

# Franck CARBONNEL

## **Pourquoi et comment suivre un patient en rémission clinique ? (hors surveillance des traitements)**

- Connaître les risques évolutifs à moyen et long terme
- Savoir prescrire les examens de surveillance et connaître leur périodicité.

Pourquoi ?

# Il faut suivre les malades ayant une MICI quiescente

- Maladies complexes
- Traitements diversifiés
- Nécessaire surveillance clinique et biologique
- Demande des malades
- Les MG voient trop peu de MICI pour être compétents dans ce domaine

Comment ?

# Fréquence des consultations de suivi en phase quiescente

- Tous les (3 à) 6 mois
- «Revenez plus tôt si quelque chose ne va pas»

# La consultation de suivi en phase quiescente

- Symptômes
- Fréquence, consistance des selles
- Emissions anormales
- Douleurs abdominales
- Douleurs articulaires
- Effets 2<sup>aires</sup> des médicaments
- Etat psychologique
- Examen physique
- Poids
- Pression artérielle
- Palpation abdominale
- Examen du périnée
- Palpation ganglionnaire
- Auscultation pulmonaire
- Peau

# La consultation de suivi en phase quiescente

- Relevé des examens biologiques

NFS (*anémie, microcytose, macrocytose, leucopénie, neutropénie, lymphopénie (azathioprine ou methotrexate)*).

ALAT, gamma-GT (*methotrexate ou azathioprine*)

Créatininémie (*methotrexate ou salicylés*)

CRP (?)

	Salicylés	Azath	Metho
NFS	6 mois	/semaine le 1 <sup>er</sup> mois  /mois la 1 <sup>ère</sup> année  /3 mois ensuite	/semaine le 1 <sup>er</sup> mois  /mois pdt 2 mois puis /3 mois
ALAT $\gamma$ GT	(6 mois)	/mois les 3 1 <sup>ers</sup> mois  /3 mois ensuite	Idem NFS
Protéinurie	6 mois		
Créatinine	6 mois		idem



Pourquoi ?

# Faut-il suivre les malades ayant une MICI quiescente ?

## Oui

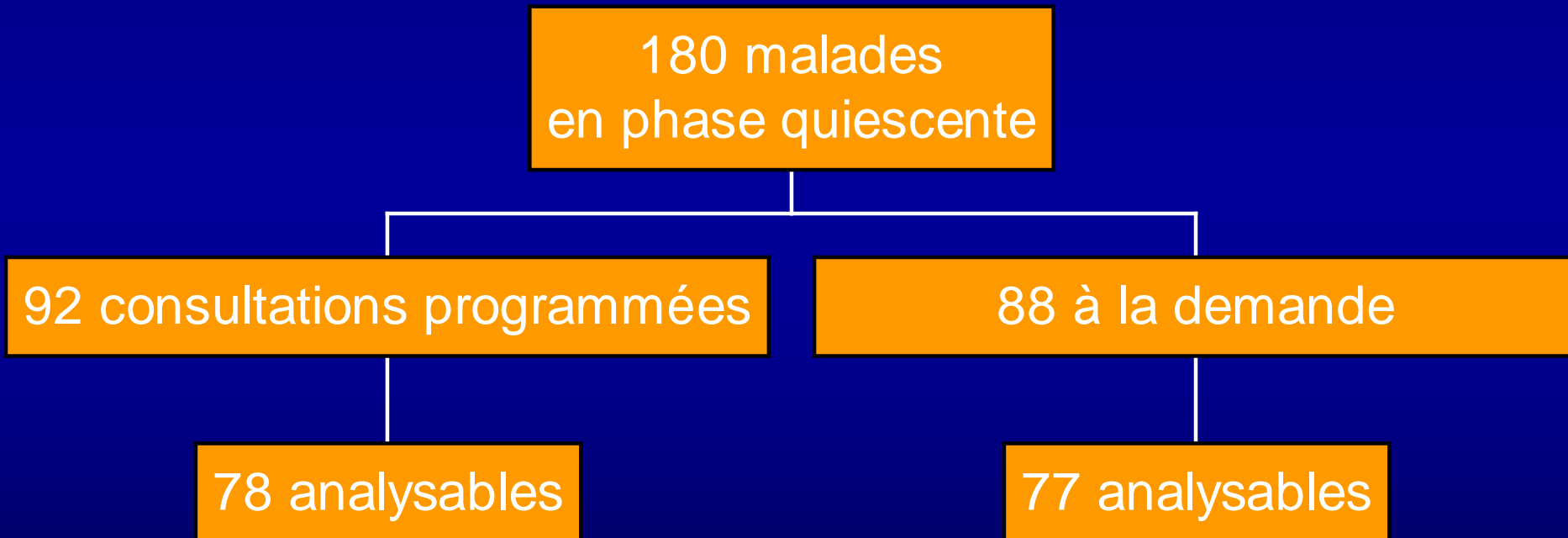
- Nécessité d'une surveillance clinique et biologique
- Demande des malades
- Les MG voient trop peu de MICI pour être compétents dans ce domaine

## Non

- Les visites programmées ne coïncident pas toujours avec les poussées
- Saturation des consults de spécialistes →  
↑ délai pour les nouveaux malades

# Etude randomisée : consultations programmées vs à la demande dans le suivi des MICI

*BMJ* 2000;320:544-8



**Table 1** Differences between patients allocated to open access and routine follow up in changes in quality of life from baseline

	Mean difference (95% CI)*			
	At 6 months	At 12 months	At 18 months	At 24 months
UK inflammatory bowel disease questionnaire:				
Bowel movements and use of facilities	-0.3	4.5	-0.5	0.3 (7.7 to -7.1)
General bowel symptoms	0.2	-1.3	-1.6	-3.5 (4.0 to -10.9)
Emotional function	-1.1	-0.0	-1.6	-1.3 (3.4 to -5.9)
Social function	-1.3	0.5	-2.4	0.4 (6.5 to -5.7)
Systemic function	-2.8	2.6	-0.3	2.2 (9.9 to -5.6)
SF-36:				
Vitality	0.1	-2.5	-6.1	-3.7 (3.3 to -10.7)
General health perception	-0.0	-4.6	-2.2	-3.5 (2.0 to -8.9)
Mental health	-2.2	-0.4	-4.1	-3.7 (2.4 to -9.9)
Bodily pain	0.8	0.8	-0.5	-2.5 (5.0 to -10.0)
Physical functioning	-0.5	2.0	-6.0	-3.7 (3.2 to -10.5)
Role limitations due to physical problems	-8.3	-2.7	-2.6	-2.7 (11.4 to -16.8)
Social functioning	-2.9	-2.1	-4.2	-0.4 (8.1 to -8.9)
Role limitations due to emotional problems	-13.3	-1.2	-3.4	-5.3 (11.4 to -22.0)

\*Positive differences denote a better change in open access patients than in routine outpatients; negative differences denote a better change in routine outpatients than in open access patients.

# Open access follow up for inflammatory bowel disease: pragmatic randomised trial and cost effectiveness study

J G Williams, W Y Cheung, I T Russell, D R Cohen, M Longo, B Lervy

« Open access follow up delivers the same quality of care as routine outpatient care and is preferred by patients and general practitioners. It uses fewer resources in secondary care but total resource use is similar. »

Alors ?

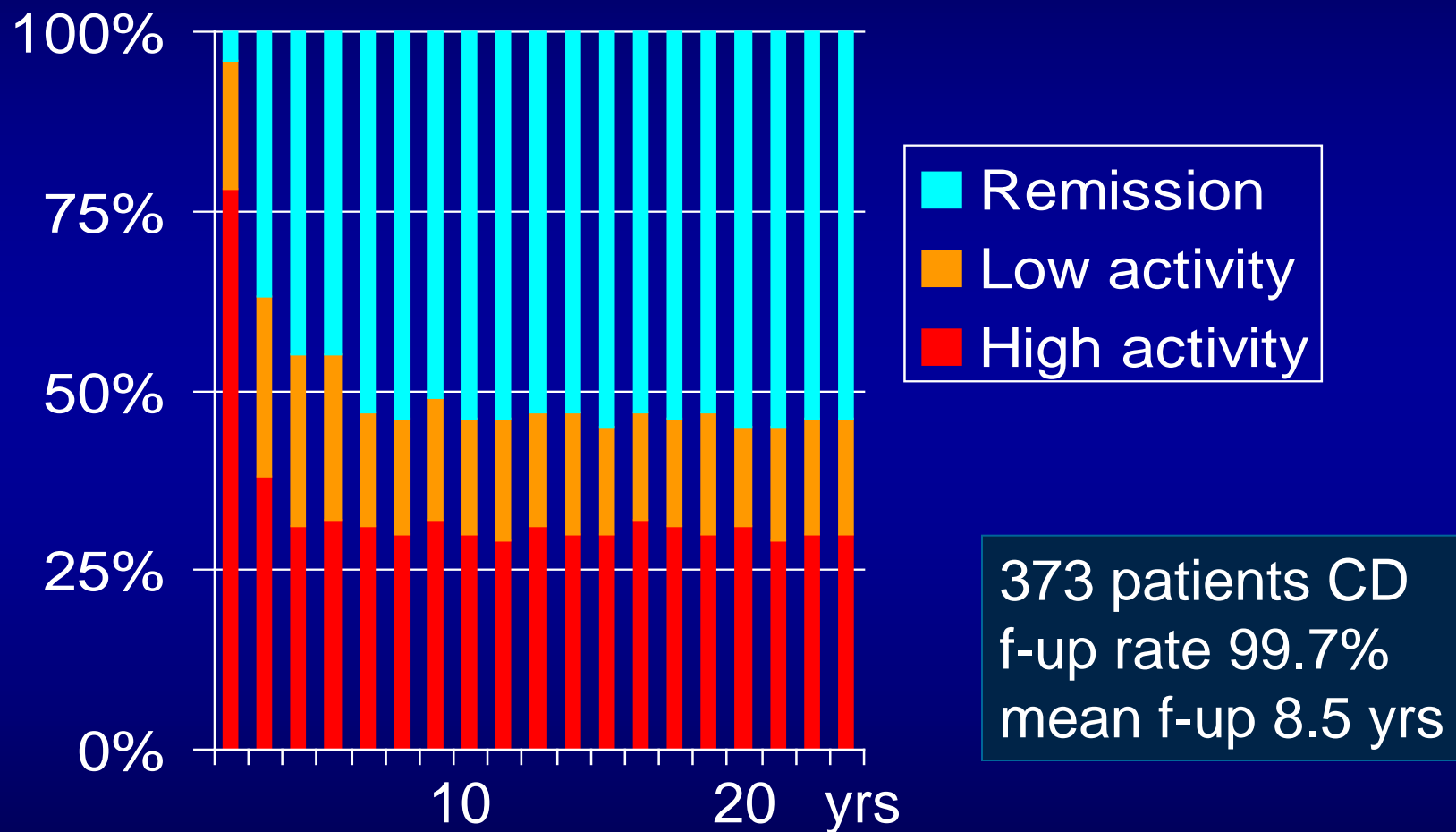
La consultation de suivi :  
un moment privilégié de  
l'éducation thérapeutique du  
patient atteint de MICI

# Qualité de l'information à l'usage des patients atteints de MICI

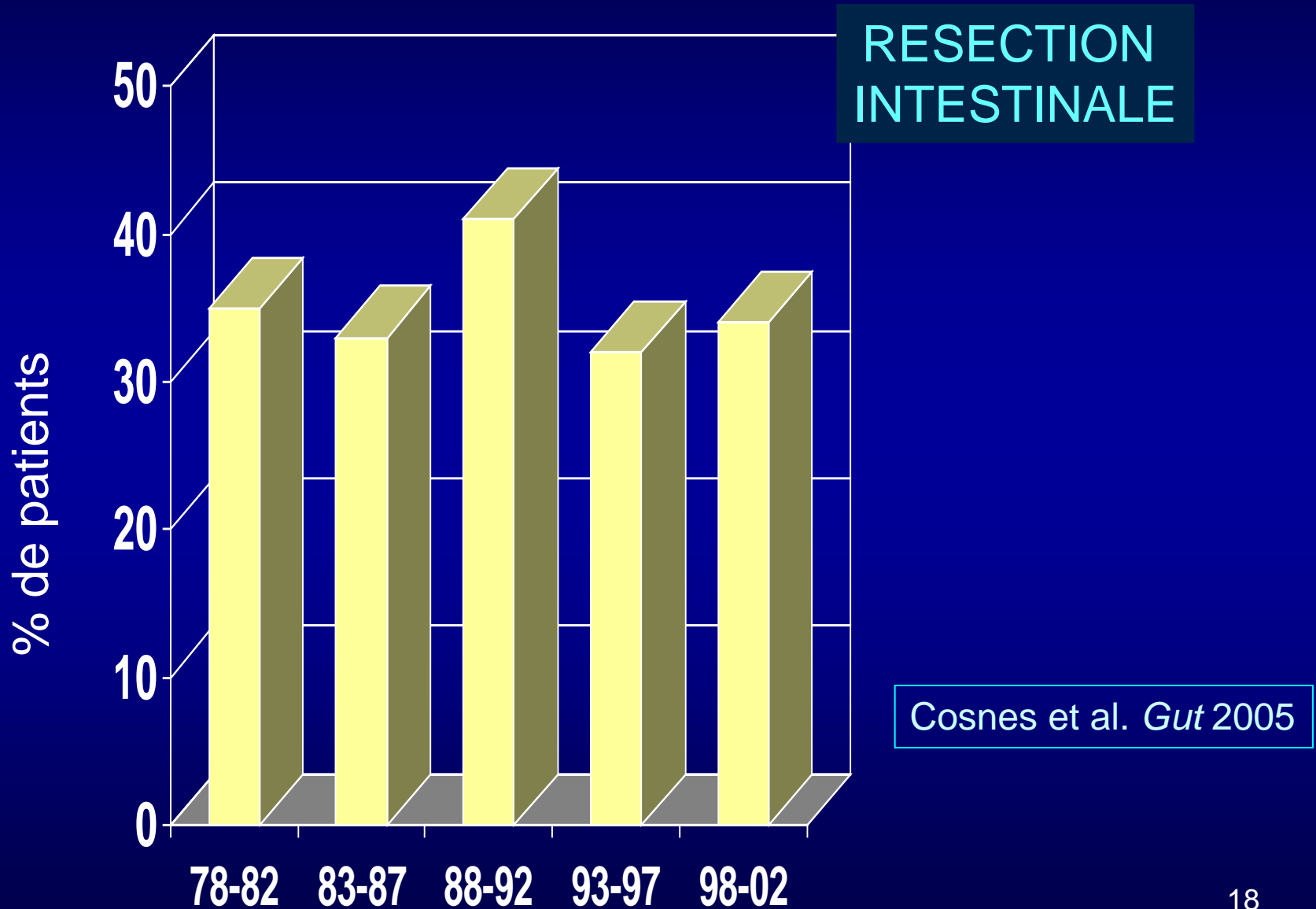
	Voisins, famille	Media, internet
Information émise	Mauvaise	Bonne
Information reçue	Mauvaise	Variable (souvent mauvaise)



# Effet du temps sur l'activité de la M de Crohn

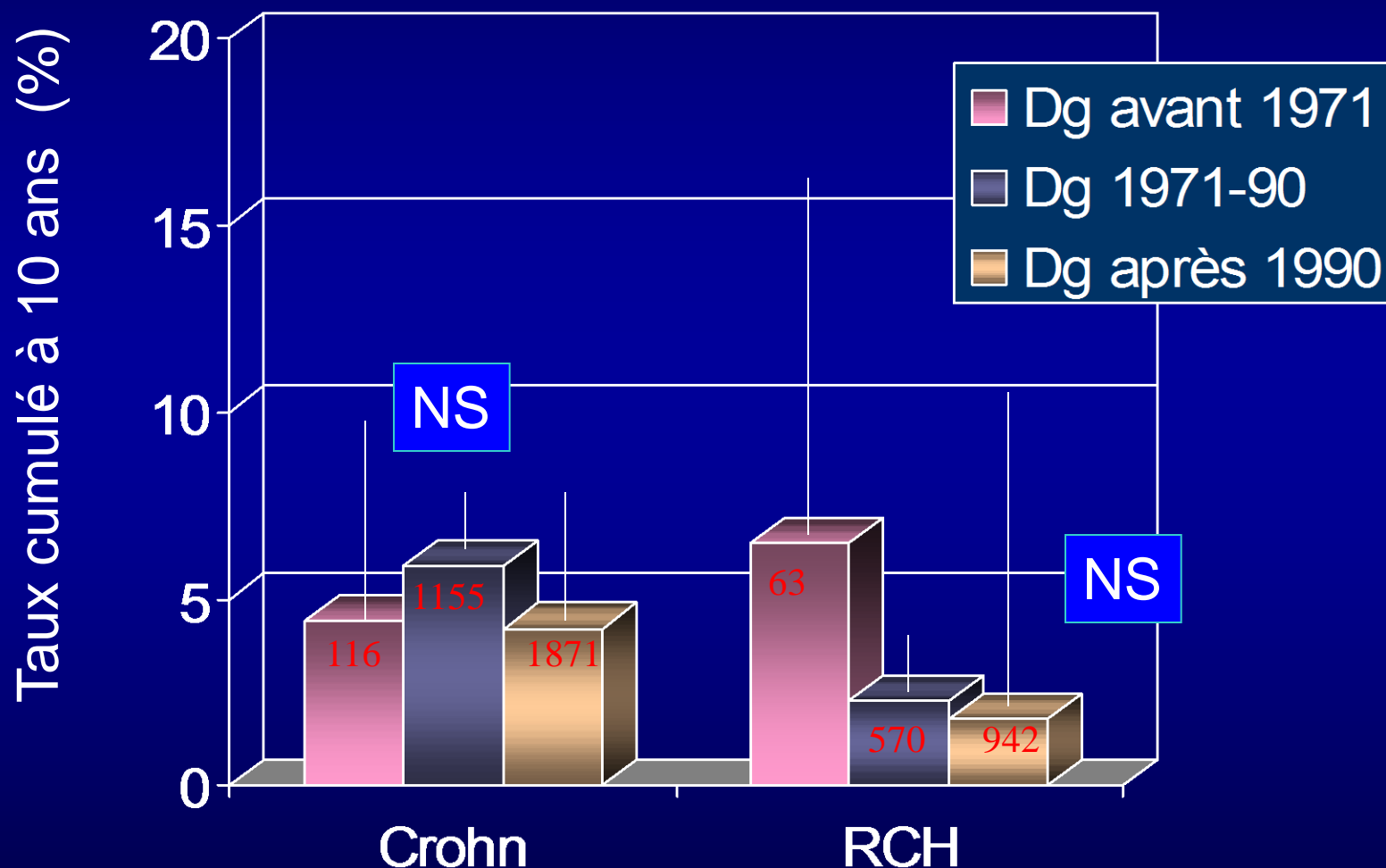


# M de Crohn : Taux cumulés à 5 ans

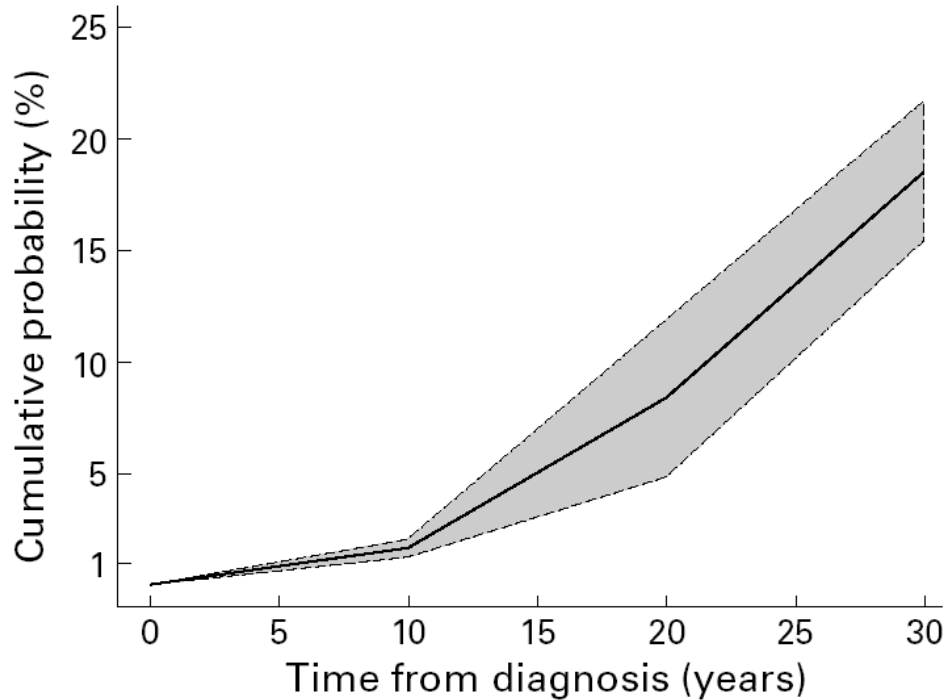


# Risque de stomie définitive au cours des MICI

St-Antoine n=4718



# Facteurs de risques de CCR dans la RCH : durée d'évolution *(Eaden et al Gut 2001 ;48:526-35)*



*Figure 3 Cumulative risk of developing colorectal cancer for any patient with ulcerative colitis based on stratified data (using stratified incidence, n=19).*

## Risque cumulatif

✓ 2% à 10 ans

✓ 8% à 20 ans

✓ 18% à 30 ans

# Prévention du CCR dans la RCH

*(Kornbluth A, Sachar DB, Am J Gastro 2004)*

- Coloscopies (+ chromoendoscopie) de surveillance/2 ans après 8 ans d'évolution. Au diagnostic si CSP.
- Salicylés en continu (> 2g/j)
- Consultation tous les 6 mois
- Si dysplasie confirmée : proctocolectomie

# Qualité de l'information à l'usage des patients atteints de MICI

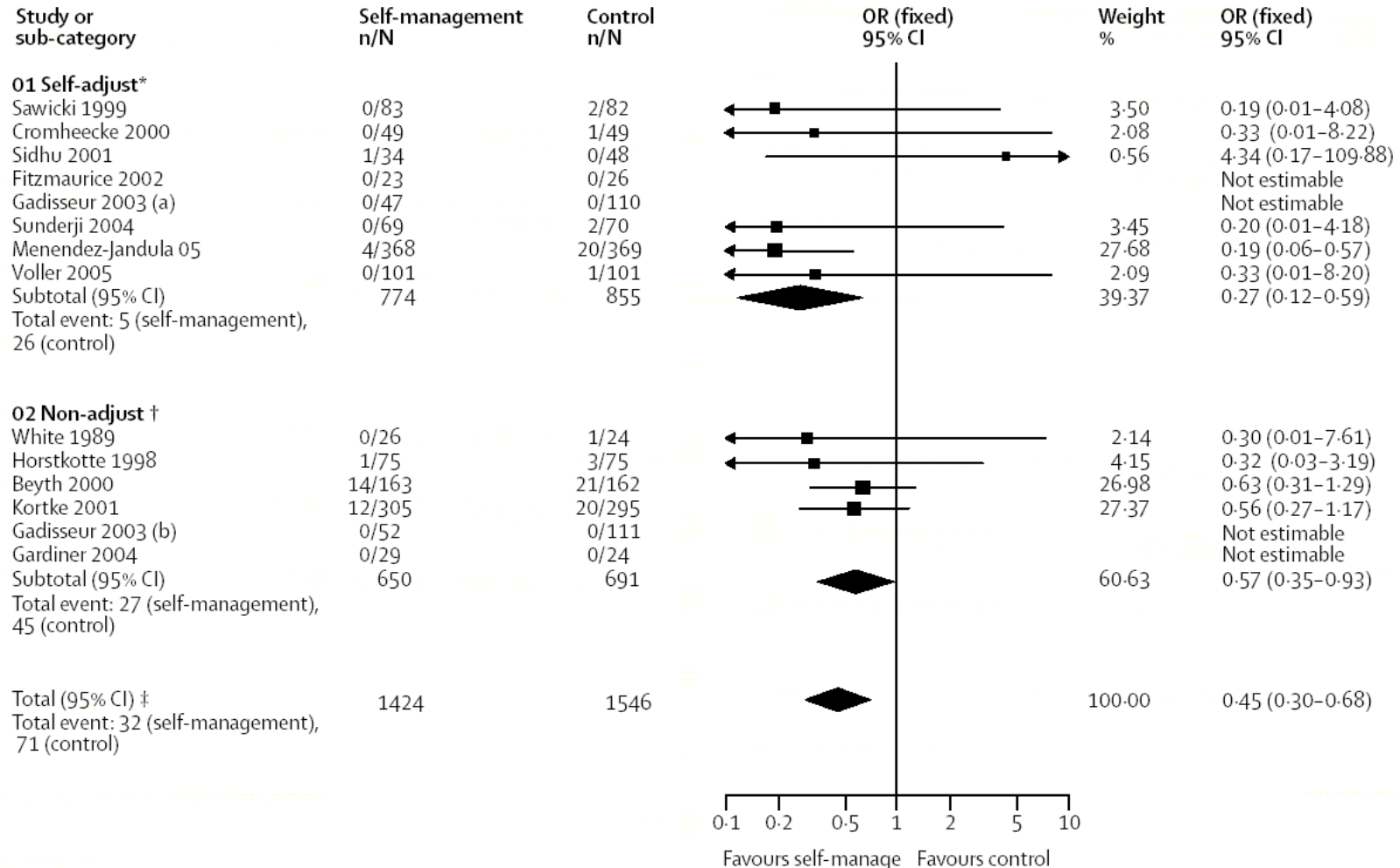
	Voisins, famille	Media, internet	Médecin
Information émise	Mauvaise	Bonne	Bonne
Information reçue	Mauvaise	Variable (souvent mauvaise)	Bonne

# L'éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique améliore leur état de santé

- **Diabète** : meilleur contrôle de la glycémie  
(*Diabetes care* 1995;18:943-9)
- **Asthme** : diminution de la morbidité et des complications aiguës (*BMJ* 1996;312:748-52)
- **Malades sous AVK** : diminution de la mortalité et des thromboses (*Lancet* 2006;367:404)

# Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis

C Heneghan, P Alonso-Coello, J M Garcia-Alamino, R Perera, E Meats, P Glasziou





# L'éducation thérapeutique des patients atteints de RCH améliore t'elle leur état de santé ?

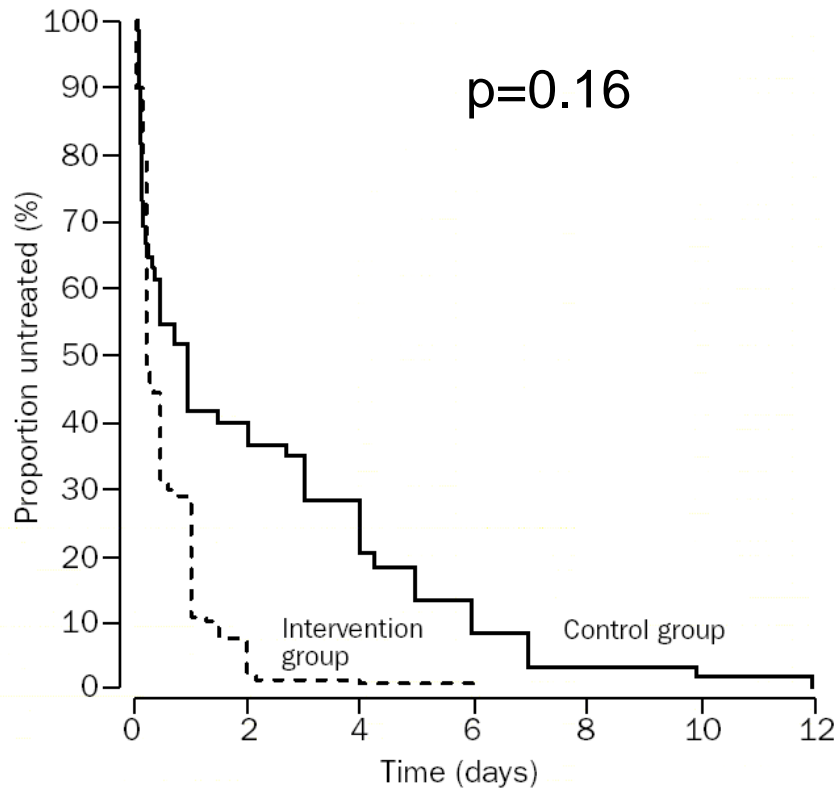
- 203 malades tirés au sort pour suivi habituel ± éducation thérapeutique

Autodiagnostic d'une poussée

Automédication appropriée

Quand consulter ?

# L'éducation thérapeutique des patients atteints de RCH améliore t'elle leur état de santé ?



#### Numbers at risk

Control	60	22	12	5	2	1	0
Intervention	117	3	1	0	0	0	0

Figure 2: **Kaplan-Meier curves for time between relapse and treatment**

Taux de colectomie et de corticoïdes IV : NS

82% des patients préfèrent l'éducation

THE LANCET • Vol 358 • September 22, 2001

## L'éducation thérapeutique des patients atteints de RCH améliore t'elle leur état de santé ?

<b>Treatment</b>	<b>Number of patients</b>
Oral prednisolone	22
Oral prednisolone and topical therapy	18
Topical steroids	38
Topical mesalazine	11
Oral mesalazine	5
Oral mesalazine and topical therapy	7

Table 2: **Self-treatment regimens in the intervention group**

Traitement approprié dans 95% des cas du groupe « éduqué » vs 70% du groupe contrôle ( $p < 0.0001$ )

# Suggestion d'objectifs pédagogiques pour le patient atteint de MICI

- Autodiagnostic  
poussée  
neutropénie sous azathioprine  
pneumopathie au methotrexate  
infections sous immunosuppresseurs
- Facteurs déclenchant des poussées : arrêt du tabac (RCH), sa consommation (MC), antibiotiques, AINS
- Automédication par traitements topiques dans les rectites

*Selon la loi, le médecin est directement responsable de la surveillance du patient*

# Les fiches thérapeutiques du GETAID : un outil de l'éducation thérapeutique



**Le méthotrexate**



**L'azathoprine et la 6-mercaptopurine**



**Les dérivés aminosalicylés**

# Conclusion

- La consultation de suivi des patients atteints de MICI en phase quiescente a pour but de déceler les signes de poussées et de toxicité du traitement
- C'est aussi un moment privilégié pour une éducation thérapeutique personnalisée et continue

Merci de votre attention



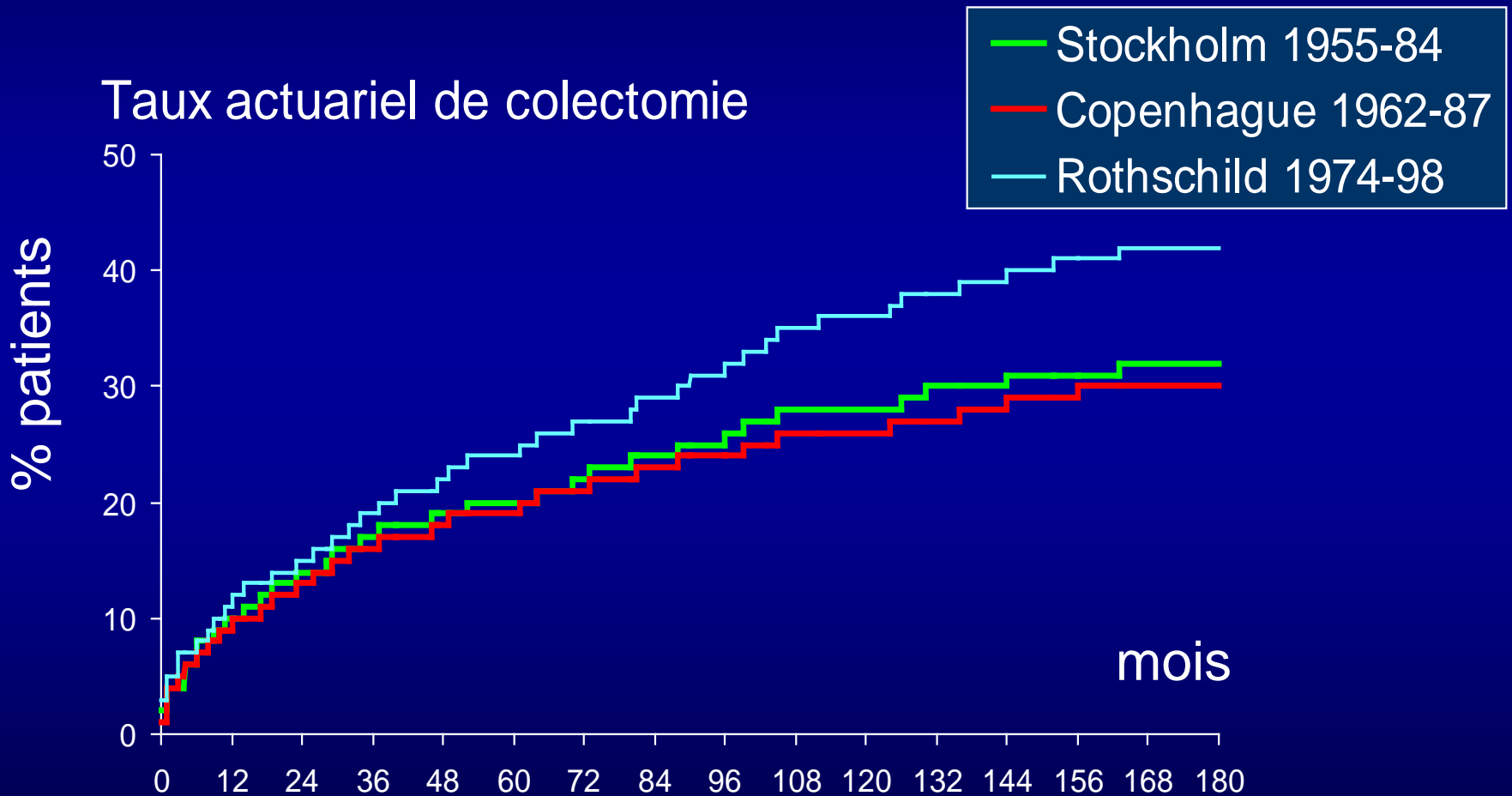
FMC  
HGE



Cette maladie je vais la  
garder toute ma vie ?

# La chirurgie

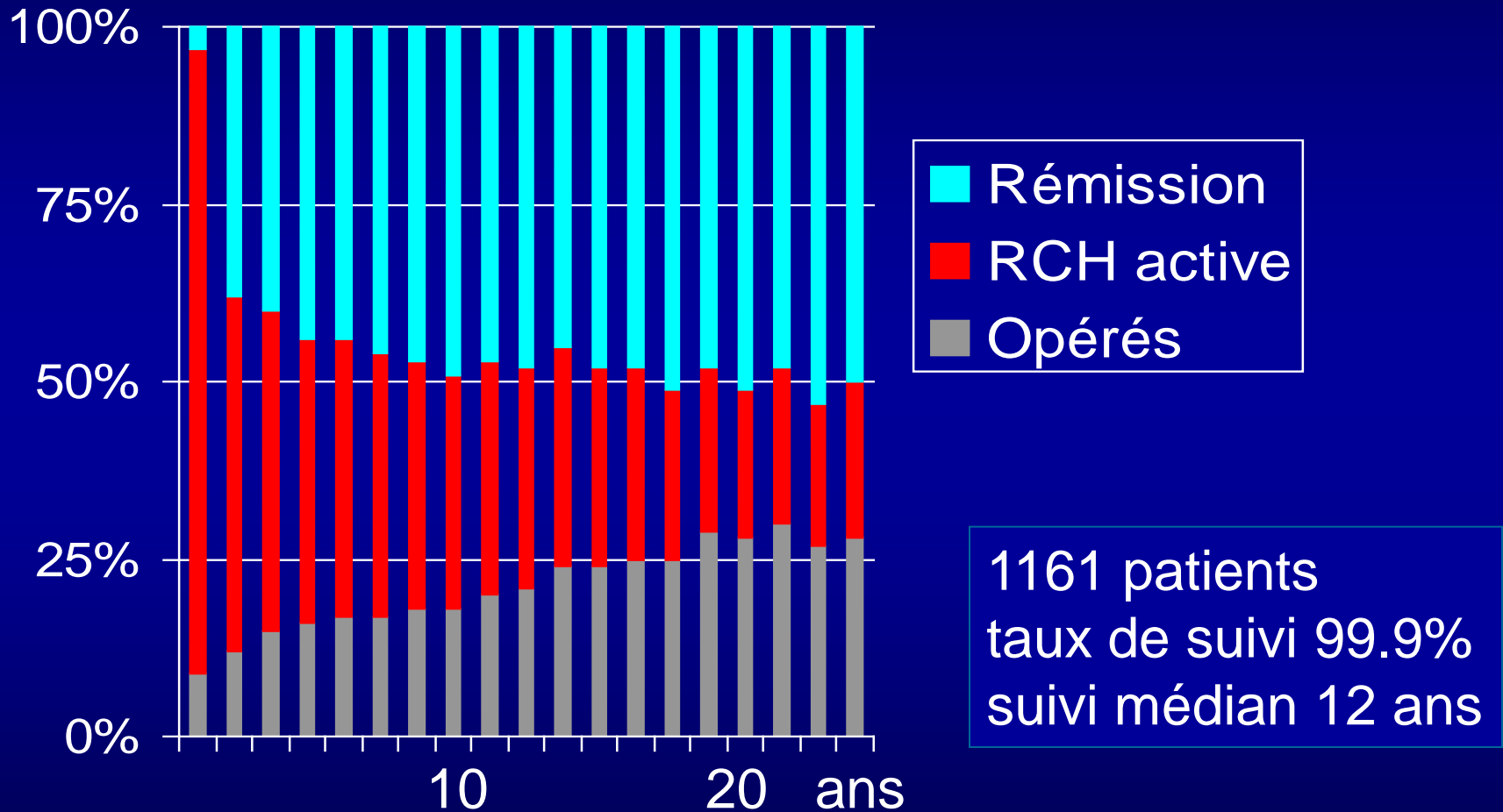
# Risque de colectomie au cours de la RCH



# le risque de stomie

# le risque de cancer

# Effet du temps sur l'activité de la RCH

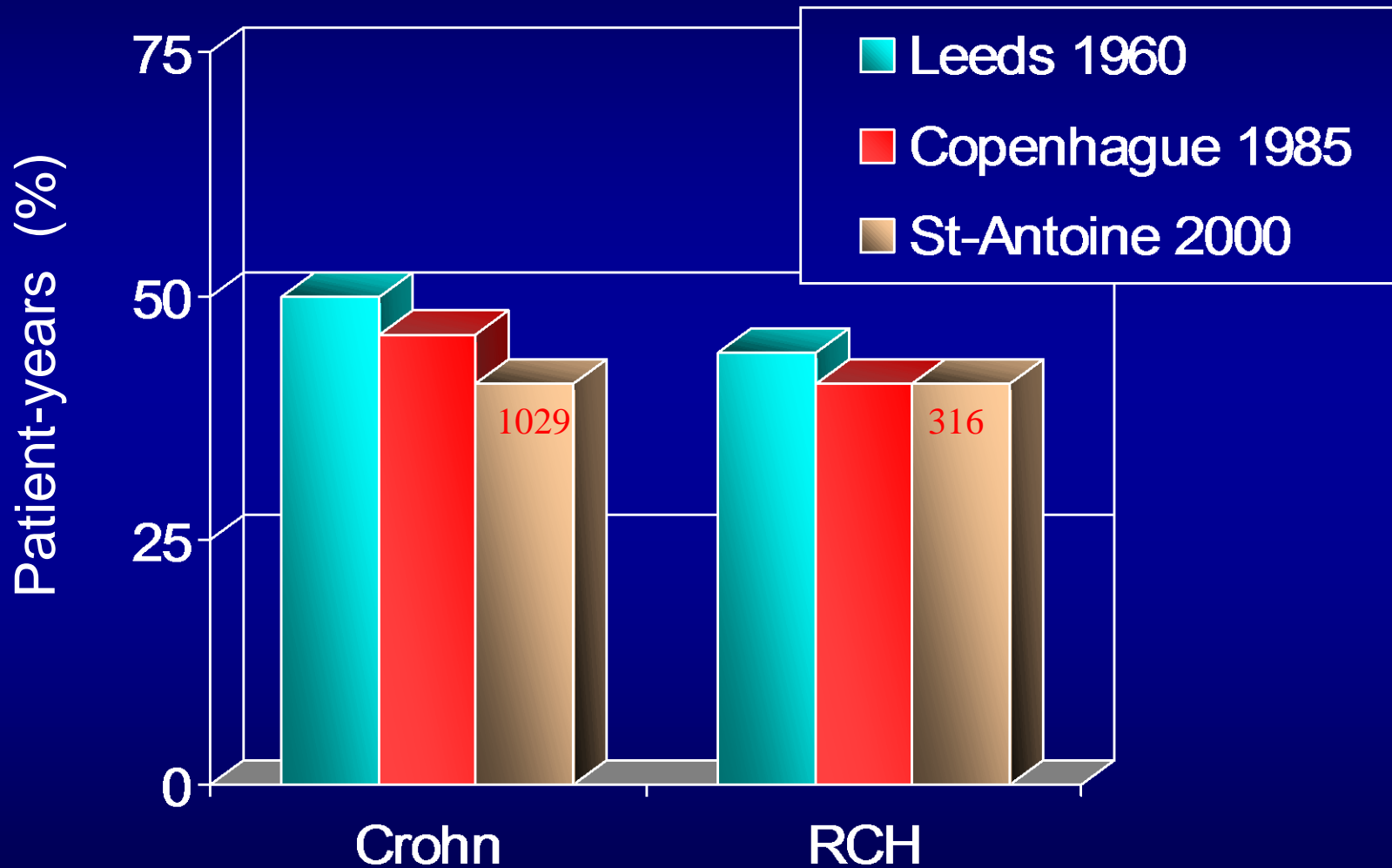


Facteurs de risque de CCR dans la RCH :  
étendue de la maladie *(Ekblom N Engl J Med 1990;323:1228-33)*

## Standardized Incidence Ratio (SIR)

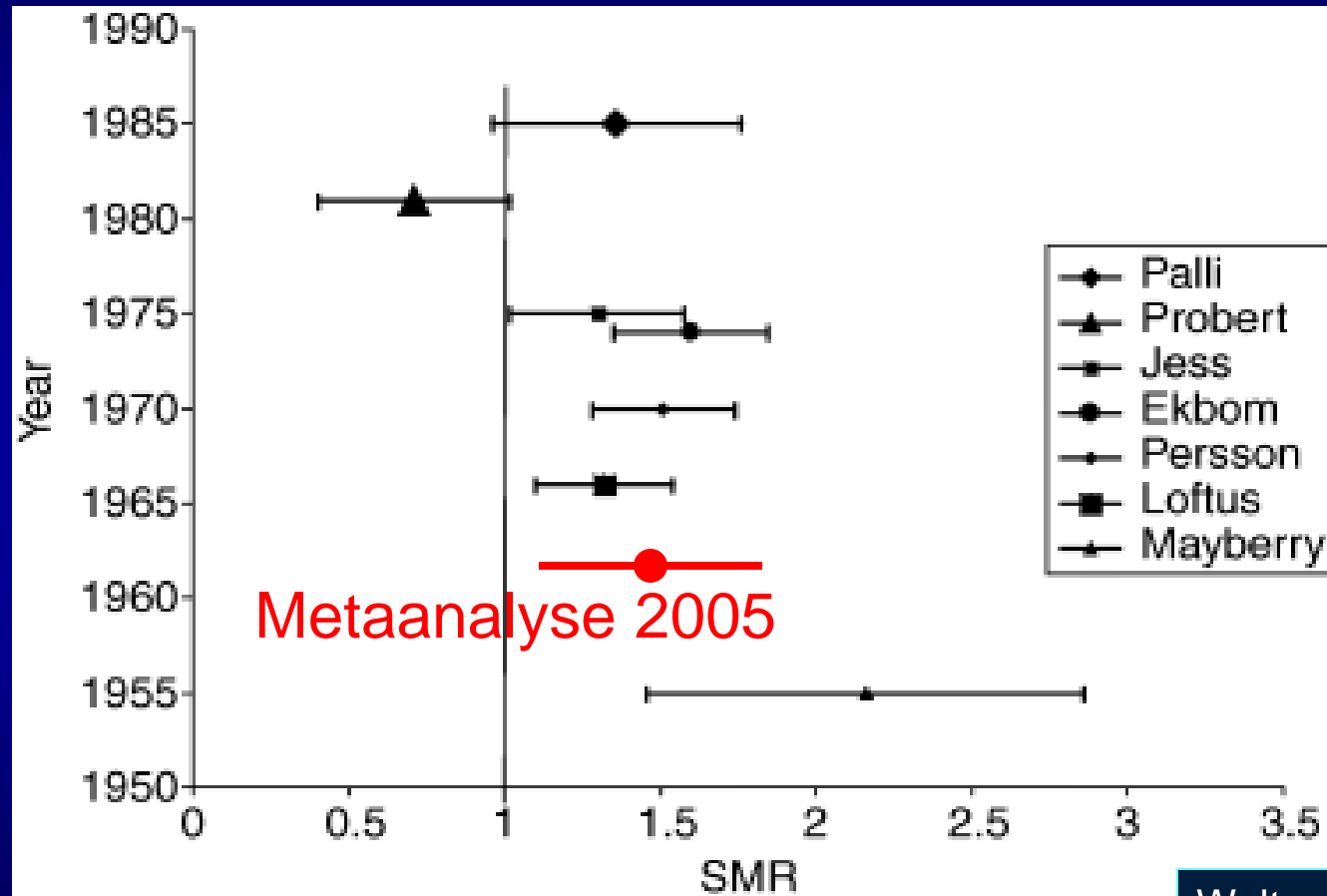
- ✓ SIR proctite 1.7 (0.8 - 3.2)
- ✓ SIR colite gauche 2.8 (1.6 - 4.4)
- ✓ SIR pancolite 14.8 (11.4 - 18.9)

# activité de la MICI dans 3 séries





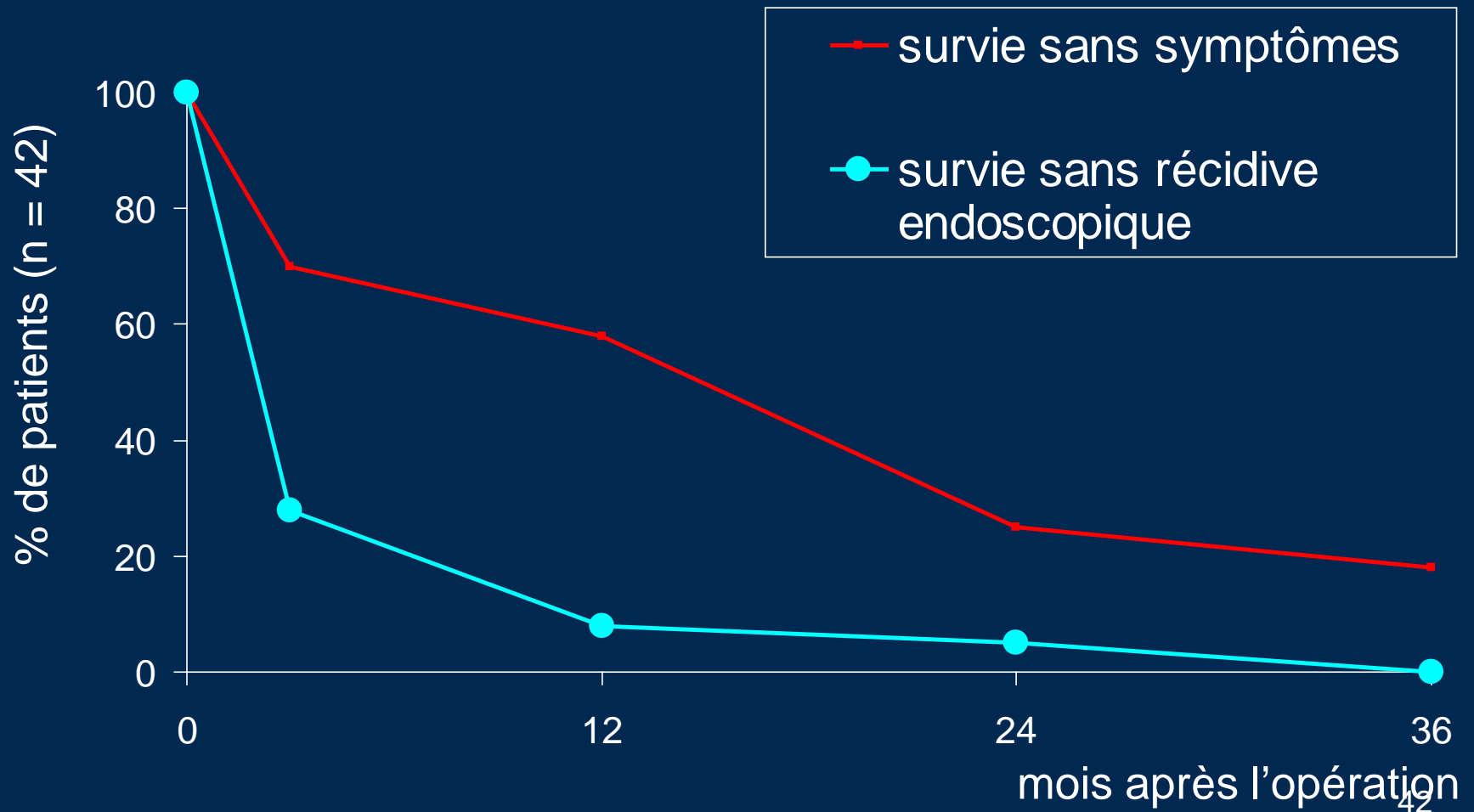
# M de Crohn : taux de mortalité standardisé (études de population)



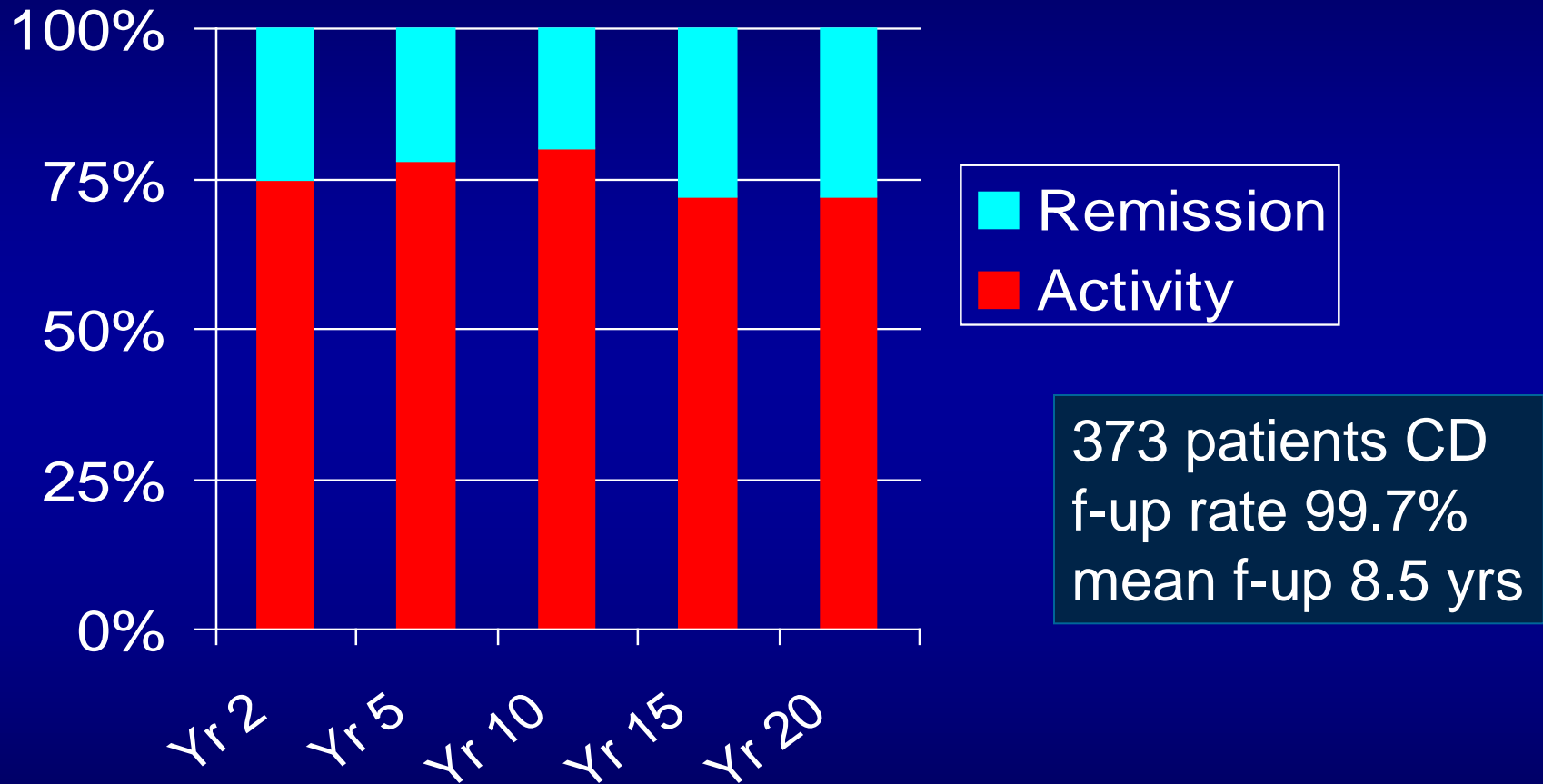
Wolters et al.  
APT 2004

# Histoire naturelle de la maladie de Crohn après résection iléale

Olaison et al *Gut* 1992

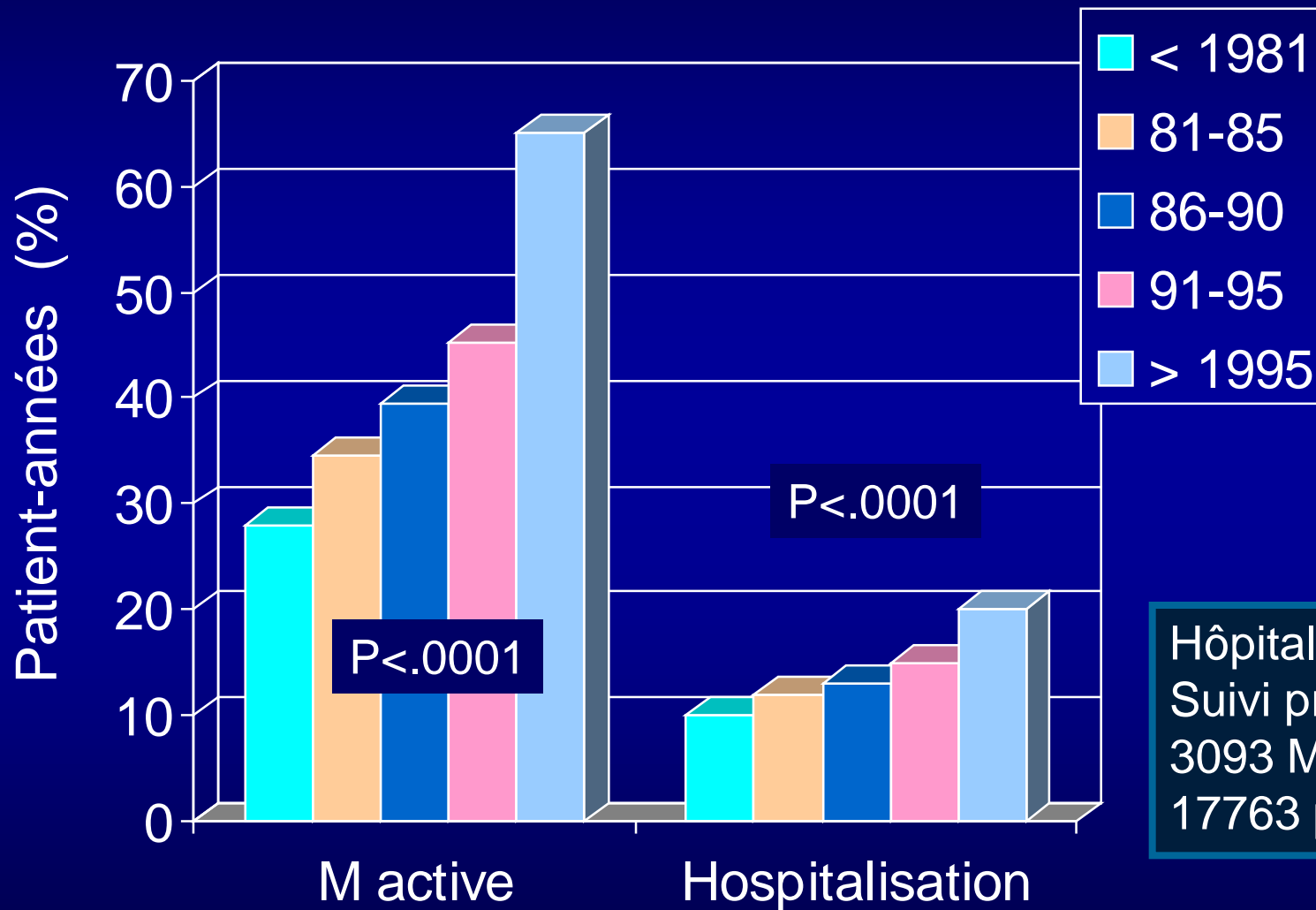


# Probabilité d'activité l'année suivant une année active



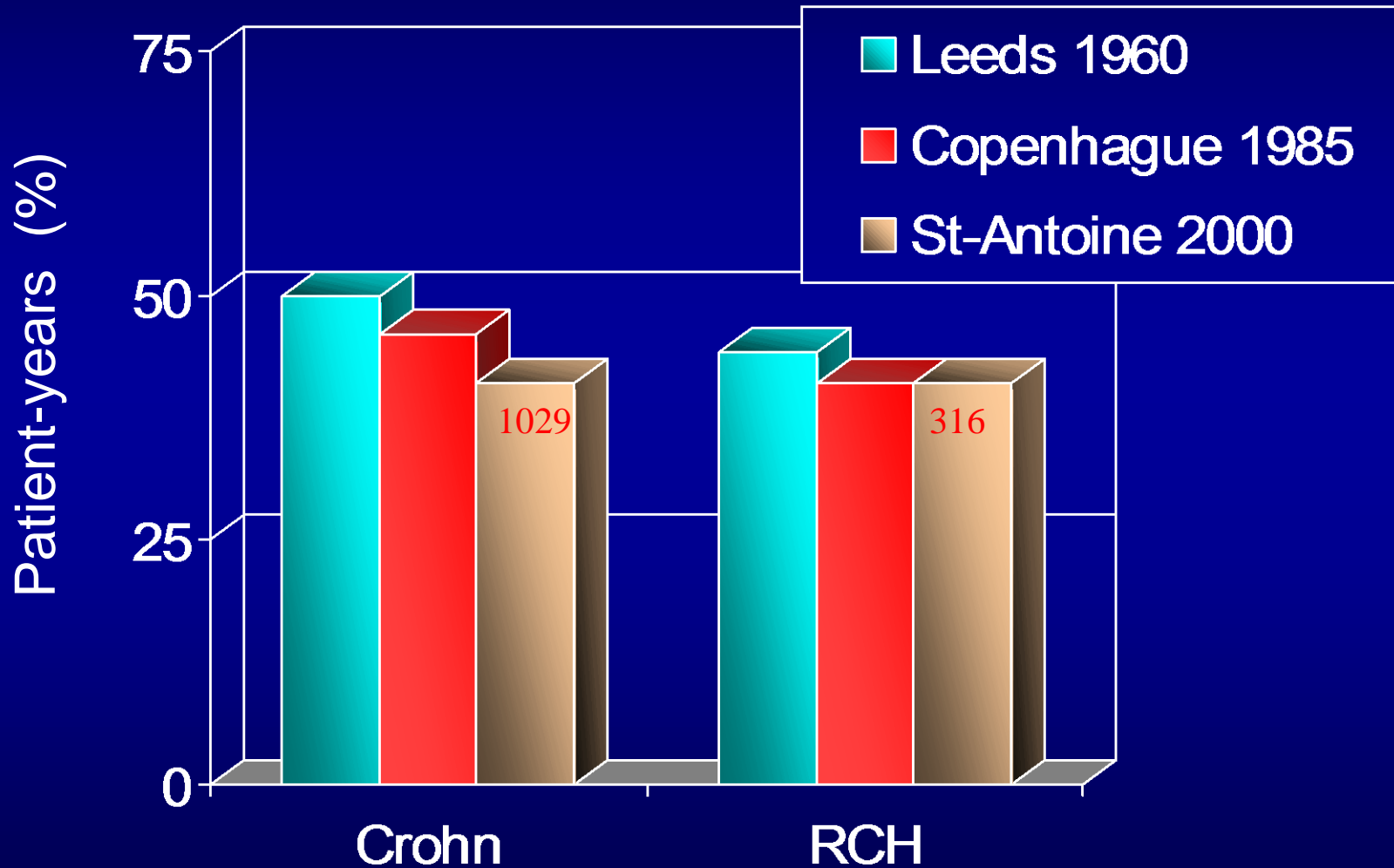
Munkolm et al *Scand J Gastroenterol* 1995

# Effet du temps sur l'activité de la M de Crohn

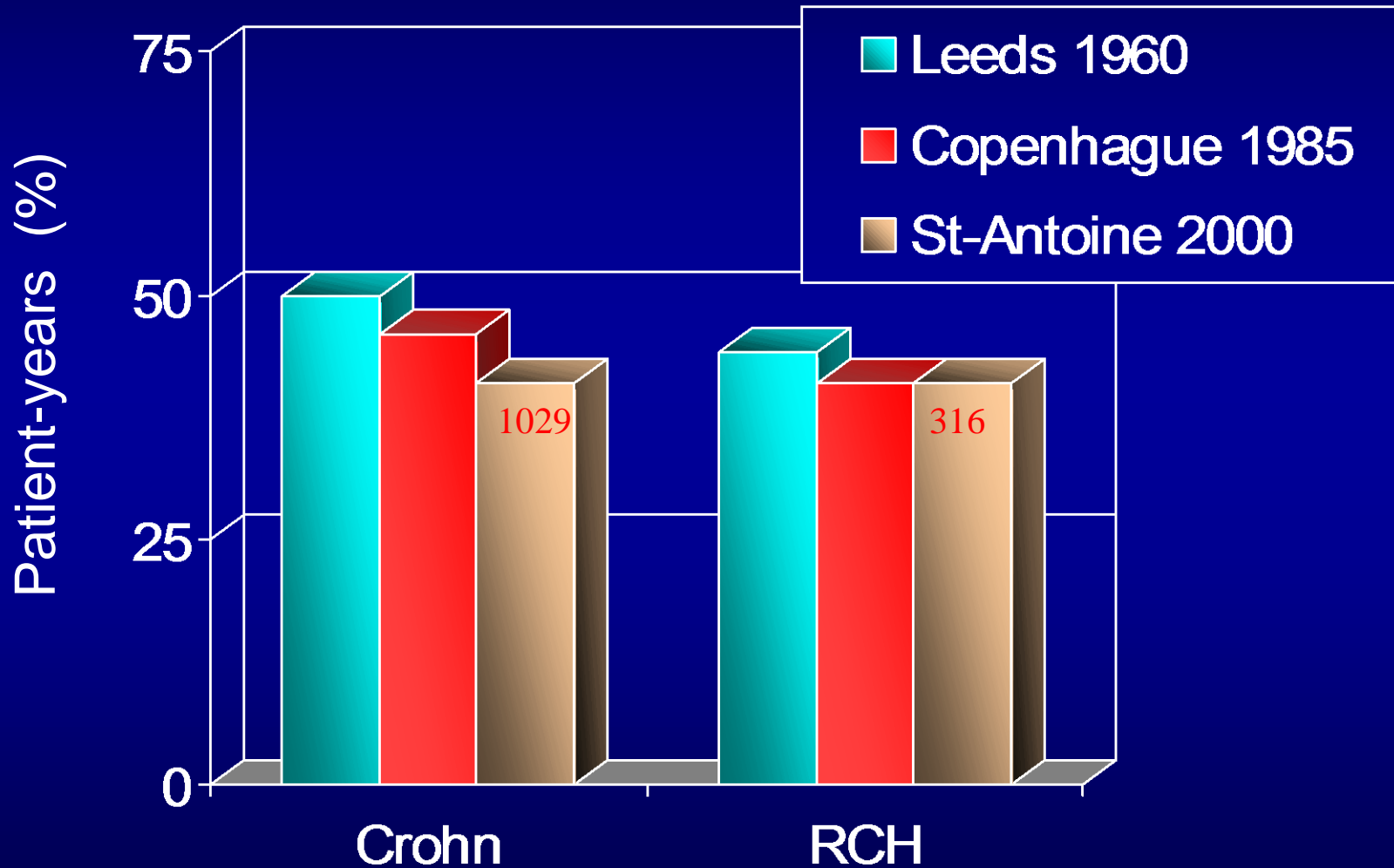


Hôpital St-Antoine  
Suivi prospectif 95-05  
3093 MC  
17763 patient-années

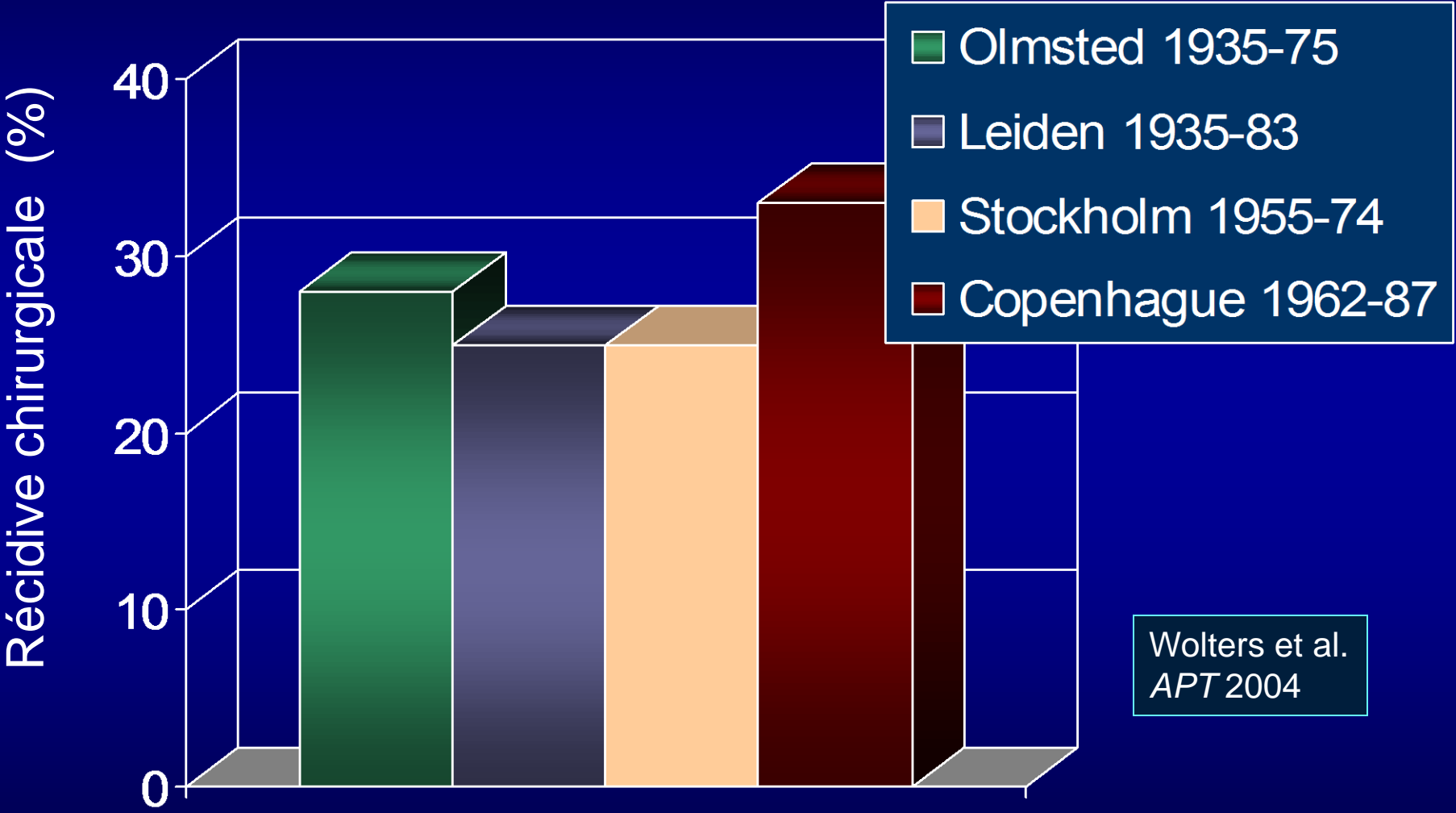
# activité de la MICI dans 3 séries



# activité de la MICI dans 3 séries

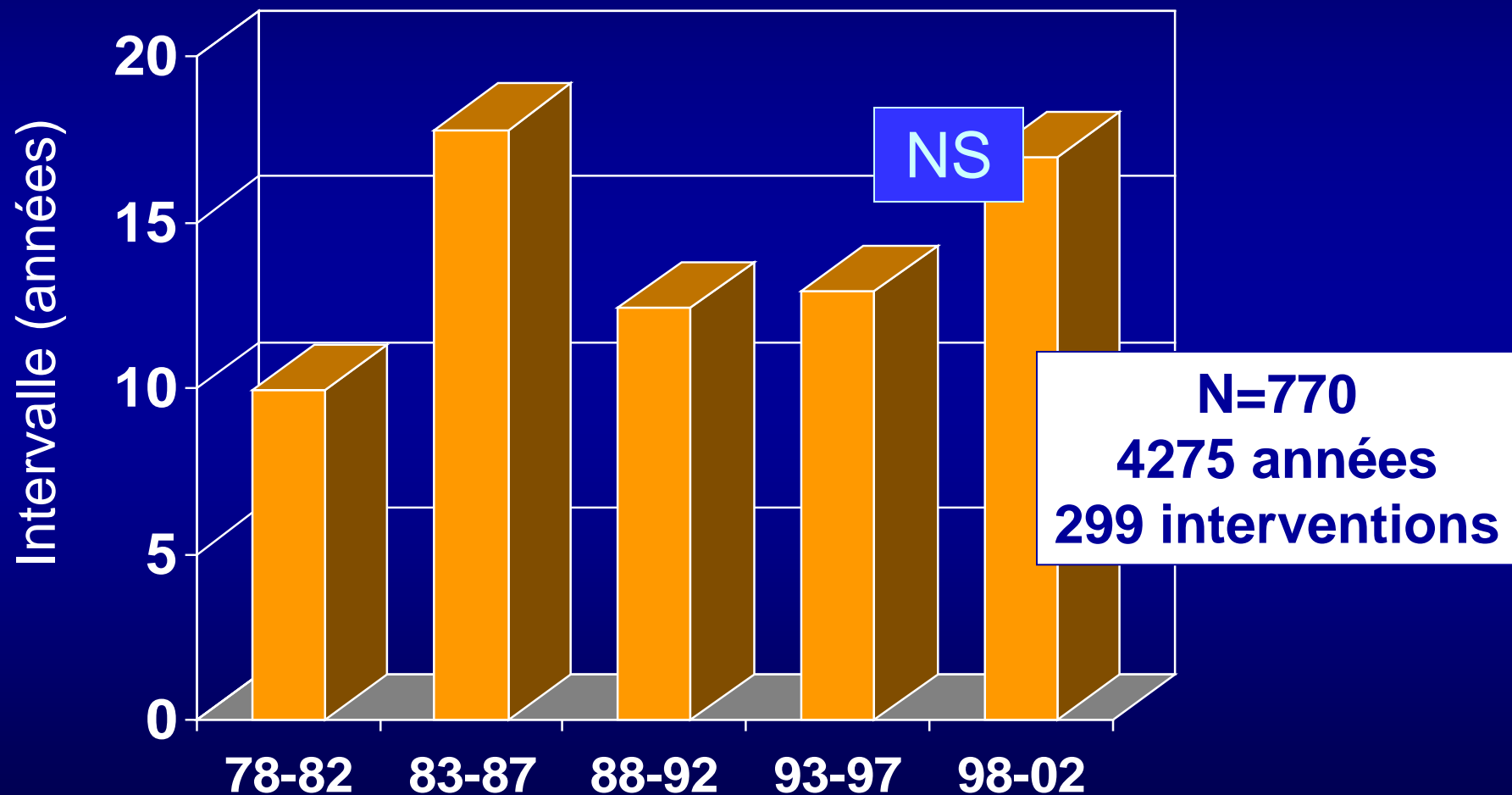


# Risque cumulé de récurrence chirurgicale à 10 ans post-op. dans la M de Crohn (études de population. Suivi > 99%)



Wolters et al.  
APT 2004

# M de Crohn: intervalle moyen entre 2 interventions en 25 ans





# Facteurs de risque de CCR dans la RCH

**Durée d'évolution**

**Etendue de la maladie**

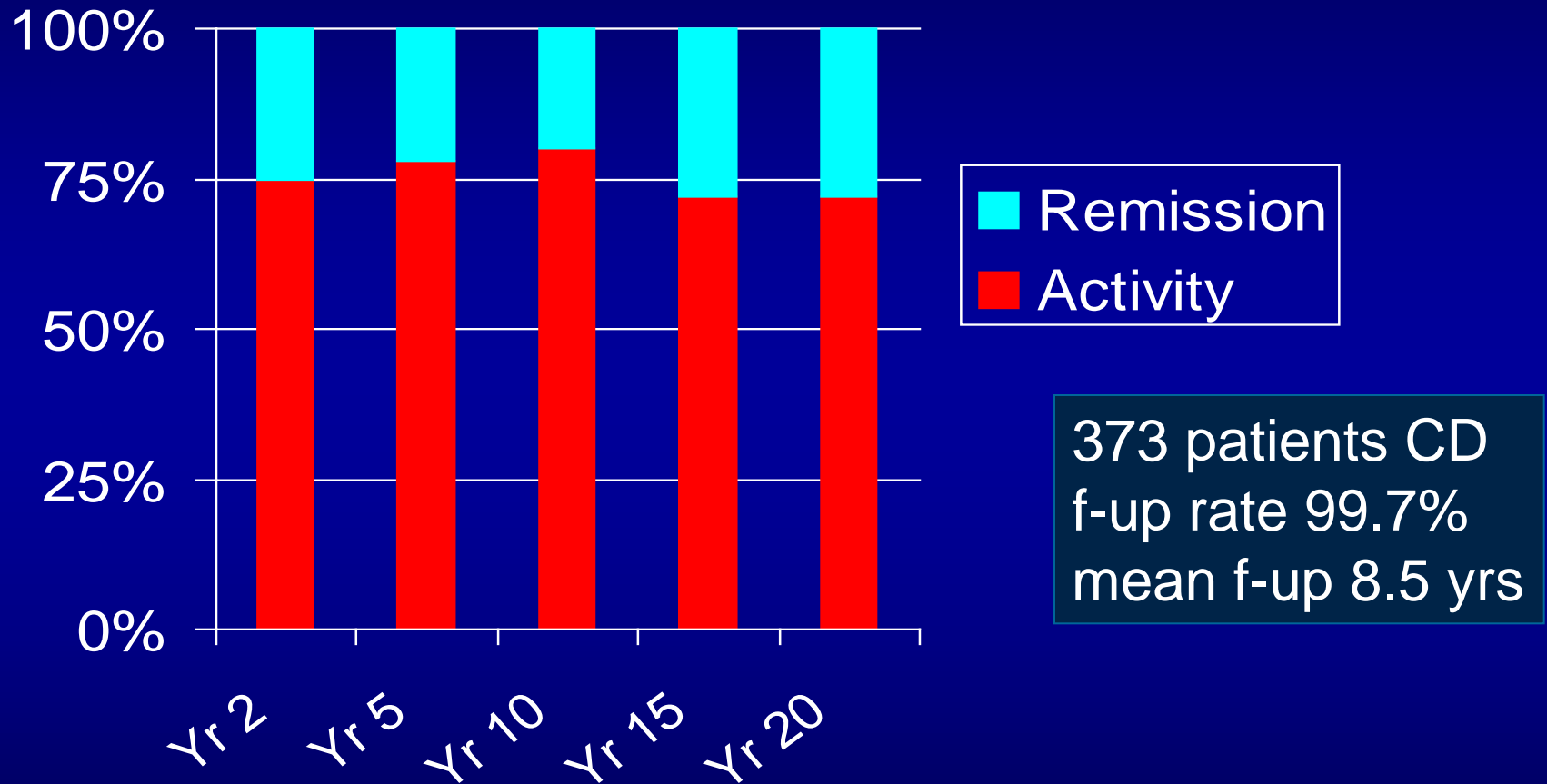
**Histoire familiale de cancer colorectal**

**Cholangite sclérosante primitive**

**Iléite de reflux (1 étude)**

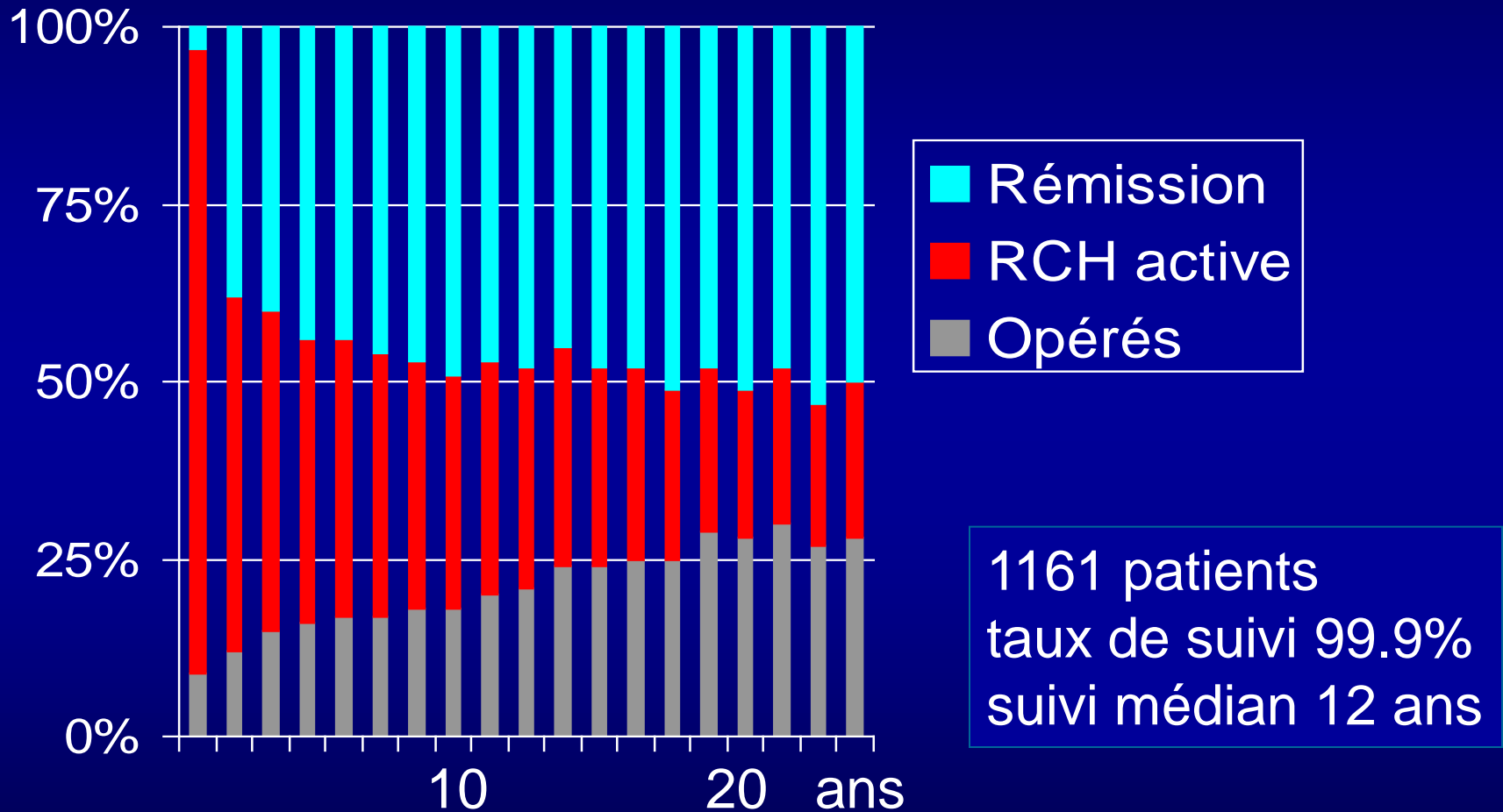
**Sévérité de l'inflammation (1 étude)**

# Probabilité d'activité l'année suivant une année active



Munkolm et al *Scand J Gastroenterol* 1995

# Effet du temps sur l'activité de la RCH

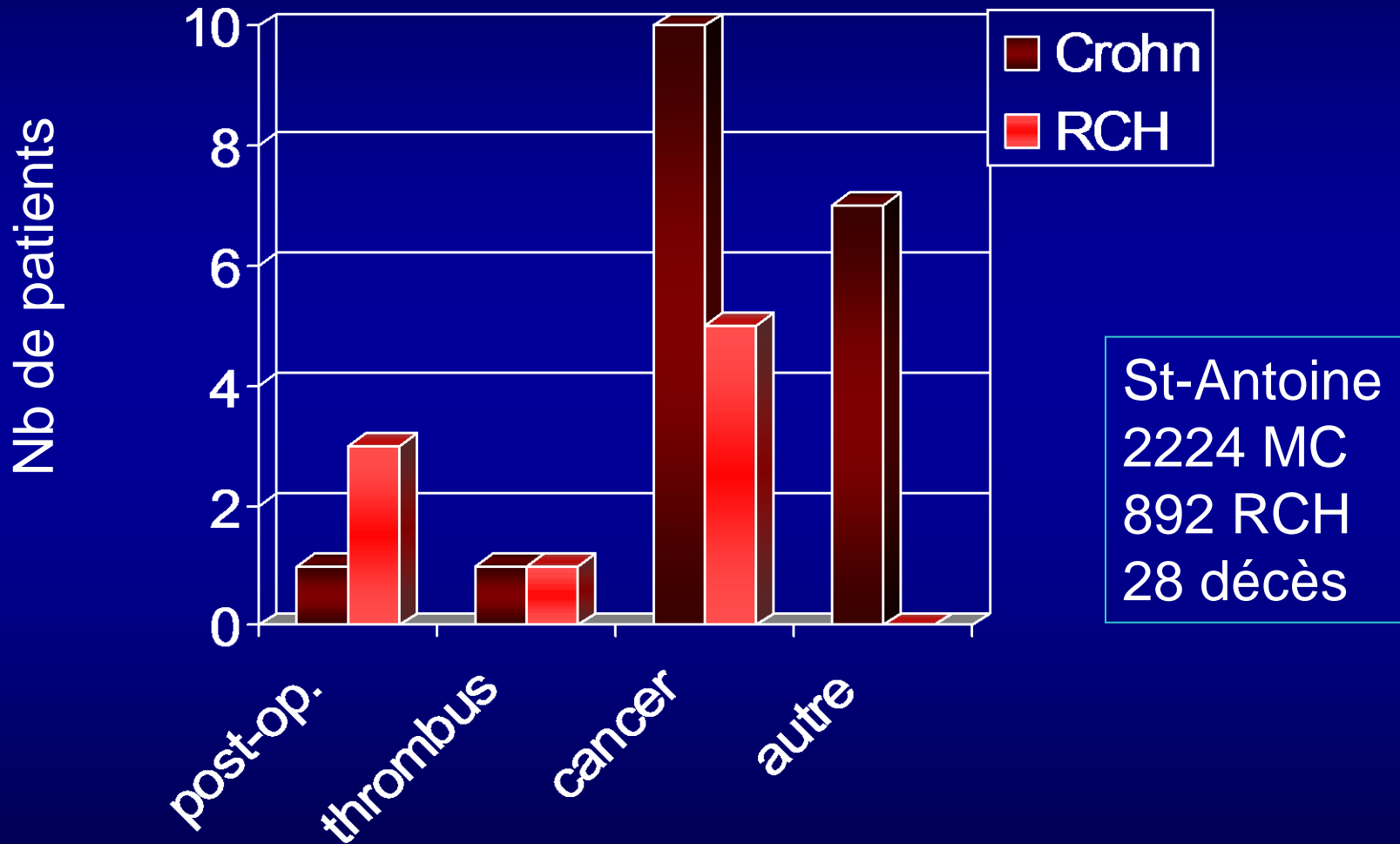


# Classification de Vienne des maladies de Crohn

Gasché et al *IBD* 2000; 6: 8-15

- MC pénétrante :  
fistule intra-abdominale ou péri-anale, masse inflammatoire et/ou abcès  
(ou ulcérations périanales)
- MC sténosante (non pénétrante) :  
rétrécissement constant, documenté, associé à dilatation pré-sténotique et/ou symptômes obstructifs
- MC inflammatoire (non pénétrante, non sténosante)

# De quoi meurent les MICI en 2000-05 ?



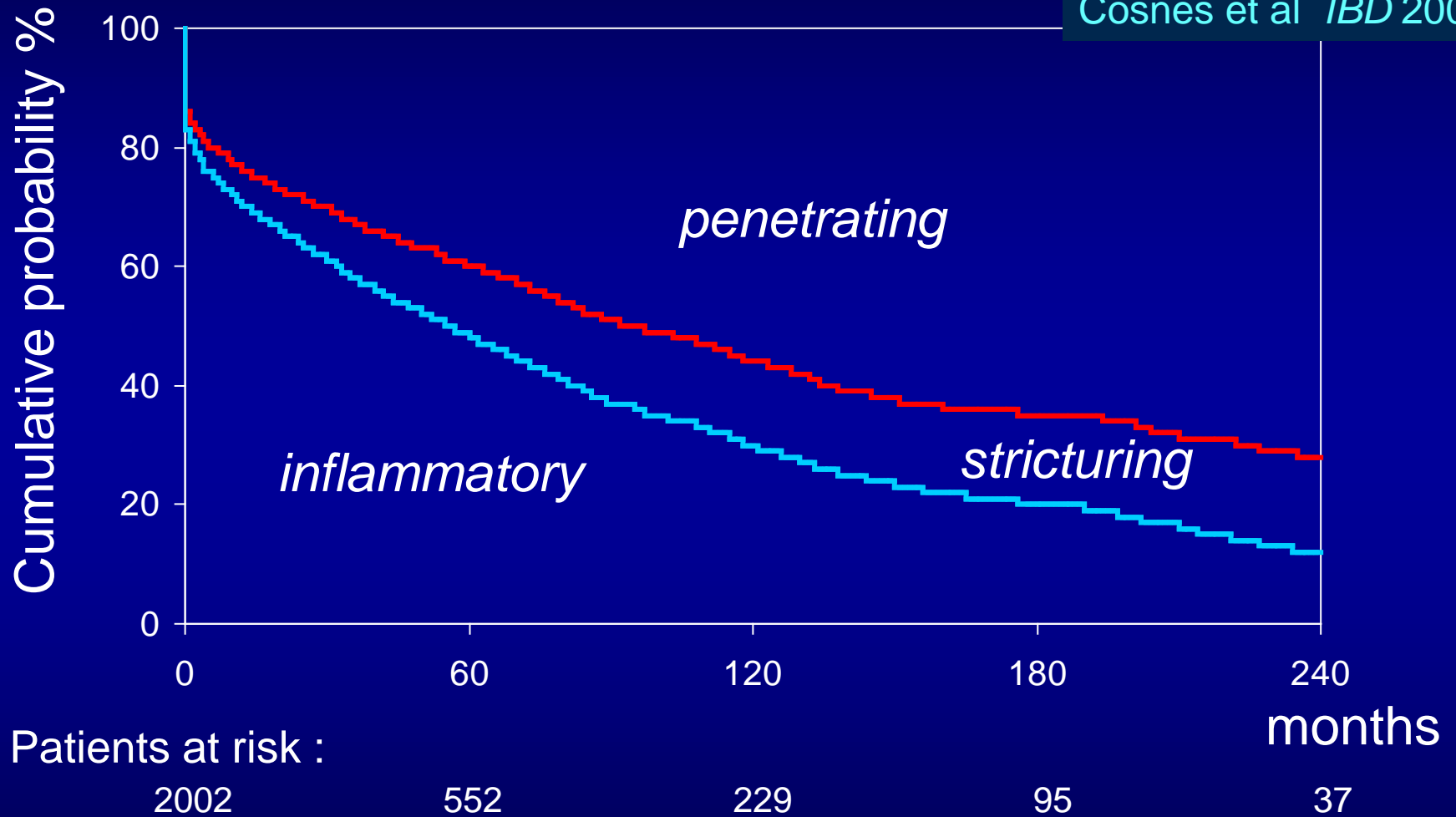
# M de Crohn et cancer (études de population)

	n	KCR	K grêle	autres K
Stockholm	1251	0.89	15.6	vessie 2.68
1955-84		0.29-2.07	4.2-41	1.08-5.53
Olmsted	216	-	-	-
1950-93				
Upssala	1655	2.5	-	-
1965-83		1.3-4.3		
Copenhague	374	1.64	66.7	basocell. 5.5
1962-87		0.20-5.92	18-171	2.0-11.9
Tel Aviv	365	1.14	-	-
1970-80		0.03-6.33		

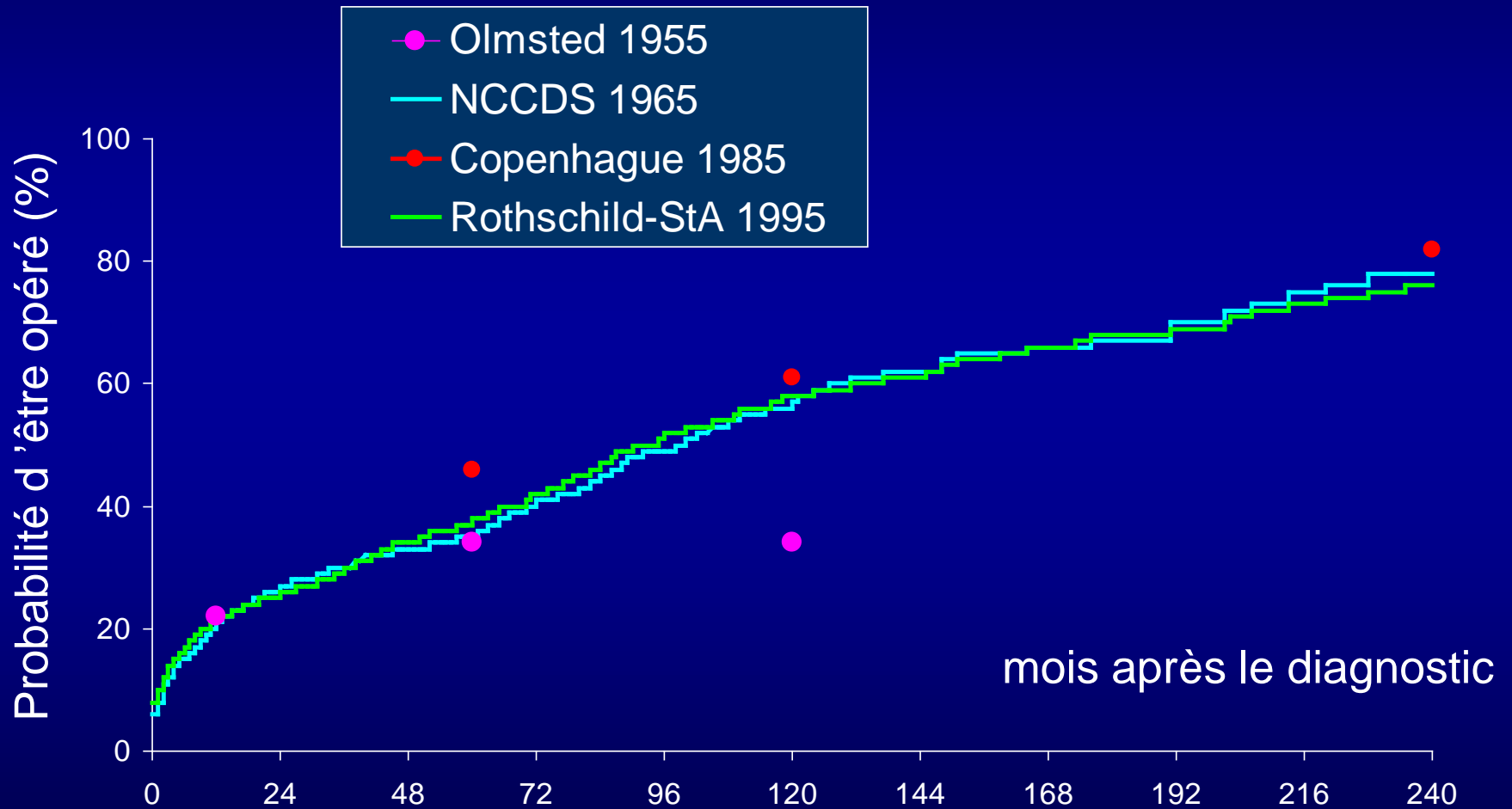
Wolters et al.  
APT 2004

# Comportement anatomique de la M de Crohn

Cosnes et al *IBD* 2002



# MC : risque de chirurgie d'exérèse

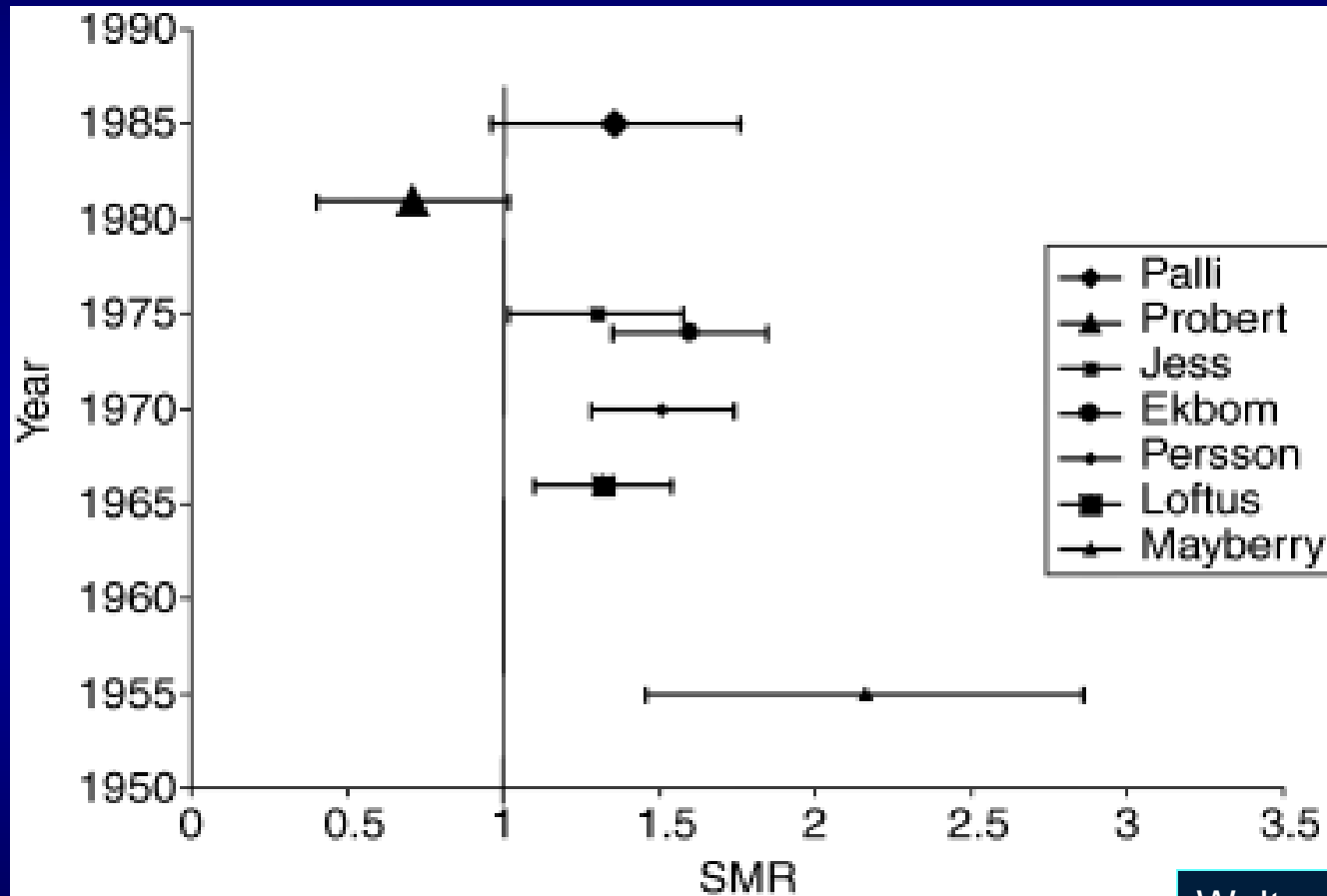




# Risk factors of CRC in UC : family history of colorectal cancer *(Askling et al. Lancet 2001)*

First-degree relatives of patients with IBD and CRC have a raised relative risk (1.82, 1.06–2.91) of CRC, due to increased colon (2.52, 1.41–4.15), and not rectal (0.59, 0.07–2.13) cancer.

# M de Crohn : taux de mortalité standardisé (études de population)



Wolters et al.  
APT 2004

# RCH et cancer (études de population)

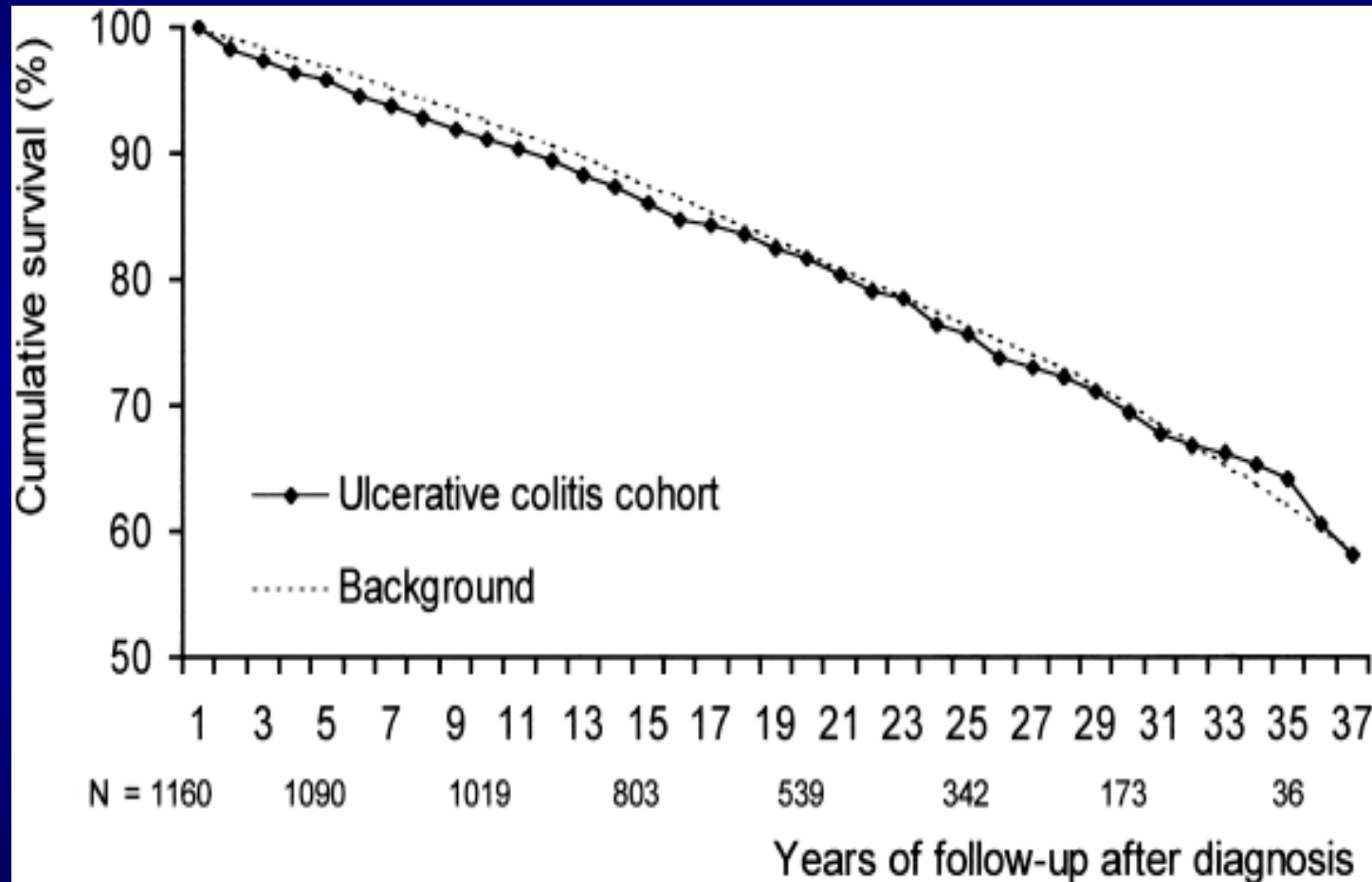
	n	KCR	autres K
Upssala	3117	5.7	
1922-83		4.6-7.0	
Stockholm	1547	1.4	Foie+VB 3.6
1955-84		1.1-1.6	1.7-6.6
Copenhague	1160	1.05	Mélanome 3.45
1962-02		0.56-1.79	1.4-7.1 (M)
Olmsted	182	1.9	
1979-85		0.4-5.4	
Manitoba	2672	2.75	Foie+VB 3.96
1984-97		1.9-4.0	1.05-14.9

# L'éducation thérapeutique des patients atteints de RCH améliore t'elle leur état de santé ?

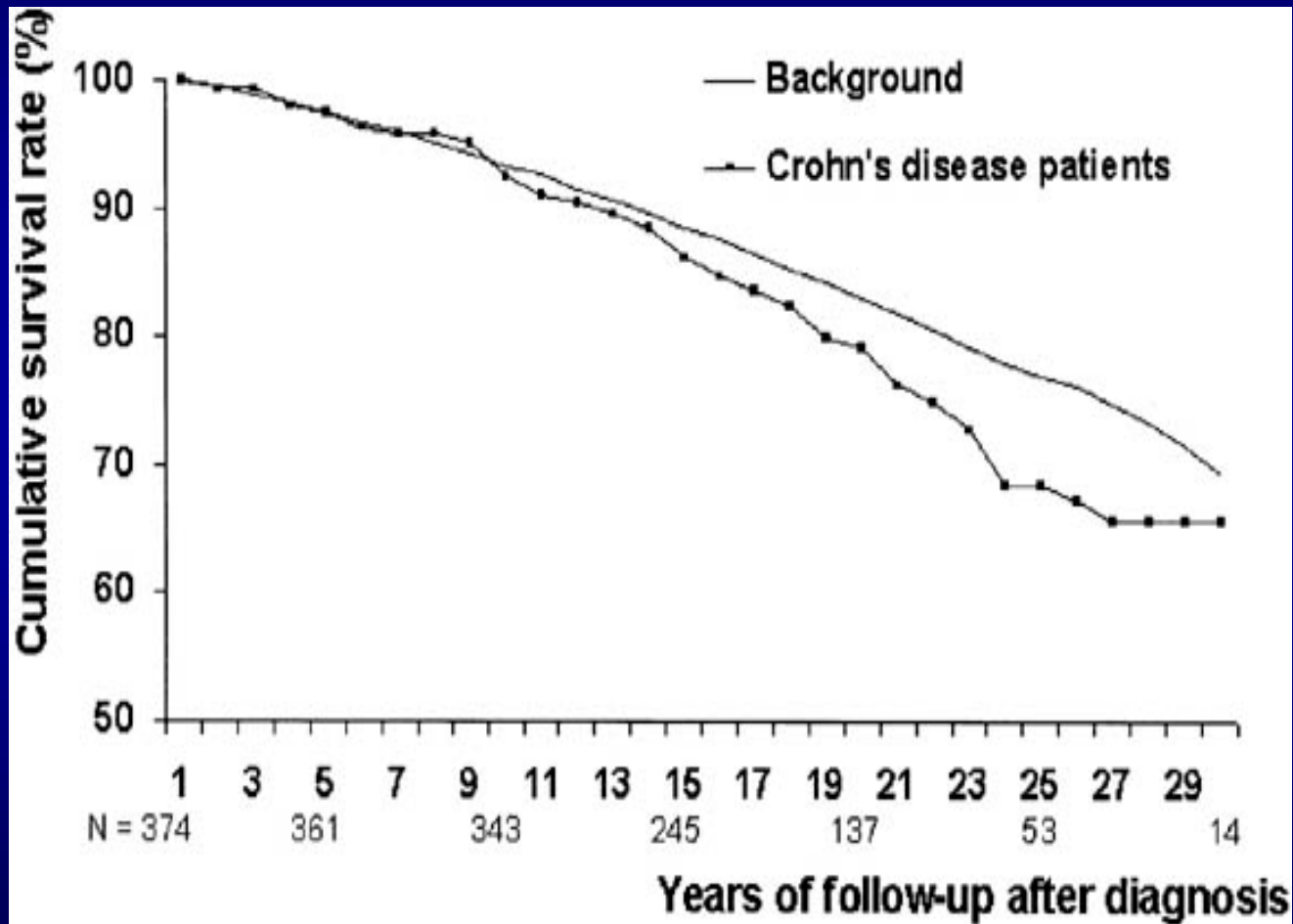
<b>Economic outcome</b>	<b>Intervention group n=101</b>	<b>Control group n=102</b>
Mean (SD) travel costs to clinic	£0.86 (3.41) per patient	£8.92 (18.30) per patient
Mean (SD) time costs of doctor visits	1 h (2.95) per patient	6.2 h (7.1) per patient
Clinic visits (total)	88	297
Clinic non-attendance	1	47

Table 4: **Economic outcomes**

# Mortalité au cours de la RCH cohorte danoise (*Gastroenterology* 2003)



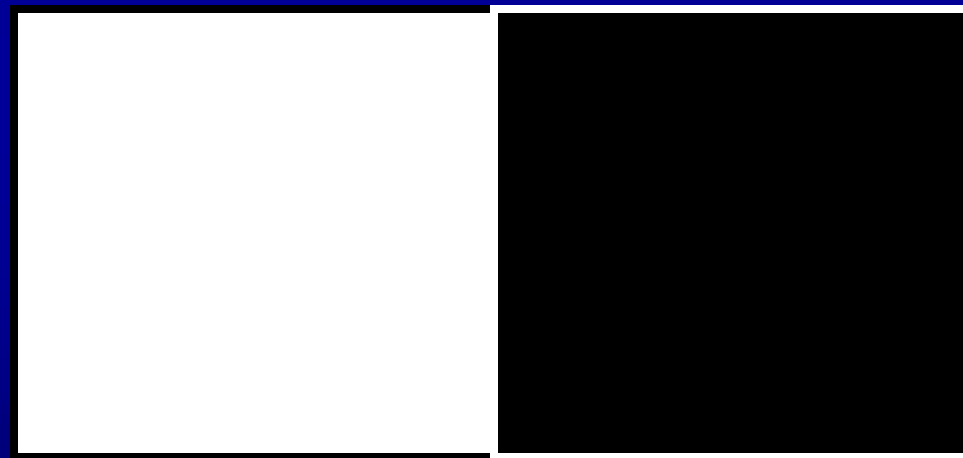
# Mortalité au cours de la M de Crohn cohorte danoise (*Gastroenterology* 2002)



# Maladie de Crohn quiescente et active

MC quiescente

MC active



150

CDAI

# Maladie de Crohn quiescente et active

