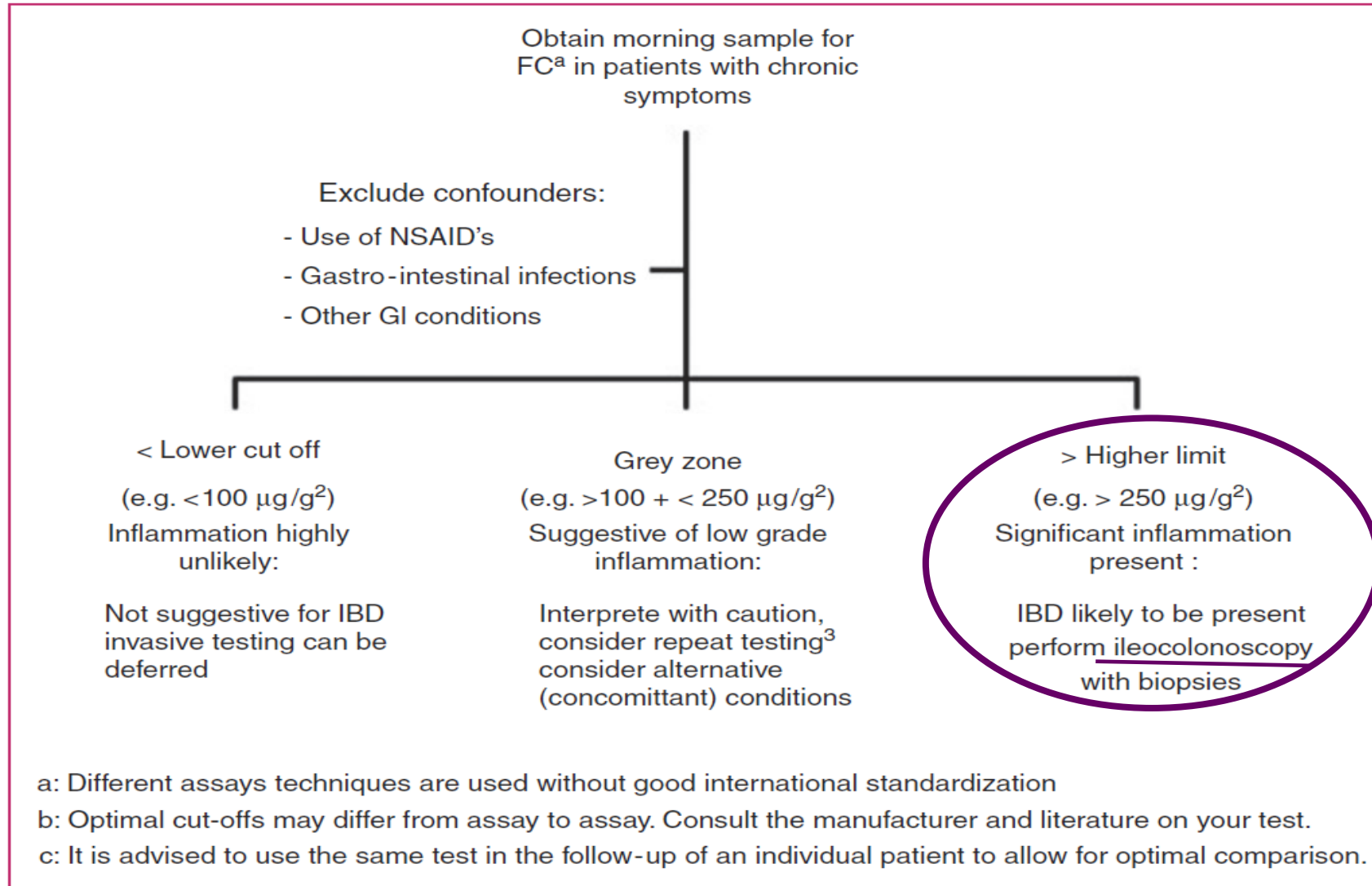
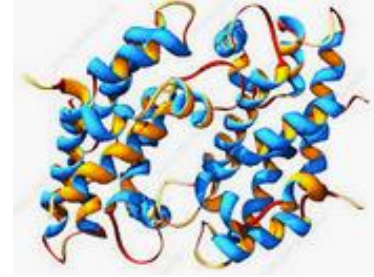
Evolution vers une MC: Rôle des biomarqueurs



Valeur diagnostique des ASCA and pANCA

- ASCA+ et pANCA- : diagnostic de MC
 - Sensibilité: 49-64% (54.6% en meta-analyse)
 - Spécificité: 94-97% (92.8% en meta-analyse)
 - valeur prédictive positive de 88 %
 - valeur prédictive négative de 68 %
- ASCA positifs également en
 - Maladie coeliaque
 - Tuberculose intestinale

Algorithm pour l'utilisation de la calprotectine fécale dans le diagnostic des MICI



Casus 2, Scénario 3

La fille de Jean souffre de maladie de Crohn



Evolution vers une MC: Rôle de l'hérédité

Etude prospective italienne

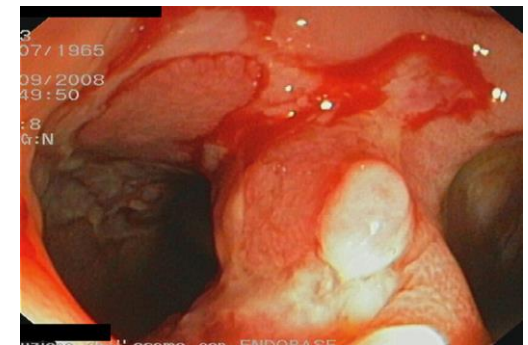
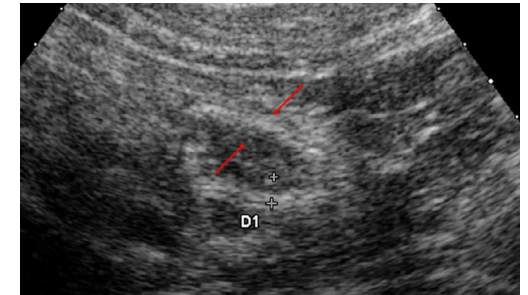
35 personnes asymptomatiques affiliées au premier degré avec 18 patients souffrant de MC

Réalisation d'une échographie intestinale

MC définie comme:

- ✧ épaississement de >3 mm de la paroi de l'iléon
- ✧ dilatation d'amont $> 2,5$ cm
- ✧ sténose iléale (diamètre <1 cm)
- ✧ fistule
- ✧ abcès

⇒ 1 patient diagnostiqué (2,8%)



Facteurs pronostic d'évolution vers une maladie de Crohn

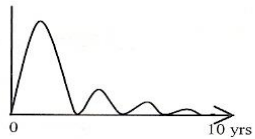
- Caractère **symptomatique**: validé dans la population générale et en Spa
- Type de lésion endoscopique: non étudié
 - La présence de lésions diffuses et creusantes
=> suggestif d'une maladie de Crohn
=> prise en charge thérapeutique
- Caractère **transmural**
- **Histologie**: iléite chronique
- Rôle des **ASCA et calprotectine**
- **Contexte héréditaire**

Prise en charge

Quel est le potentiel évolutif?

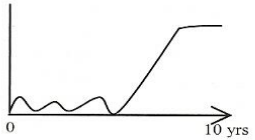
Pas d'étude au long court en cas de diagnostic d'iléite fortuite

Etude de population



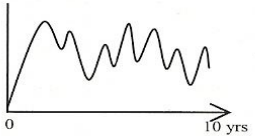
Curve 1: Decrease in the severity of bowel symptoms during the follow-up period

43%



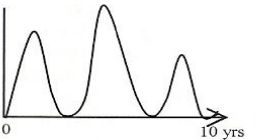
Curve 2: Increase in the severity of bowel symptoms during the follow-up period

3%



Curve 3: Chronic continuous bowel symptoms during the follow-up period

19%



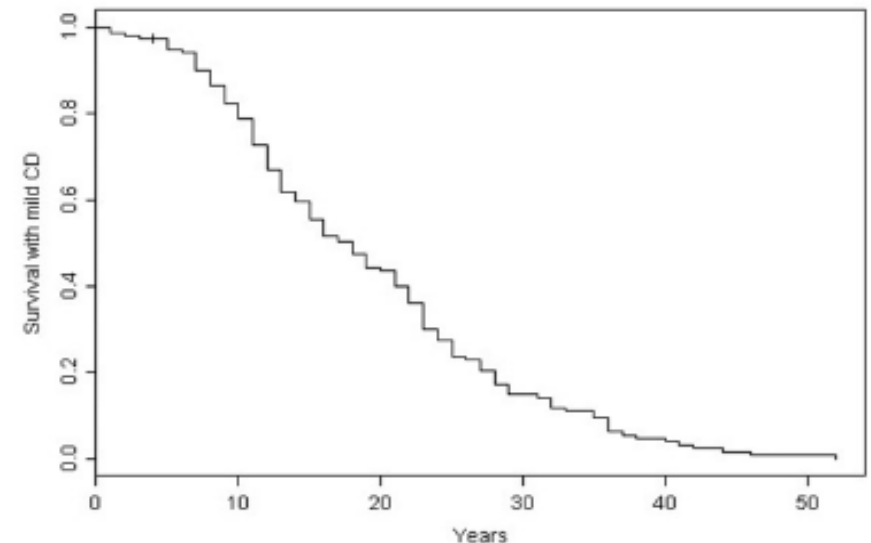
Curve 4: Chronic relapsing bowel symptoms during the follow-up period

32%

- 50% de complications à 10 ans
- 44% en rémission entre 5 et 10 ans après le diagnostic

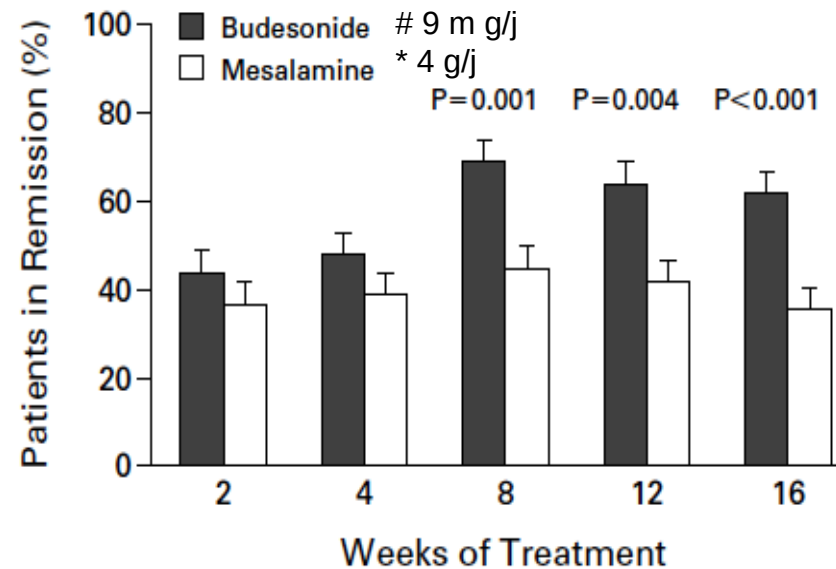
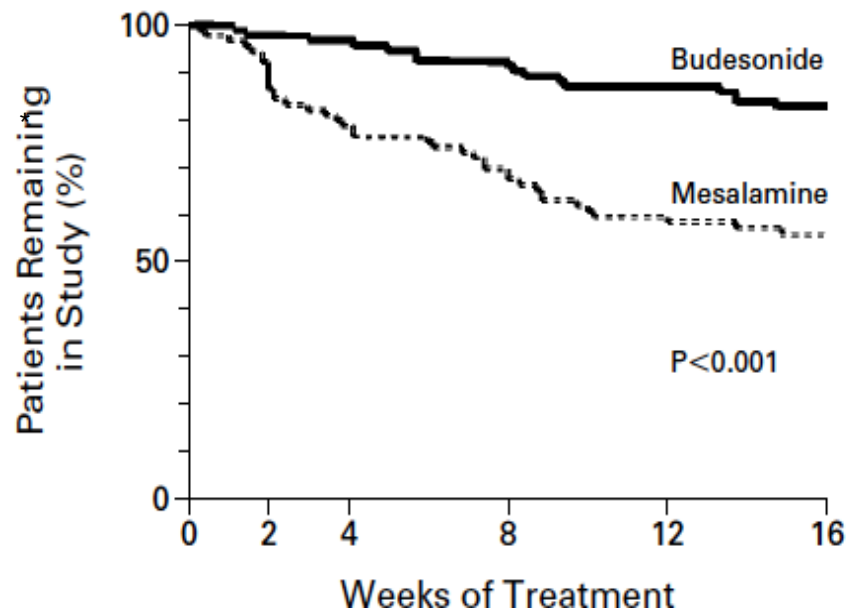
Maladie de Crohn légère au diagnostic

Survie sans complication et sans recours aux immunosuppresseurs/biologiques



Budésonide versus mésalazine pour induire la rémission clinique dans la MC active?

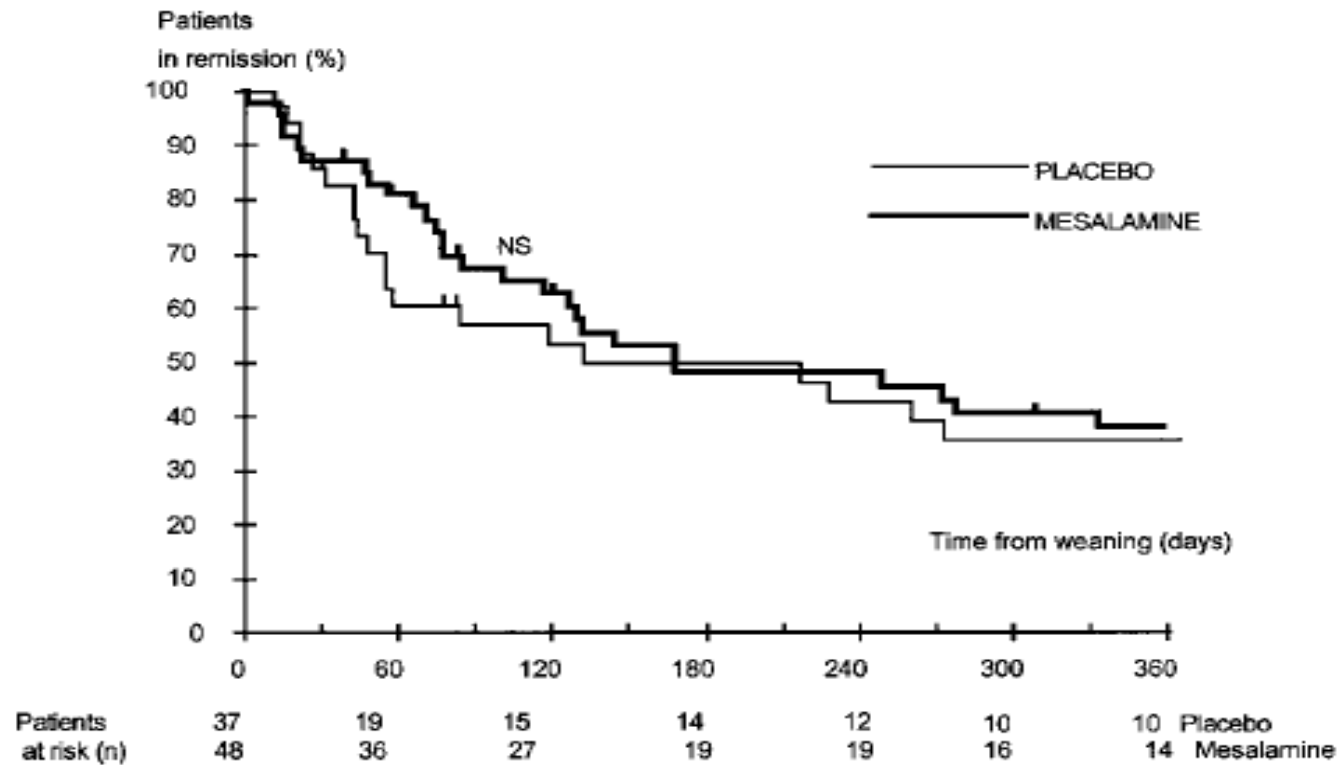
182 patients avec MC iléale, iléo-caecale et/ou colique droite



Limitations du budésonide :

- Atteintes coliques au-delà de l'angle droit
- Contre-indications relatives aux corticoïdes

5ASA vs placebo pour la prévention de la rechute de la MC quiescente - Induite par une cure de corticoïdes



- **Poussée traitée efficacement par CS :**
 - Effet positif de la mésalazine pour accélérer le sevrage en CS
 - Absence de bénéfice de la mésalazine pour la prévention de la rechute à un an

Iléite de découverte fortuite

Exclure causes infectieuses,
médicamenteuses,
maladies chroniques associées

Faire ASCA,
calprotectine,
biopsies iléales

**Patient
ASYMPTOMATIQUE**

**Patient
SYMPTOMATIQUE**

Evolution vers maladie de Crohn
peu probable

Evolution vers maladie de Crohn
possible

ASCA neg
Calprotectine <100
signe de chronicité histo -

ASCA +
Calprotectine >250
signe de chronicité histo +

Faire entéro-RMN/ entéro-
scanner

Pas de suivi
Pas de traitement

Lésions mineures

Entéro-RMN/scanner
(capsule?)

Pas de traitement
Suivi clinique
calprotectine 2-3X/an,
colo à 1 an?

Lésions mineures

Budésonide,
5ASA en entretien?

Lésions majeures

Lésions majeures

Treat-to-target

Points forts

- Les causes infectieuses, en particulier les **yersinio**ses, sont responsables de la plupart des iléites aiguës.
- En cas de découverte fortuite d'une iléite isolée, des **ASCA** positifs, une **calprotectine** supérieure à 250 microg/g et des **signes histologiques** de chronicité sont associés à un risque plus élevé d'évolution vers une maladie de Crohn avérée.
- Une iléite de découverte fortuite chez un **patient asymptomatique** progresse très **rarement** vers une maladie de Crohn. Aucun suivi n'est proposé.
- Une iléite de découverte fortuite chez un **patient symptomatique** évolue **plus fréquemment** vers une maladie de Crohn. Un examen morphologique est souhaitable. Le traitement se discute au cas par cas.