



**JFHOD** [WWW.JFHOD.COM](http://WWW.JFHOD.COM)

**18/21 MARS 2021**



*100 % digitales*

PAYS INVITÉ : *Belgique*

*La prévention*



# SURVEILLANCE DES MICI

Bénédicte Caron

Strasbourg

# Liens d'intérêt en relation avec votre présentation

---

**Liens d'intérêt:** Abbvie, Amgen, Biogen, Celltrion, Janssen, Takeda



# Objectifs pédagogiques

---

- Connaitre les modalités de surveillance endoscopique
- Connaitre les modalités de surveillance par l'imagerie et la biologie
- Connaitre les modalités de surveillance selon la classe thérapeutique

# Cas clinique

---

- Arnaud, 20 ans
- ATCD familial de cancer colo rectal au 1<sup>er</sup> degré à l'âge de 45 ans
- Diagnostic de maladie de Crohn iléo colique modérée à sévère
- CRP 28 mg/l, calprotectine fécale 720  $\mu\text{g/g}$
- Iléo coloscopie: ulcérations aphtoides iléales, ulcérations profondes au niveau du colon droit
- Cortico dépendance
- Introduction d'une combothérapie par Infliximab et Azathioprine

## Question 1

- Le patient vous demande si ces traitements ont des effets indésirables et si une surveillance particulière est préconisée. Que lui répondez vous?
  - A. Aucune surveillance n'est préconisée
  - B. Surveillance dermatologique régulière
  - C. Surveillance de l'hémogramme
  - D. Surveillance du bilan hépatique
  - E. Surveillance de la fonction rénale

**Merci de voter maintenant en utilisant le boîtier à droite de votre écran**



# Modalités de surveillance selon la classe thérapeutique

---

- Thiopurines

- Risque de toxicité hématologique

- Hémogramme toutes les semaines pendant les 4 premières semaines, puis tous les mois jusqu'au 3ème mois de traitement et enfin trimestriel au long cours

- Risque de toxicité hépatique

- Bilan hépatique mensuel pendant les 3 premiers mois puis trimestriel

- Risque de cancer non mélanocytaire de la peau

- Surveillance dermatologique régulière

- Risque de cancer du col

- Bilan gynécologique annuel avec réalisation d'un frottis cervico-vaginal

# Modalités de surveillance selon la classe thérapeutique

- Anti TNF

- Surveillance dermatologique régulière

- Ustekinumab/Vedolizumab

- Absence de surveillance particulière

Box 3 Relevant safety signals with anti-tumour necrosis factor agents for IBD

- Infections, in particular tuberculosis, pneumococcal pneumonia, listeria and histoplasmosis.
- Skin toxicity.
- Auto-immunity with possibly clinical drug-induced lupus.
- Demyelination.
- Liver toxicity.
- Cardiac failure.
- Infusion and injection site reactions.
- Possibly malignancies, in particular melanoma and lymphoma.

## Question 1

- Le patient vous demande si ces traitements ont des effets indésirables et si une surveillance particulière est préconisée. Que lui répondez vous?
  - A. Aucune surveillance n'est préconisée
  - B. Surveillance dermatologique régulière
  - C. Surveillance de l'hémogramme
  - D. Surveillance du bilan hépatique
  - E. Surveillance de la fonction rénale

**Merci de voter maintenant en utilisant le boîtier à droite de votre écran**



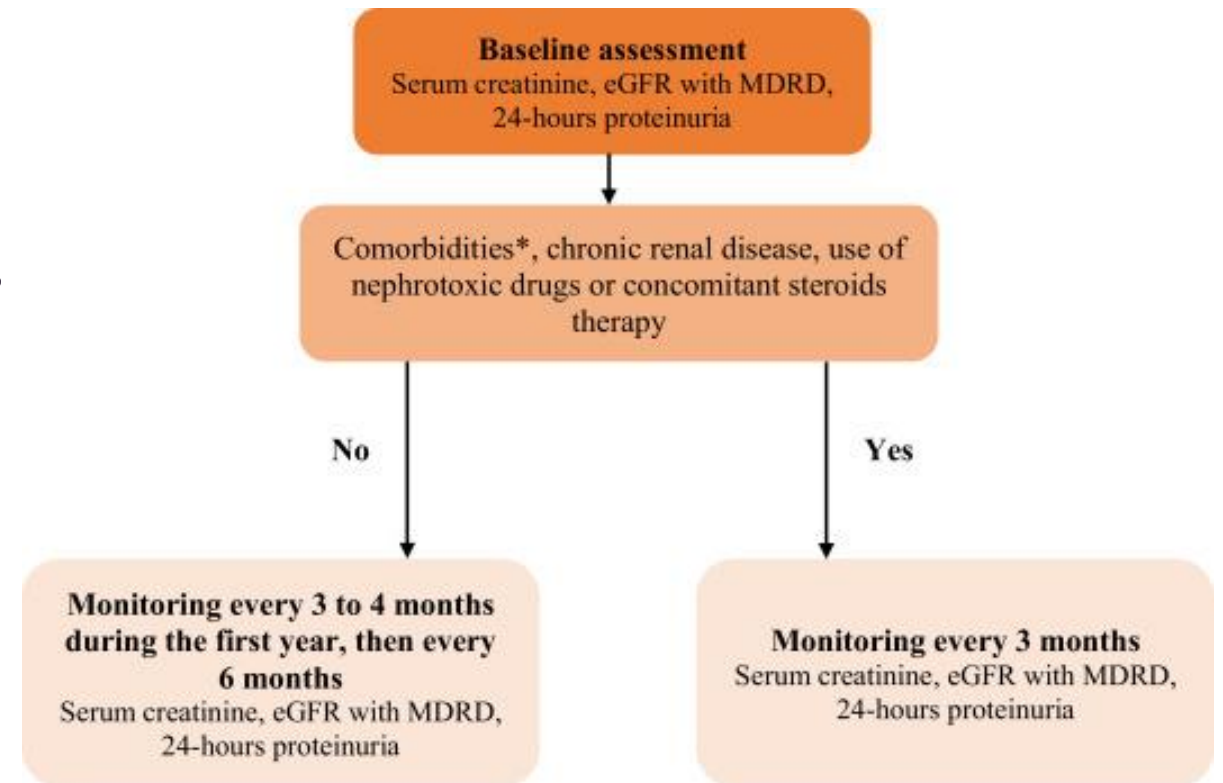
## Question 1

- Le patient vous demande si ces traitements ont des effets indésirables et si une surveillance particulière est préconisée. Que lui répondez vous?
  - A. Aucune surveillance n'est préconisée
  - B. Surveillance dermatologique régulière
  - C. Surveillance de l'hémogramme
  - D. Surveillance du bilan hépatique
  - E. Surveillance de la fonction rénale

# Modalités de surveillance selon la classe thérapeutique

- 5-ASA

- Risque d'insuffisance rénale
  - Créatininémie et protéinurie semestrielles



eGFR, estimate glomerular filtration rate; MDRD, Modification of Diet in Renal Disease;

\*Comorbidities: hypertension, diabetes

# Modalités de surveillance selon la classe thérapeutique

---

- Methotrexate

- Risque de toxicité hématologique

- Hémogramme hebdomadaire durant le 1er mois de traitement, puis mensuel pendant 2 mois et enfin trimestriel au long cours

- Risque de toxicité hépatique

- Bilan hépatique hebdomadaire durant le 1er mois de traitement, puis mensuel pendant 2 mois et enfin trimestriel au long cours

# Modalités de surveillance selon la classe thérapeutique

---

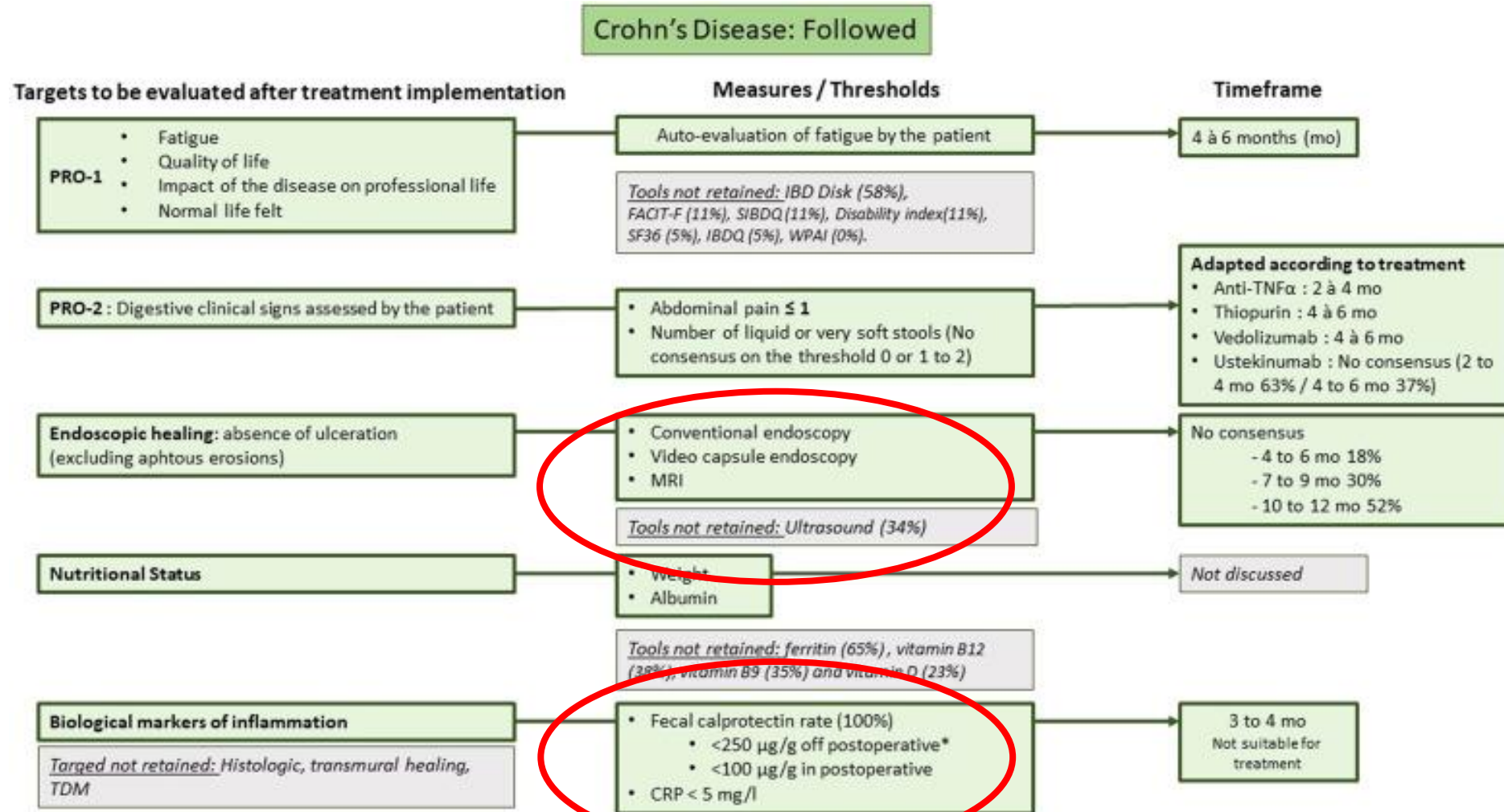
- Anti JAK (Tofacitinib)
  - Risque de toxicité hématologique
    - Hémogramme 1 à 2 mois après initiation puis tous les 3 mois
  - Risque de toxicité hépatique
    - Bilan hépatique 1 à 2 mois après initiation puis tous les 3 mois
  - Risque de perturbations du bilan lipidique
    - Bilan lipidique 2 mois après initiation

## Question 2

- Qu'allez vous réaliser comme examens complémentaires pour évaluer l'efficacité du traitement?
  - A. CRP
  - B. Calprotectine fécale
  - C. Endoscopie
  - D. Entéro IRM
  - E. Echographie abdominale

**Merci de voter maintenant en utilisant le boîtier à droite de votre écran**

# Evaluer l'efficacité du traitement



\*threshold to be qualified according to context

## Question 2

- Qu'allez vous réaliser comme examens complémentaires pour évaluer l'efficacité du traitement?
  - A. CRP
  - B. Calprotectine fécale
  - C. Endoscopie
  - D. Entéro IRM
  - E. Echographie abdominale

**Merci de voter maintenant en utilisant le boîtier à droite de votre écran**



## Question 2

- Qu'allez vous réaliser comme examens complémentaires pour évaluer l'efficacité du traitement?
  - A. CRP
  - B. Calprotectine fécale
  - C. Endoscopie
  - D. Entéro IRM
  - E. Echographie abdominale

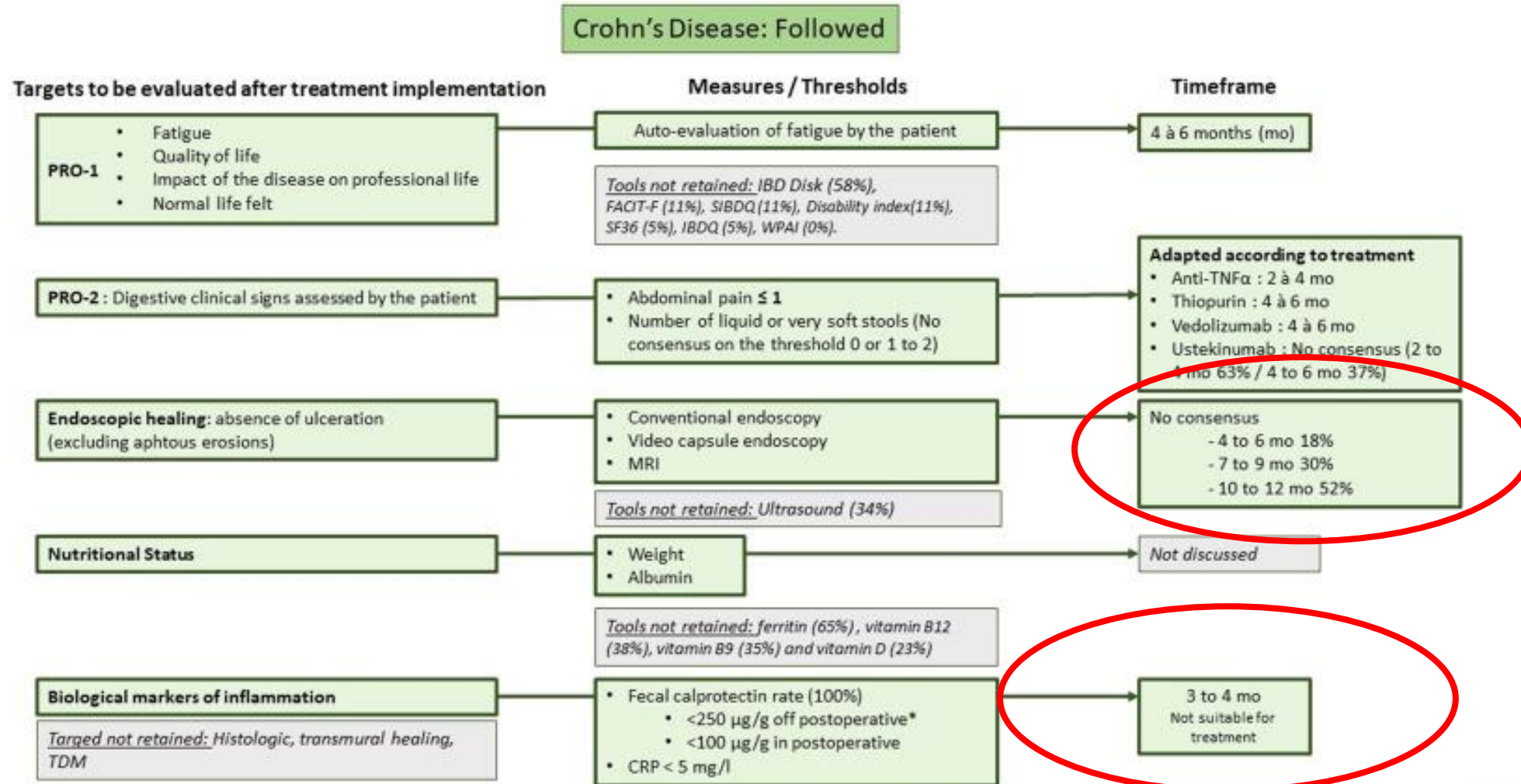
### Question 3

- A quel moment allez vous évaluer l'efficacité du traitement?
  - A. 2 semaines
  - B. 3-4 mois
  - C. 6 mois
  - D. 9-12 mois

Merci de voter maintenant en utilisant le boitier à droite de votre écran



# Evaluer l'efficacité du traitement



\*threshold to be qualified according to context

### Question 3

- A quel moment allez vous évaluer l'efficacité du traitement?
  - A. 2 semaines
  - B. 3-4 mois
  - C. 6 mois
  - D. 9-12 mois

Merci de voter maintenant en utilisant le boitier à droite de votre écran



### Question 3

---

- A quel moment allez vous évaluer l'efficacité du traitement?
  - A. 2 semaines
  - B. 3-4 mois
  - C. 6 mois
  - D. 9-12 mois

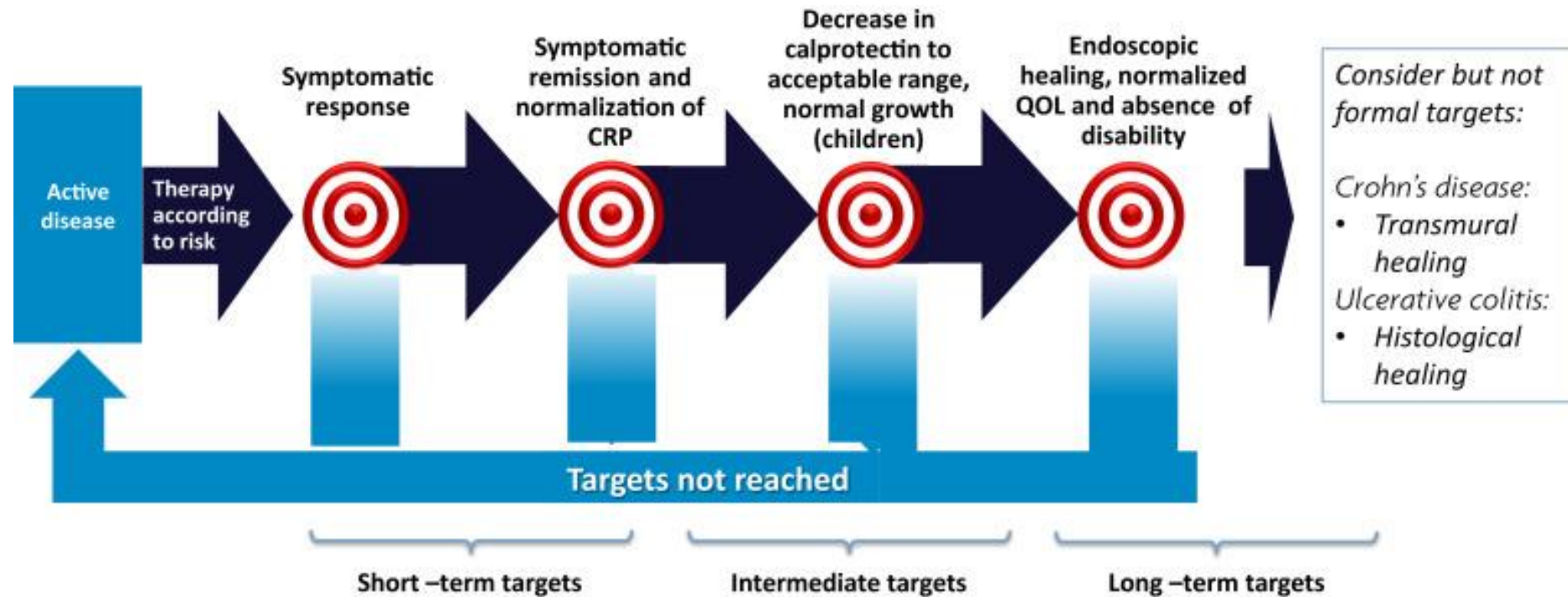
## Question 4

- Quel est votre objectif thérapeutique ?
  - A. Réponse clinique
  - B. Rémission clinique
  - C. Rémission histologique
  - D. Cicatrisation transmurale
  - E. Rémission endoscopique

**Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran**



# Evaluer l'efficacité du traitement



## Question 4

- Quel est votre objectif thérapeutique ?
  - A. Réponse clinique
  - B. Rémission clinique
  - C. Rémission histologique
  - D. Cicatrisation transmurale
  - E. Rémission endoscopique

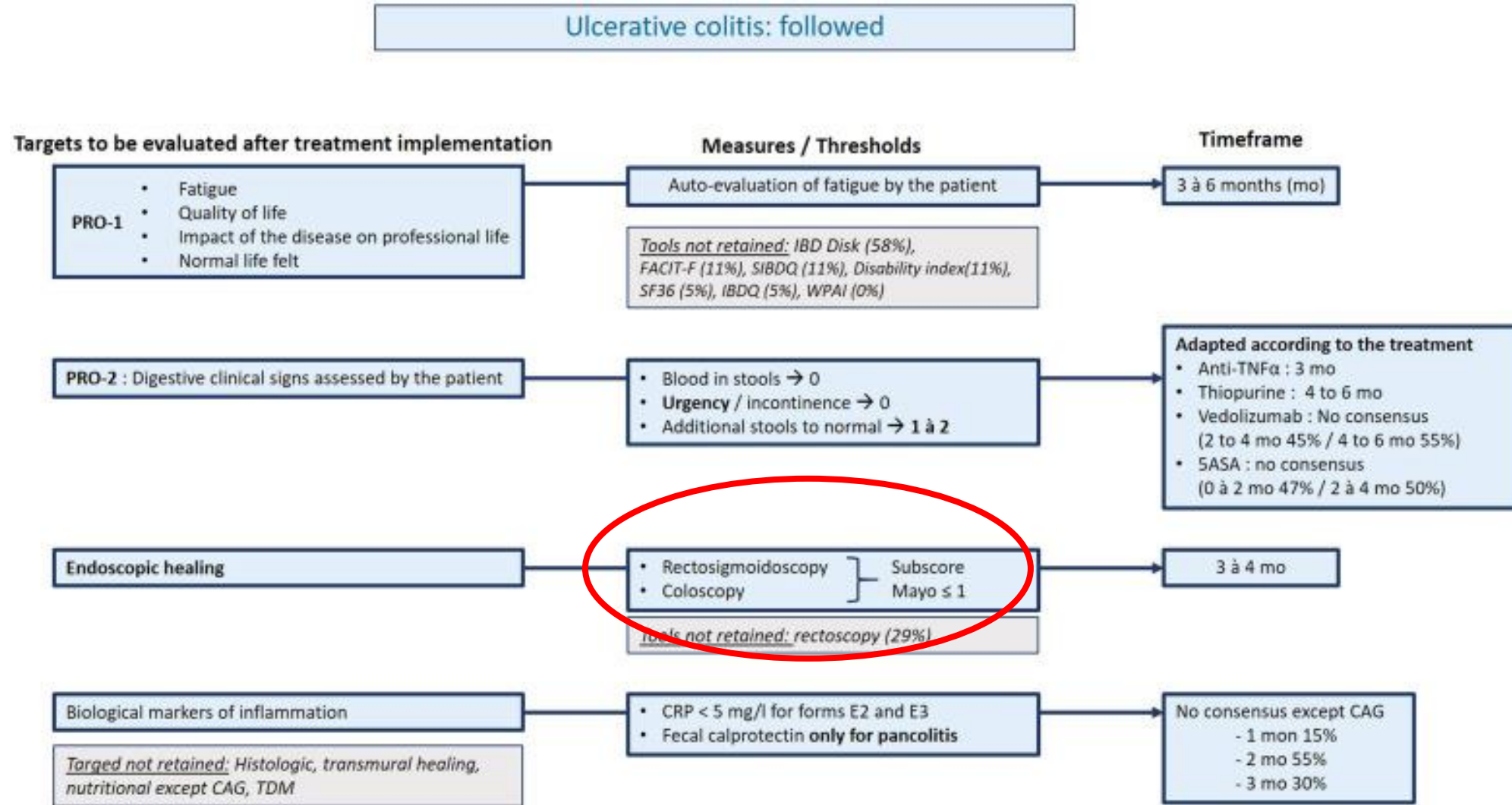
**Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran**



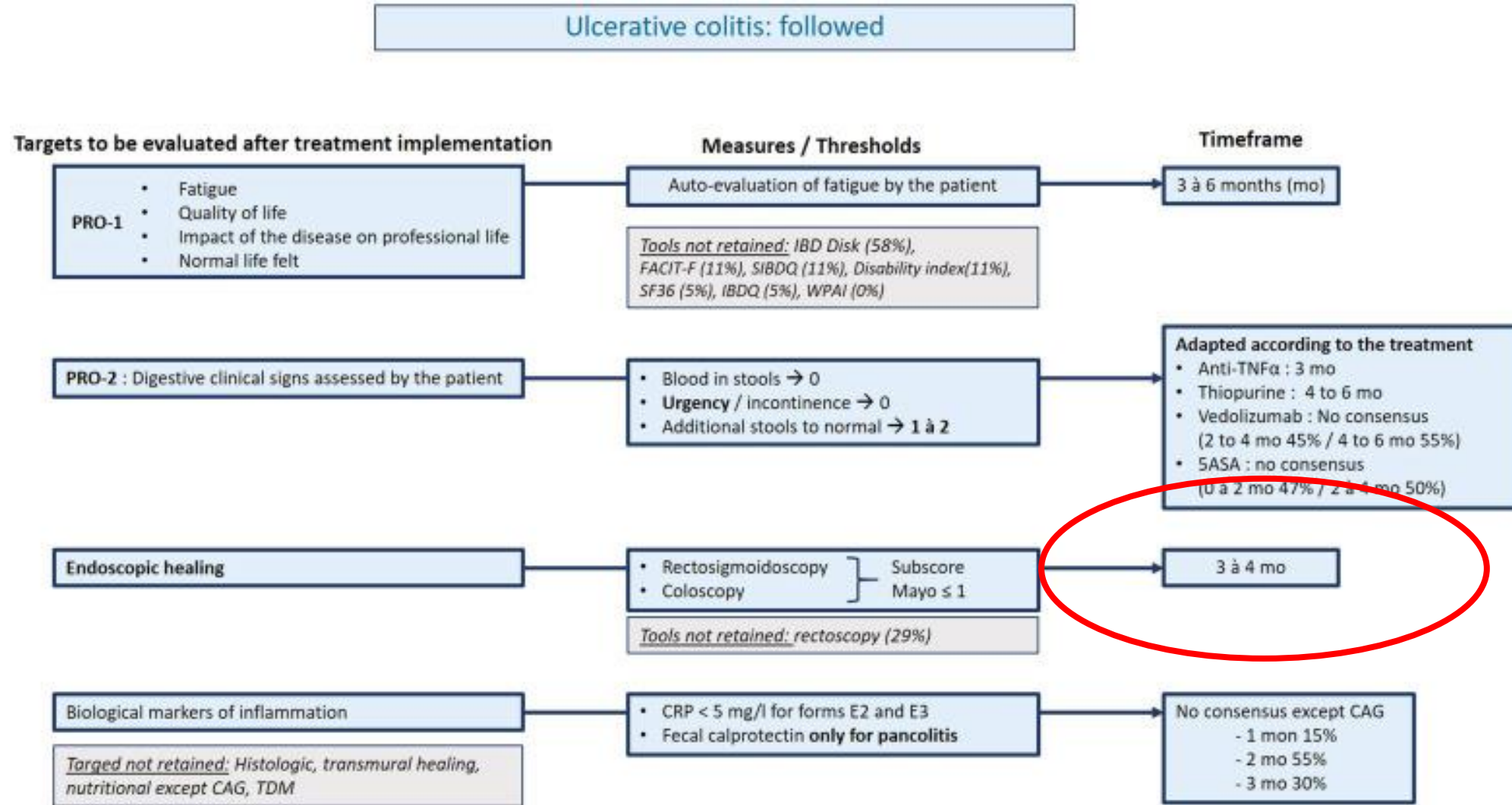
## Question 4

- Quel est votre objectif thérapeutique ?
  - A. Réponse clinique
  - B. Rémission clinique
  - C. Rémission histologique
  - D. Cicatrisation transmurale
  - E. Rémission endoscopique

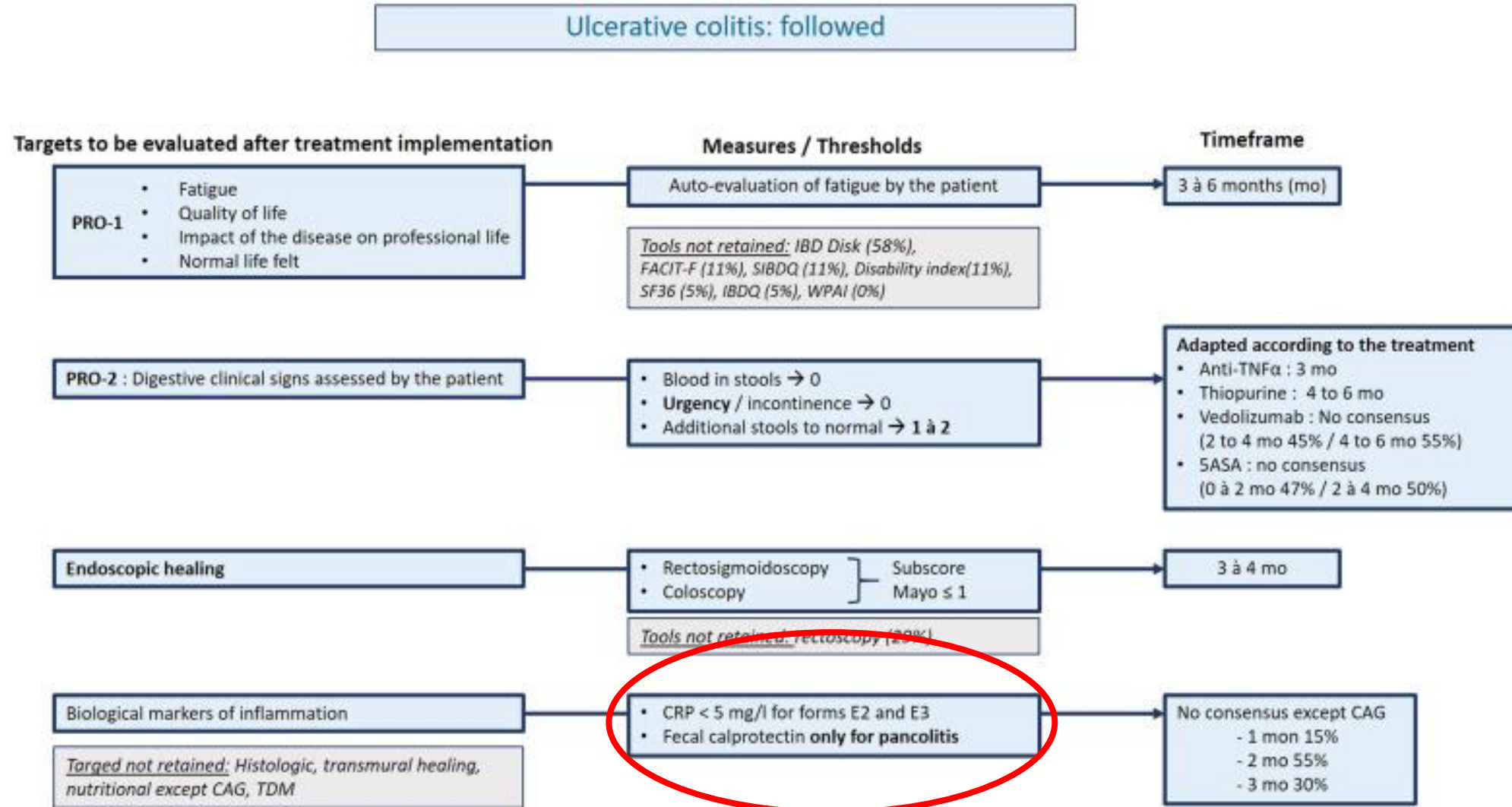
# Evaluer l'efficacité du traitement



# Evaluer l'efficacité du traitement



# Evaluer l'efficacité du traitement



- 
- 6 mois plus tard, Arnaud est hospitalisé pour un syndrome occlusif.
  - Entéro IRM: atteinte du grêle distal sur 20 cm, avec dilatation d'amont à 35 mm.
  - Il bénéficie d'une résection iléo colique droite avec rétablissement de continuité.

## Question 5

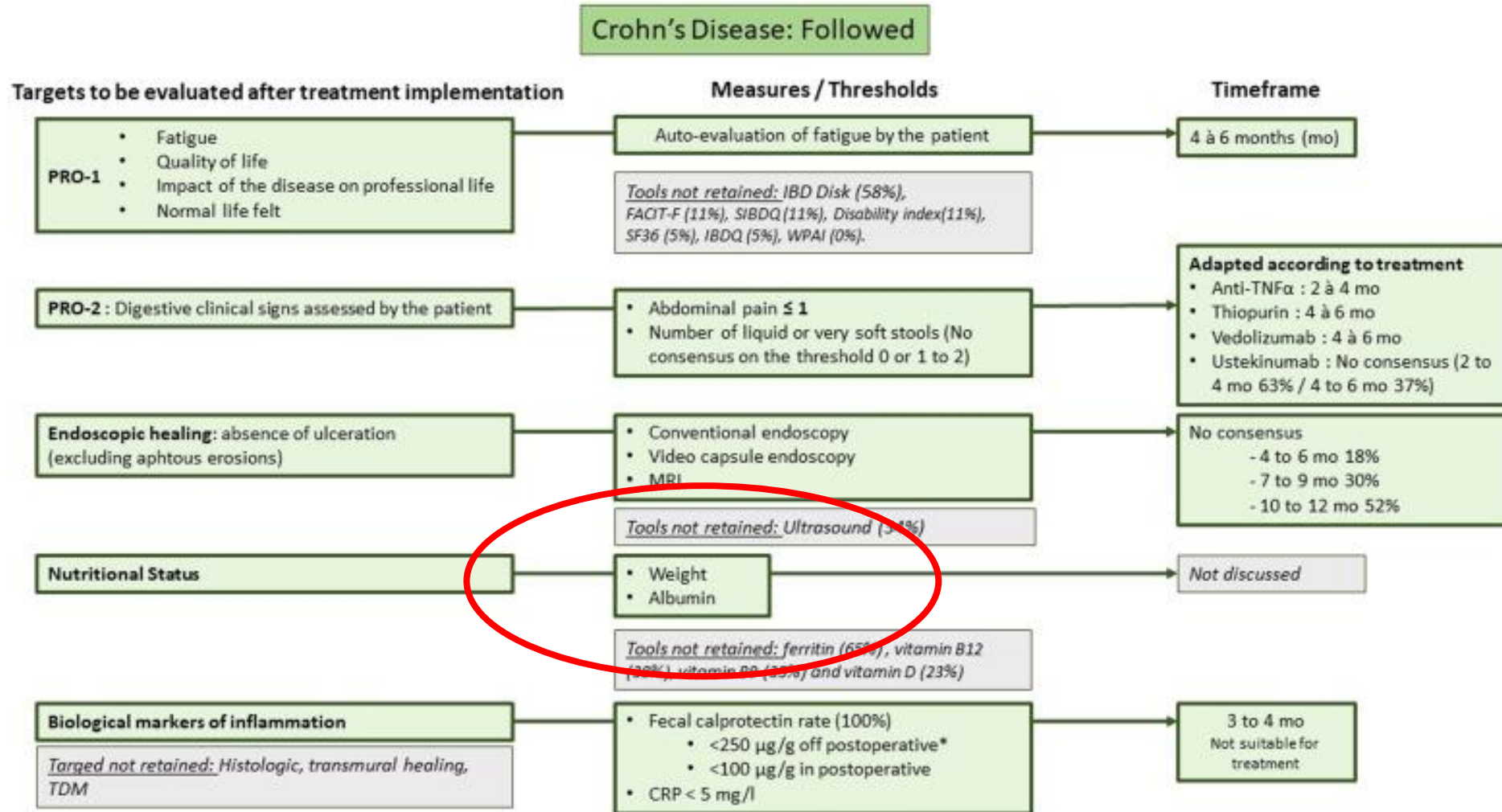
Il a perdu 5 kg depuis le début des symptômes : poids de forme à 68 kg, IMC actuel à 22 kg/m<sup>2</sup>. Comment surveillez vous l'état nutritionnel d'un patient suivi pour une MICI ?

- A. Evaluation du poids
- B. Dosage de l'albumine
- C. Absence de dépistage systématique de la dénutrition
- D. Surveillance du bilan martial
- E. Dépistage de la carence en vitamine D

**Merci de voter maintenant en utilisant le boitier à droite de votre écran**



# Surveiller l'état nutritionnel et dépister les carences



\*threshold to be qualified according to context

# Surveiller l'état nutritionnel et dépister les carences

## Recommendation 3 A:

*Patients with IBD are at risk and therefore should be screened for malnutrition at the time of diagnosis and thereafter on a regular basis.*

## Recommendation 6:

*Patients with IBD should be checked for micronutrient deficiencies on a regular basis and specific deficits should be appropriately corrected.*

Tous les 6 à 12 mois en cas de rémission  
Tous les 3 mois si la maladie est active

## Recommendation 7 A:

Iron supplementation is recommended in all IBD patients when **iron deficiency anaemia** is present. The goal of iron supplementation is to normalize **haemoglobin levels** and iron stores.

En cas de traitement par corticoïdes  
et/ou de maladie active

## Recommendation 11:

In IBD patients (adults and children) with active disease and those who are steroid-treated, **serum calcium** and 25(OH) vitamin D should be monitored and supplemented if required to help prevent low bone mineral density. **Osteopenia** and **osteoporosis** should be managed according to current osteoporosis guidelines.

## Question 5

Il a perdu 5 kg depuis le début des symptômes : poids de forme à 68 kg, IMC actuel à 22 kg/m<sup>2</sup>. Comment surveillez vous l'état nutritionnel d'un patient suivi pour une MICI ?

- A. Evaluation du poids
- B. Dosage de l'albumine
- C. Absence de dépistage systématique de la dénutrition
- D. Surveillance du bilan martial
- E. Dépistage de la carence en vitamine D

**Merci de voter maintenant en utilisant le boitier à droite de votre écran**



## Question 5

Il a perdu 5 kg depuis le début des symptômes : poids de forme à 68 kg, IMC actuel à 22 kg/m<sup>2</sup>. Comment surveillez vous l'état nutritionnel d'un patient suivi pour une MICI ?

- A. Evaluation du poids
- B. Dosage de l'albumine
- C. Absence de dépistage systématique de la dénutrition
- D. Surveillance du bilan martial
- E. Dépistage de la carence en vitamine D

## Question 6

- Qu'allez vous proposer en post opératoire?
  - A. Une coloscopie d'évaluation au 3<sup>ème</sup> mois post opératoire
  - B. Une coloscopie d'évaluation au 6<sup>ème</sup> mois post opératoire
  - C. Une surveillance par dosage de la calprotectine fécale
  - D. Une entéro-IRM peut remplacer la coloscopie
  - E. De ne pas réaliser de surveillance particulière

**Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran**



# Prédire la récurrence post opératoire

## Statement 2.4.1 ECCO-ESGAR Diagnostics GL [2018]

Ileocolonoscopy is the reference standard in the diagnosis of postoperative recurrence after ileocolonic resection. Endoscopy is recommended within the first 6 to 12 months after surgery [EL3]

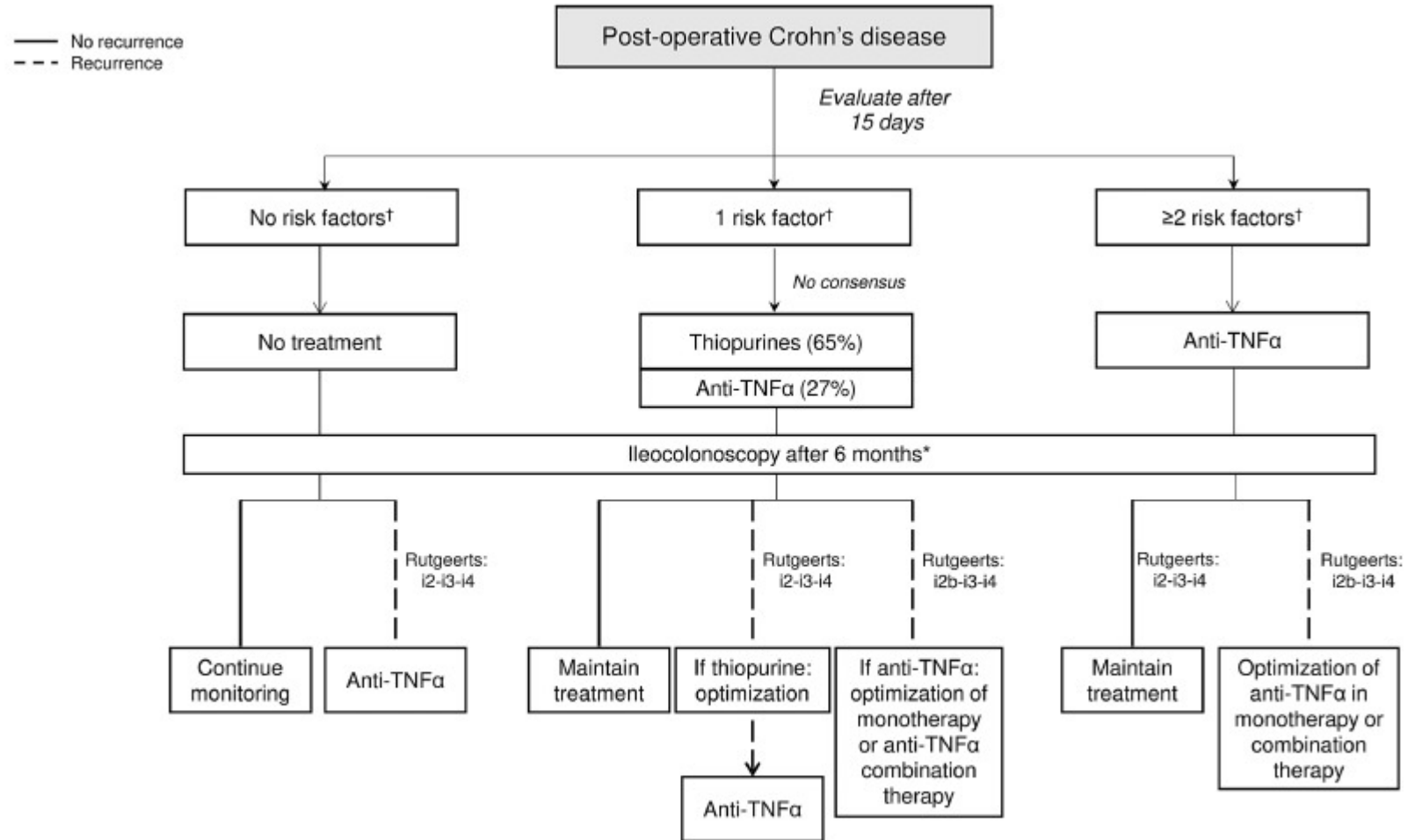
## Statement 2.4.2. ECCO-ESGAR Diagnostics GL [2018]

FC, IUS, MR enterography, and SBCE can be considered as non-invasive alternatives to detect postoperative recurrence, in particular after small bowel resection [EL2]

Score	Endoscopic lesions
i0	Absence of lesions
i1	≤5 aphthous ulcers
i2	>5 aphthous ulcers with normal intervening mucosa, skip areas of larger lesions, or lesions confined to ileocolonic anastomosis
i3	Diffuse aphthous ileitis with diffusely inflamed mucosa
i4	Diffuse inflammation with larger ulcers, nodules and/or narrowing

Rutgeerts' score  $\geq 2$  defines endoscopic recurrence

# Prédire la récurrence post opératoire



TNFα, tumor necrosis factor alpha.

# Dépister les patients à risque de rechute

Study	FC Assay	Upper Limit of Normal Range (in $\mu\text{g/g}$ )	Basis of Relapse Diagnosis	Pretest Probability of Relapse	Posttest Probability of Relapse		Time Between drift out of Normal Range to Relapse, mo	N per 100 patients			
					When Upward Trend in FC out of Normal Range (95% CI)	When Consecutive Values in Normal Range (95% CI)		True Positives	True Negatives	False Positives	False Negatives
Dabritz et al <sup>37</sup>	Immunodiagnostic	15	C	34%	63% (55–71)	12% (8–19)	2–3	27	51	15	7
De Vos et al <sup>19</sup>	PhiCal	300 <sup>a</sup>	C&E	33%	83% (61–94)	20% (15–27)	3	17	63	4	16
Jauregui-Amazega et al <sup>38</sup>	Cerba internacional	250	E	27%	53% (33–73)	18% (12–26)	3	13	62	11	14
Lasson et al <sup>39,b</sup>	Buhlmann	300	C	50%	57% (47–67)	33% (15–58)	Unknown	40	20	30	10
Molander et al <sup>40</sup>	Calpro	200	E	31%	57% (36–76)	20% (12–30)	2–4	17	57	12	14
Yamamoto et al <sup>41</sup>	Canton	55	E	30%	66% (52–77)	6% (2–16)	2	26	56	14	4

<sup>a</sup>FC value above cutoff in 2 consecutive months.

<sup>b</sup>Only control group included in this table.

C, relapse defined as clinical relapse; C&E, relapse defined as both clinical relapse or endoscopic relapse; CI, confidence interval; E, relapse defined as endoscopic relapse.

Intérêt d'un suivi répété de la calprotectine fécale, facteur prédictif de rechute ultérieure  
Augmentation du taux de calprotectine fécale 3 mois avant les signes cliniques de récurrence de la maladie



## Question 6

- Qu'allez vous proposer en post opératoire?
  - A. Une coloscopie d'évaluation au 3<sup>ème</sup> mois post opératoire
  - B. Une coloscopie d'évaluation au 6<sup>ème</sup> mois post opératoire
  - C. Une surveillance par dosage de la calprotectine fécale
  - D. Une entéro-IRM peut remplacer la coloscopie
  - E. De ne pas réaliser de surveillance particulière

**Merci de voter maintenant en utilisant le  
boitier à droite de votre écran**



## Question 6

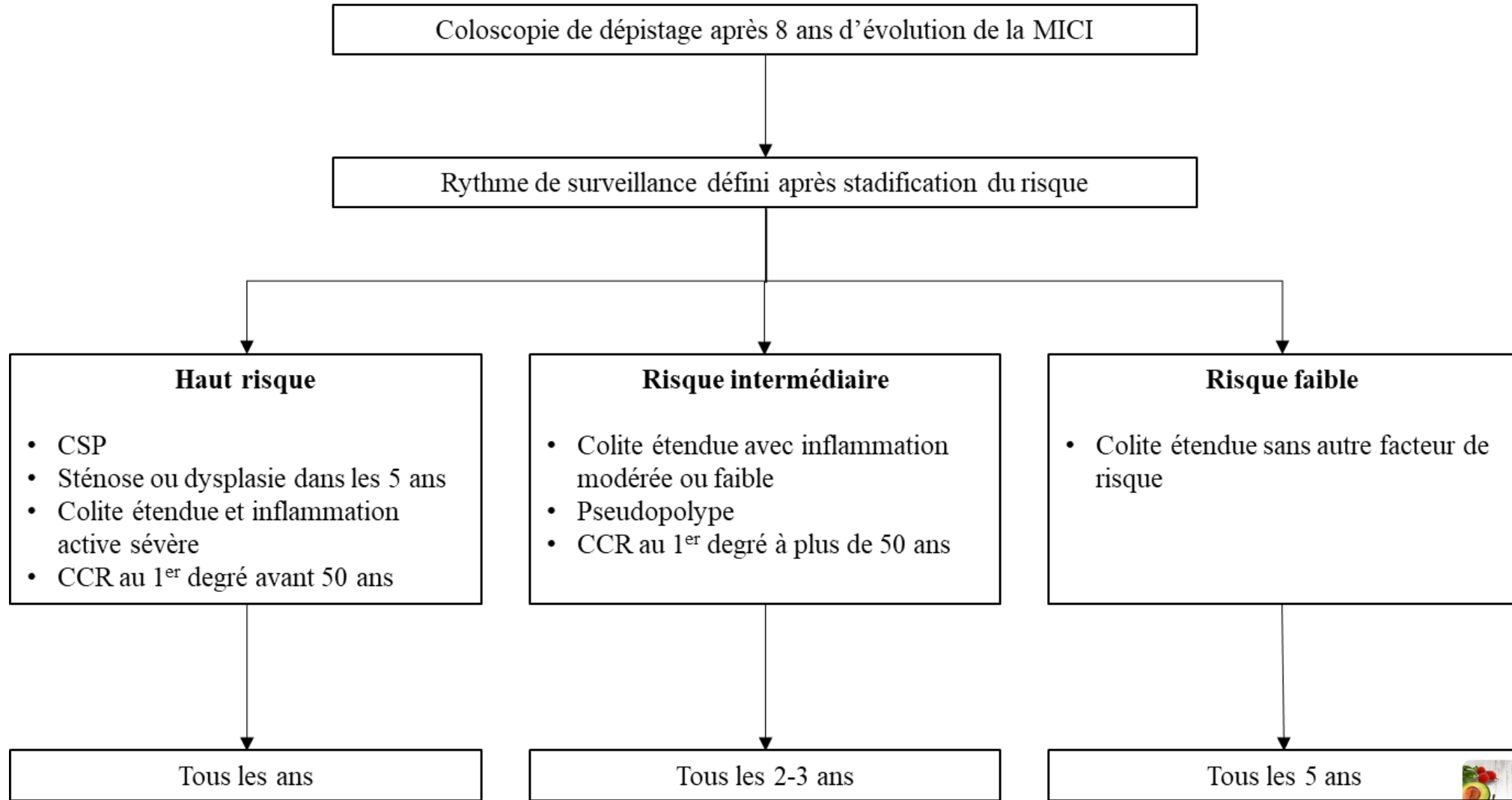
- Qu'allez vous proposer en post opératoire?
  - A. Une coloscopie d'évaluation au 3<sup>ème</sup> mois post opératoire
  - B. Une coloscopie d'évaluation au 6<sup>ème</sup> mois post opératoire
  - C. Une surveillance par dosage de la calprotectine fécale
  - D. Une entéro-IRM peut remplacer la coloscopie
  - E. De ne pas réaliser de surveillance particulière

## Question 7

- Le patient est par la suite perdu de vue. Il revient vous voir 5 ans plus tard et vous interroge sur la nécessité de réaliser une surveillance endoscopique.
- A. Une coloscopie de dépistage doit être réalisée après 8 ans d'évolution de la MICI
  - B. Le rythme de surveillance est ensuite tous les 2-3 ans
  - C. L'objectif est de dépister la dysplasie ou le cancer colo-rectal
  - D. Une entéro-IRM peut remplacer la coloscopie
  - E. Il n'est pas préconisé de surveillance particulière

**Merci de voter maintenant en utilisant le boîtier à droite de votre écran**

# Dépister la dysplasie ou le cancer colo-rectal associés aux MICI



## Question 7

- Le patient est par la suite perdu de vue. Il revient vous voir 5 ans plus tard et vous interroge sur la nécessité de réaliser une surveillance endoscopique.
- A. Une coloscopie de dépistage doit être réalisée après 8 ans d'évolution de la MICI
  - B. Le rythme de surveillance est ensuite tous les 2-3 ans
  - C. L'objectif est de dépister la dysplasie ou le cancer colo-rectal
  - D. Une entéro-IRM peut remplacer la coloscopie
  - E. Il n'est pas préconisé de surveillance particulière

Merci de voter maintenant en utilisant le boîtier à droite de votre écran

## Question 7

- Le patient est par la suite perdu de vue. Il revient vous voir 5 ans plus tard et vous interroge sur la nécessité de réaliser une surveillance endoscopique.
- A. Une coloscopie de dépistage doit être réalisée après 8 ans d'évolution de la MICI
  - B. Le rythme de surveillance est ensuite tous les 2-3 ans
  - C. L'objectif est de dépister la dysplasie ou le cancer colo-rectal
  - D. Une entéro-IRM peut remplacer la coloscopie
  - E. Il n'est pas préconisé de surveillance particulière

# Dépister la dysplasie ou le cancer colo-rectal associés aux MICI

## **Statement 3.6.5. ECCO-ESGAR Diagnostics GL [2018]**

Colonoscopic surveillance is best performed when ulcerative colitis [UC] is in remission, because it is otherwise difficult to discriminate between dysplasia and inflammation on mucosal biopsies [EL5]

## **Statement 3.6.6. ECCO-ESGAR Diagnostics GL [2018]**

Surveillance colonoscopy should take into account local expertise. Chromoendoscopy with targeted biopsies has been shown to increase dysplasia detection rate [EL2]. White-light endoscopy is less accurate. If white-light endoscopy is used, random biopsies [quadrantic biopsies every 10 cm] and targeted biopsies of any visible lesion should be performed [EL3]. High-definition endoscopy should be used if available [EL2]



# Points forts

---

- 1) La surveillance des MICI a pour objectifs d'évaluer l'efficacité d'un traitement et de prévenir l'apparition de complications.
- 2) L'endoscopie digestive est l'examen de référence dans le cadre de la surveillance.
- 3) L'échographie digestive et l'entéro-IRM sont deux alternatives non invasives recommandées dans la surveillance de la maladie de Crohn luminale.
- 4) La calprotectine fécale permet de détecter précocement les patients à risque de rechute.
- 5) Les patients atteints de MICI avec atteinte colique sont à risque élevé de cancer colorectal, nécessitant un programme de surveillance spécifique par coloscopie.