

**Journées Francophones  
d'Hépatogastroentérologie  
et d'Oncologie Digestive 2011**

# Maladie de Crohn du grêle

*Benjamin Pariente<sup>1</sup>, Yoram Bouhnik<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Service de gastroentérologie, Université Paris VII,  
Hôpital Saint-Louis, Paris*

*<sup>2</sup> Pôles des maladies de l'appareil digestif,  
service de gastroentérologie,  
Université Paris VII, Hôpital Beaujon, Clichy*



*Hôpital Saint-Louis*  
Centre Hospitalo-Universitaire et de Recherche



**HÔPITAL BEAUJON**

# Objectifs pédagogiques

---

- Connaître les risques évolutifs de la maladie de Crohn du grêle
- Connaître l'apport des nouvelles techniques d'imagerie du grêle, en particulier l'entéroIRM et la capsule pour le diagnostic et le suivi de la maladie de Crohn
- Connaître les particularités thérapeutiques de la maladie de Crohn du grêle

# Objectifs pédagogiques

---

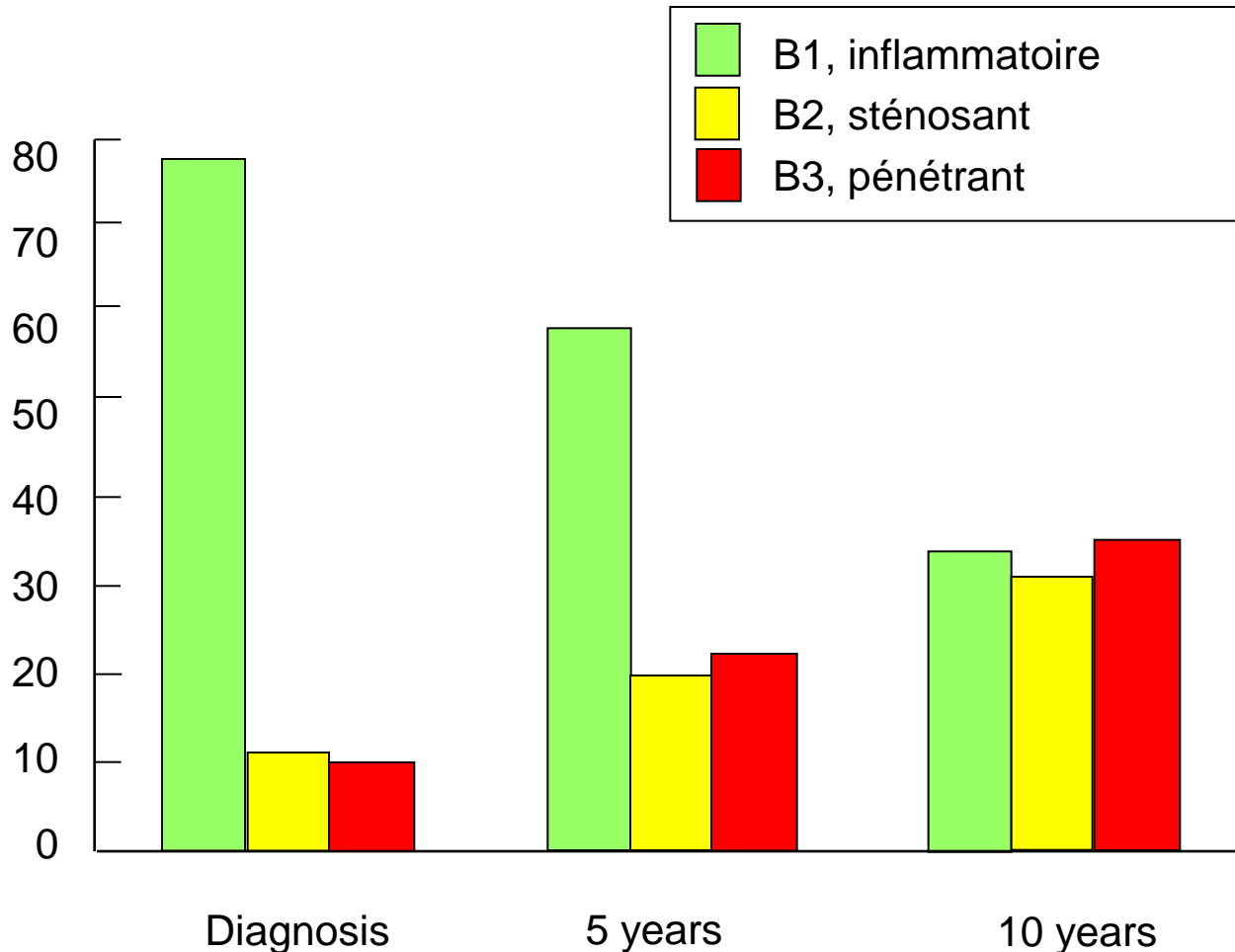
- **Connaitre les risques évolutifs de la maladie de Crohn du grêle**
- Connaitre l'apport des nouvelles techniques d'imagerie du grêle, en particulier l'entéroIRM et la capsule pour le diagnostic et le suivi de la maladie de Crohn
- Connaitre les particularités thérapeutiques de la maladie de Crohn du grêle

# Maladie de Crohn

---

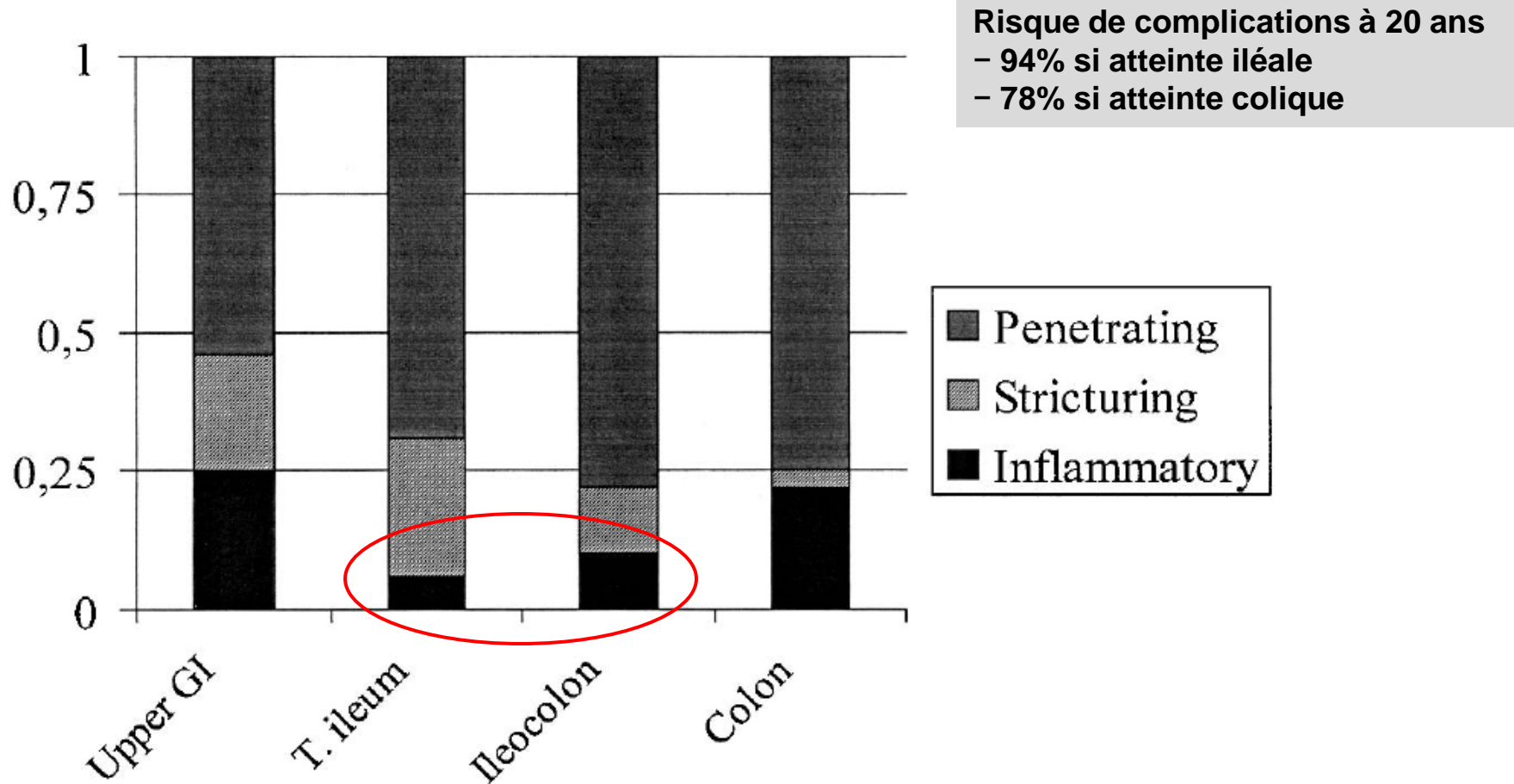
- Incidence stable depuis 1999 : 5,6/100 000 habitants,  
~ 2000 nouveaux cas/an ~ **80 à 100 000 patients en France**
- 2 formes distinctes :
  - **la maladie de Crohn iléale** (ou iléocæcale) : **2/3**
  - la maladie de Crohn colique isolée : 1/3
- La localisation initiale des lésions reste globalement stable dans le temps
  - **moins de 15 % d'extension d'une forme à l'autre à 10 ans de suivi**

# Evolution du phénotype de la maladie de Crohn avec le temps (n=125)



B1 to B2 = 27%  
B1 to B3 = 29%  
B2 to B3 = 15%  
  
Bx to By = 47%

# Phénotype de la maladie de Crohn 20 ans après le diagnostic en fonction de la topographie initiale des lésions (n=2002)



# L'augmentation de pression au niveau des sténoses contribue à l'apparition des fistules internes

- Recherche des facteurs mécaniques contribuant à l'apparition d'une fistule par analyse prospective de 42 pièces opératoires consécutives de MC

Sténoses	n= 38	90%
Fistules	n= 27	64%
- au niveau de la sténose	n=11	41%
- partie proximale de la sténose	n=15	56%
- sans sténose associée	n=1	4%
- zone de faiblesse anatomique	n=14	52%

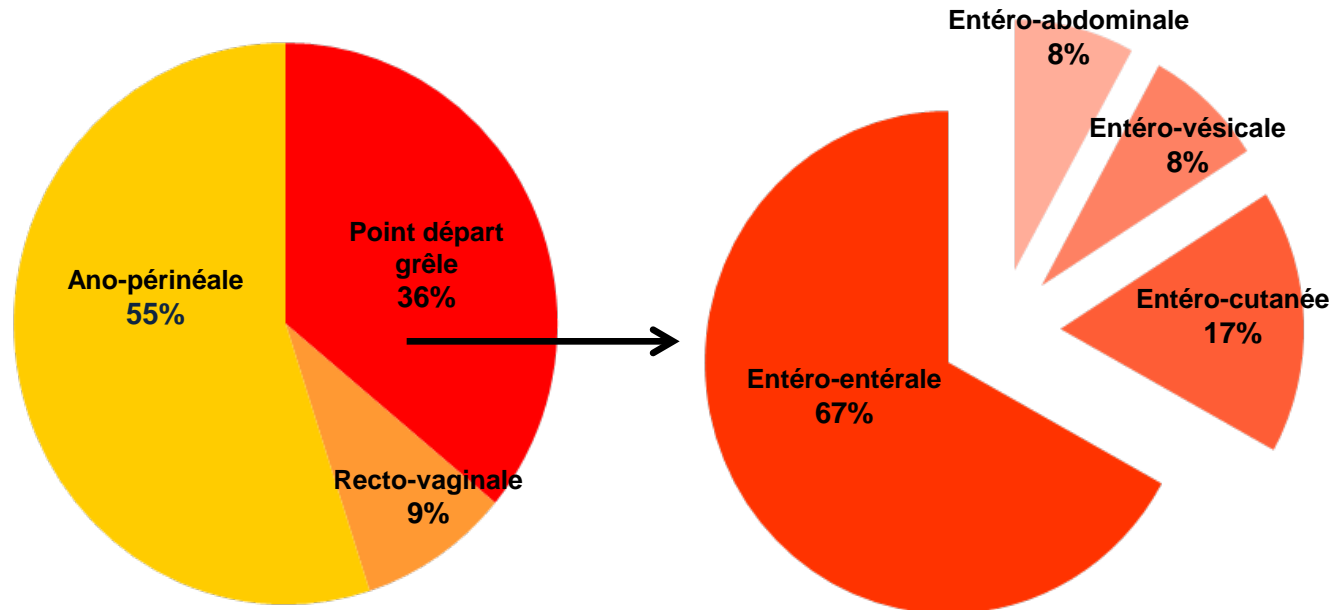
- Les facteurs mécaniques (augmentation de pression, zone de faiblesse anatomique) contribuent à la formation des fistules

# Formes fistulisantes de la MC du grêle

Risque de développer une fistule intestinale est significativement plus élevé en cas d'atteinte iléale qu'en cas d'atteinte colique pure

*Thia et al, Gastroenterology. 2010;139(4):1147-55*

169 patients suivis de 1970 à 1993  
→ 59 (35%) patients ont développé une fistule



*Schwartz DA et al, Gastroenterology 2002;122(4):875-80*

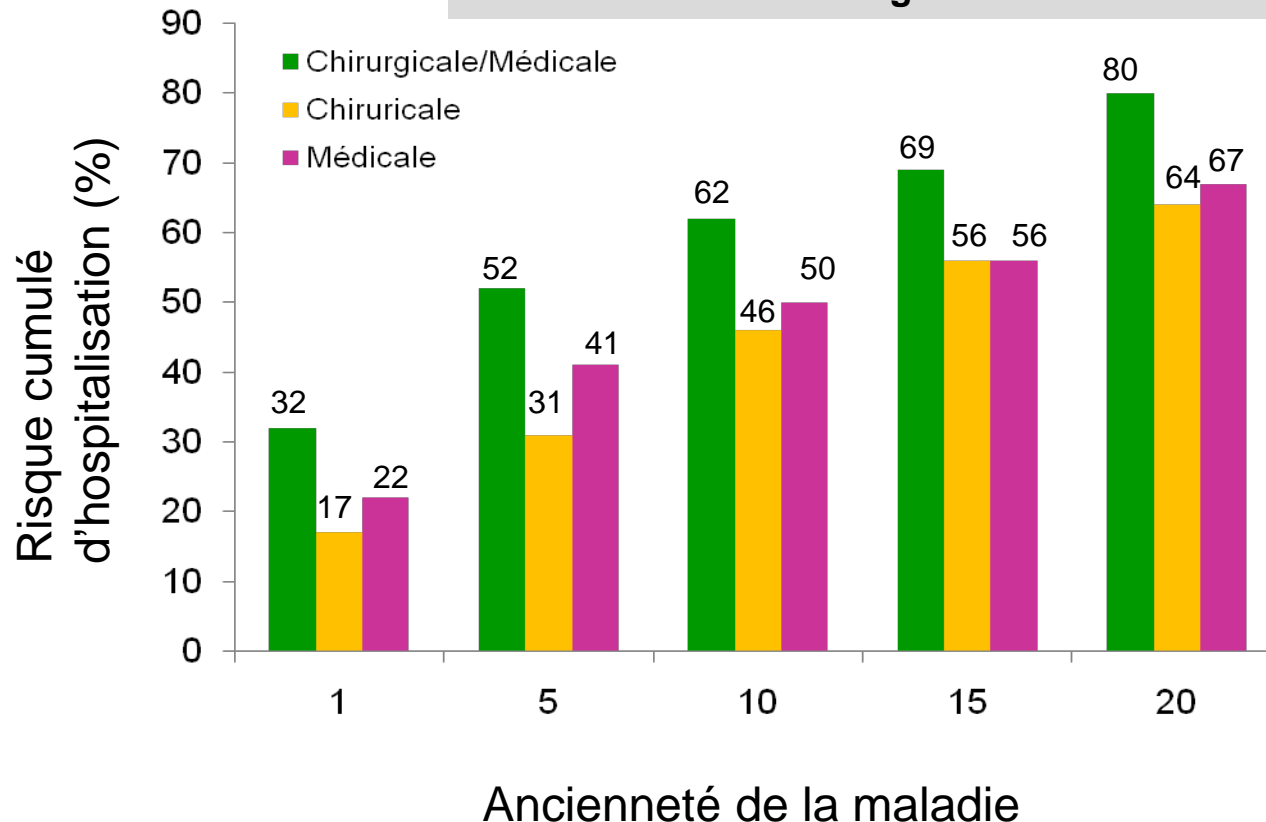


# Risque cumulé d'hospitalisation en fonction de la durée d'évolution de la maladie de Crohn

Etude en population  
N=211

**Formes intestinales associées à un risque plus élevé de**

- Hospitalisation
- Complication : sténose – fistule – abcès
- Résection chirurgicale



# Objectifs pédagogiques

---

- Connaitre les risques évolutifs de la maladie de Crohn du grêle
- **Connaitre l'apport des nouvelles techniques d'imagerie du grêle, en particulier l'entéroIRM et la capsule pour le diagnostic et le suivi de la maladie de Crohn**
- Connaitre les particularités thérapeutiques de la maladie de Crohn du grêle

# Apport des techniques d'imagerie dans la maladie de Crohn du grêle

---

	Echographie	Scanner	IRM
Muqueuse	+	++	++
Transmural	++	+++	+++
<b>Fistule</b>	<b>++</b>	<b>+++</b>	<b>+++</b>
<b>Abcès</b>	<b>++</b>	<b>+++</b>	<b>+++</b>
<b>Sténoses</b>	<b>++</b>	<b>+++</b>	<b>+++</b>
Relecture images	+	+++	+++
Irradiation	-	++	-

# Signes entéroIRM et activité de la MC du grêle

- 53 patients atteints MC
- IRM préopératoire
- Comparaison signes radiologiques à l'examen anatomopathologique des pièces de résection opératoire

Signes IRM	Activité inflammatoire moyenne à sévère	Activité inflammatoire nulle à modérée
Épaisseur pariétale*	+++	+
Rehaussement pariétal	+++	+
Signe du peigne	+++	+
Fistule/abcès	+++	-
Sclérolipomatose	+	+
Adénopathies	+	+

## \*Épaississement pariétal intestinale

- $\geq 6$  mm : distinction entre une maladie active et inactive
- $\geq 11$  mm : diagnostic des lésions sévères

# Place de la vidéo-capsule dans la maladie de Crohn du grêle



# Position statements

## Suspicion de maladie de Crohn

- Les examens d'imagerie de l'intestin grêle doivent précéder la réalisation de la vidéo-capsule.
- Le diagnostic de MC ne doit pas être retenu sur l'existence de lésions observées uniquement à la vidéo-capsule [EL5, RG D].
- Une vidéo-capsule normale a une forte VPN pour le diagnostic de MC active de l'intestin grêle [EL4, RG D].
- Aucun critère diagnostique n'a été validé pour le diagnostic de MC à la vidéo-capsule.

# Position statements

## Maladie de Crohn connue

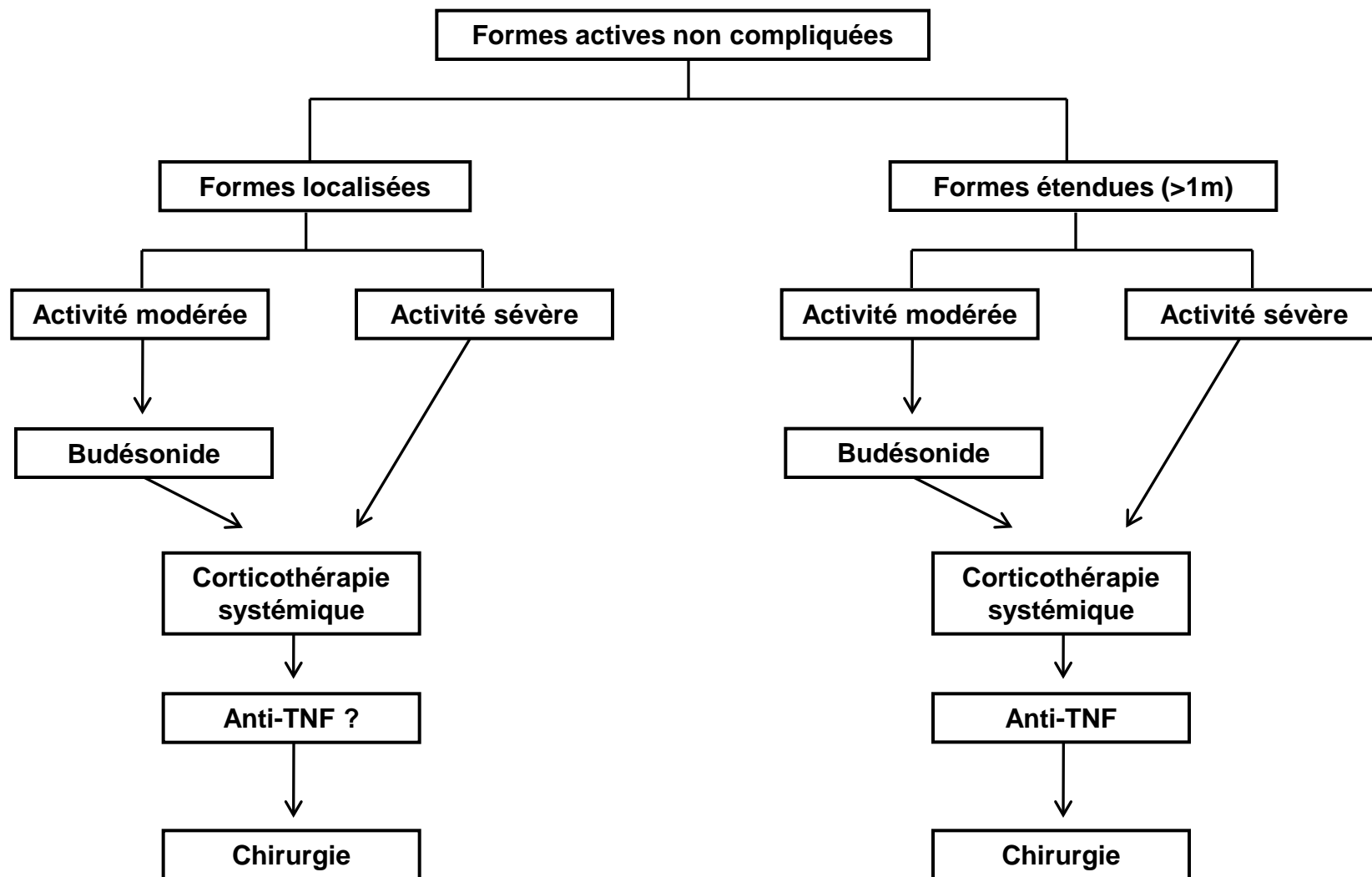
- Les examens d'imagerie de l'intestin grêle doivent précéder la réalisation de la vidéo-capsule.
- L'indication de la vidéo-capsule se limite aux patients présentant des symptômes inexplicables, pour lesquels les autres examens ne sont pas contributifs [EL 5, RG D].

# Objectifs pédagogiques

---

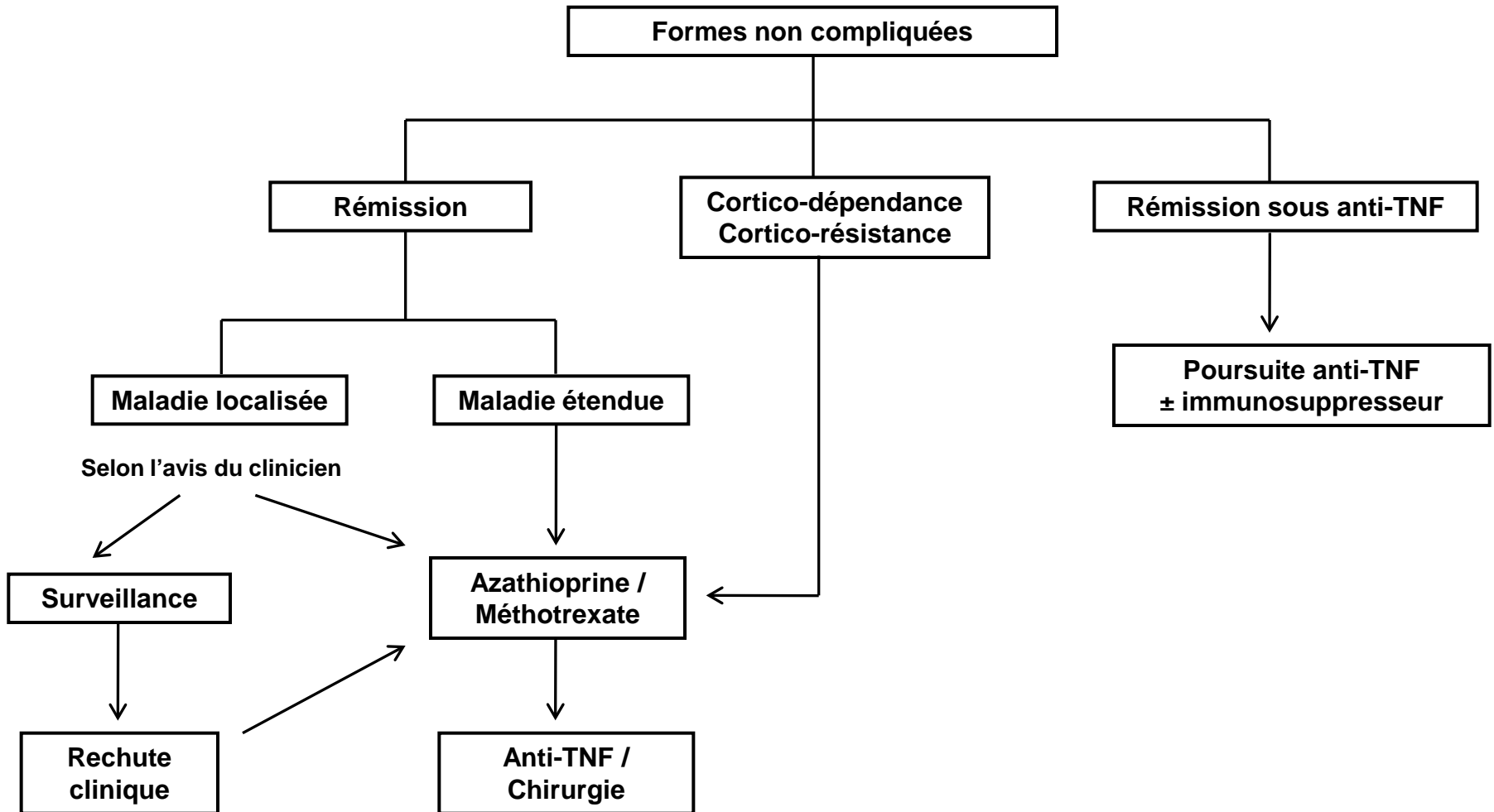
- Connaitre les risques évolutifs de la maladie de Crohn du grêle
- Connaitre l'apport des nouvelles techniques d'imagerie du grêle, en particulier l'entéroIRM et la capsule pour le diagnostic et le suivi de la maladie de Crohn
- **Connaitre les particularités thérapeutiques de la maladie de Crohn du grêle**





# ECCO Consensus 2010

## MC DU GRÊLE : MAINTIEN DE LA REMISSION

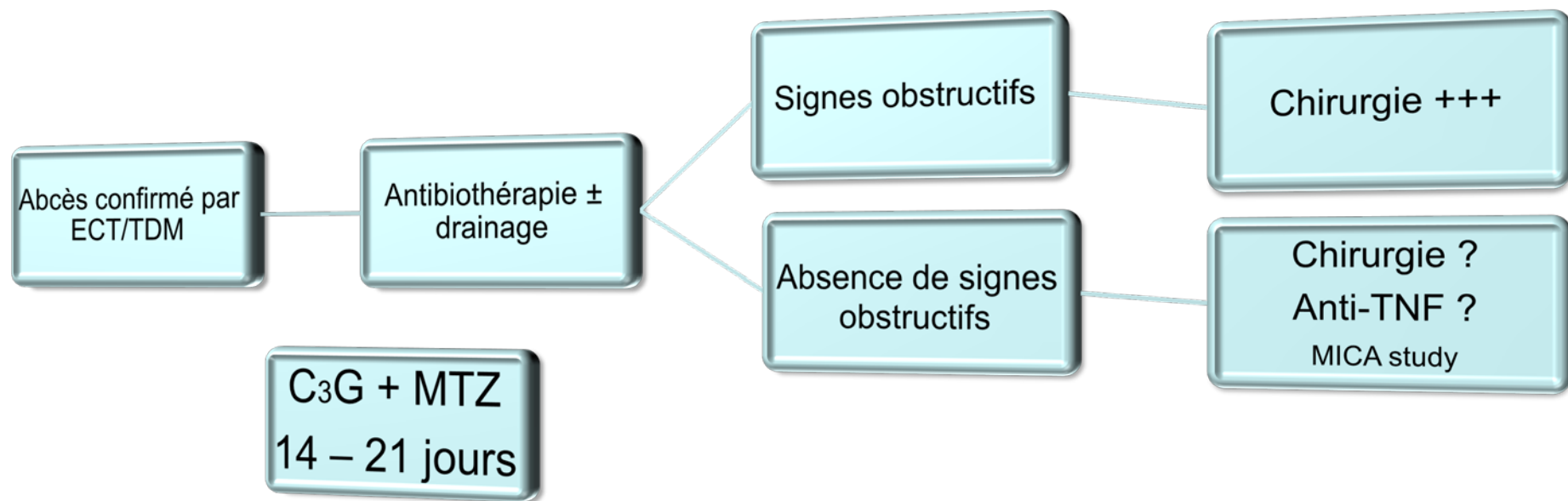


Endoscopie	Chirurgie
Accessible en endoscopie	Non accessible
Anastomotique	± <i>de novo</i>
Axiale ± angulaire	Non cathétérisable
Unique	Multiple
< 5 cm	> 5 cm
Absence de complications associées	Complications : abcès, fistules

→ Indication de choix du traitement endoscopique =  
sténose anastomotique cicatricielle (courte, unique, axiale)

# ECCO Consensus 2010

## PRISE EN CHARGE DES ABCÈS



# Evolution des objectifs thérapeutiques au cours de la maladie de Crohn

---

## AVANT

- Réponse Clinique
- Rémission Clinique

## AUJOURD'HUI

- Rémission sans CT
- Cicatrisation muqueuse
- Hospitalisation
- Chirurgie
  
- Maintien de rémission

## DEMAIN

- **Destruction intestinale**



# Objectifs du score de Lémann

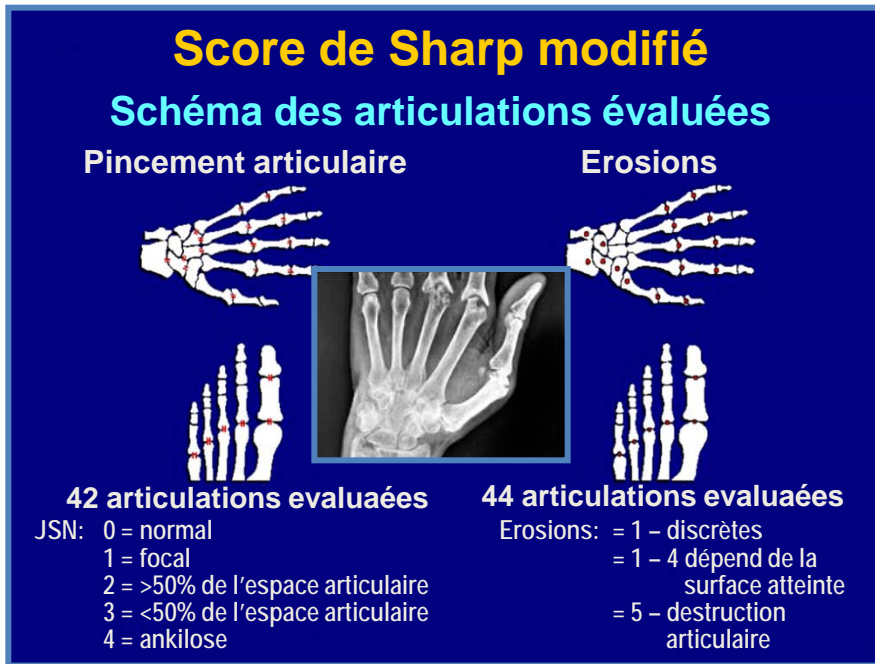
---



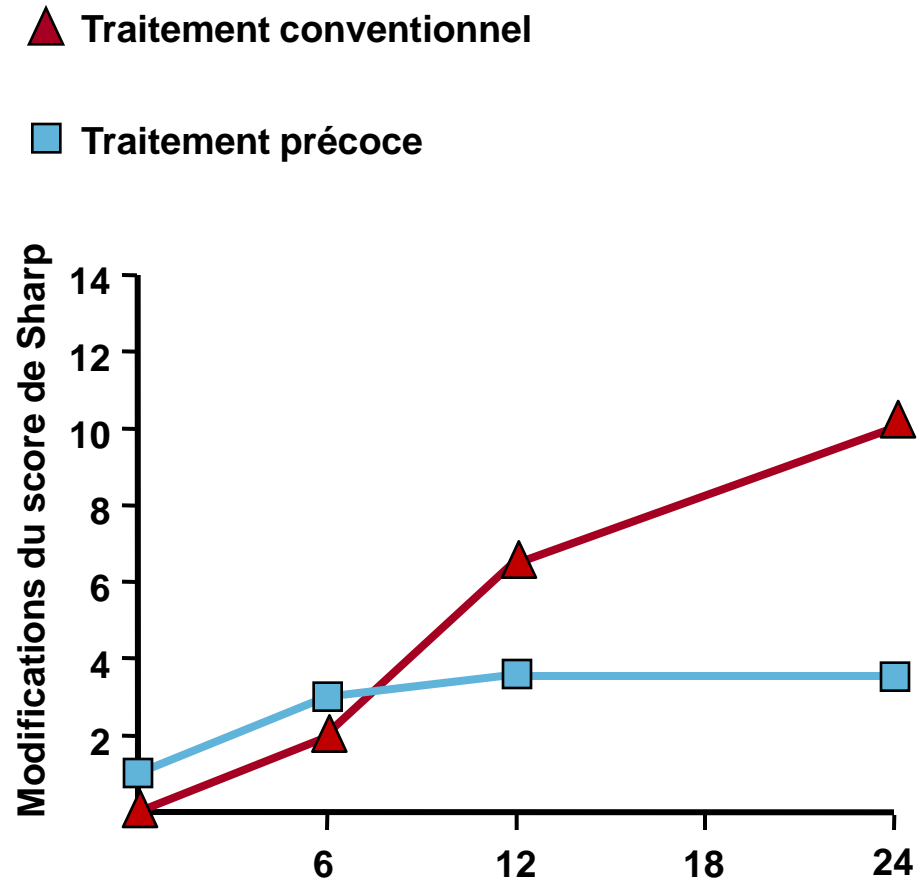
*Etude prospective, observationnelle, multicentrique, internationale  
développée par le IPNIC Working Group*

1. Identifier les **lésions digestives irréversibles à un temps donné** dans l'histoire de la maladie
2. **Evaluer la progression des lésions** de destruction intestinale
3. **Identifier les patients ayant un risque de progression rapide** de la maladie
4. **Evaluer l'impact d'un traitement** sur la destruction intestinale

# La destruction articulaire comme objectif principal: l'exemple de la polyarthrite rhumatoïde

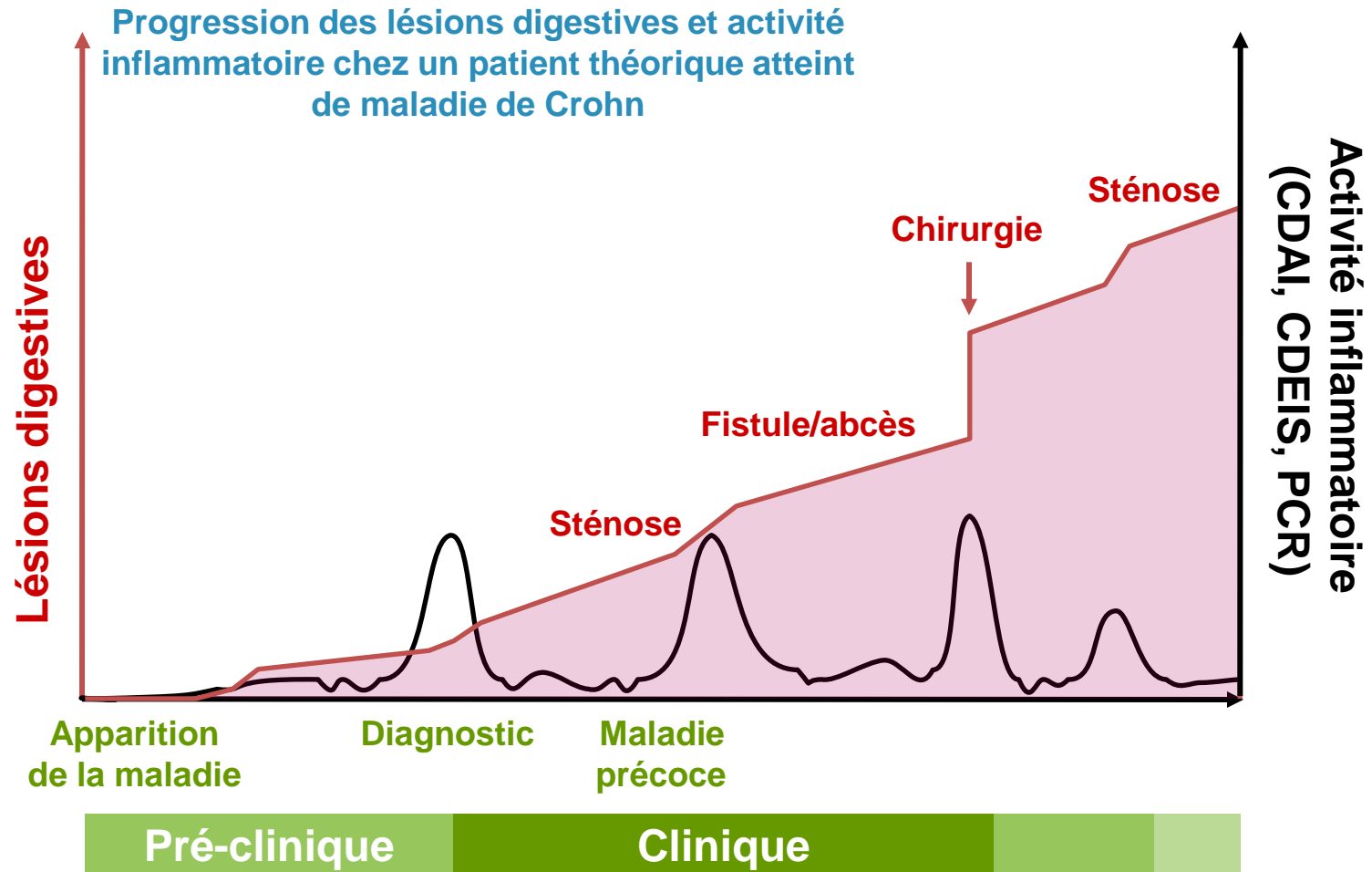


van der Heijde DM, MFM Baillier's Clin Rheum 1996



Lard LR et al, Am J Med. 2001;111(6):446-51

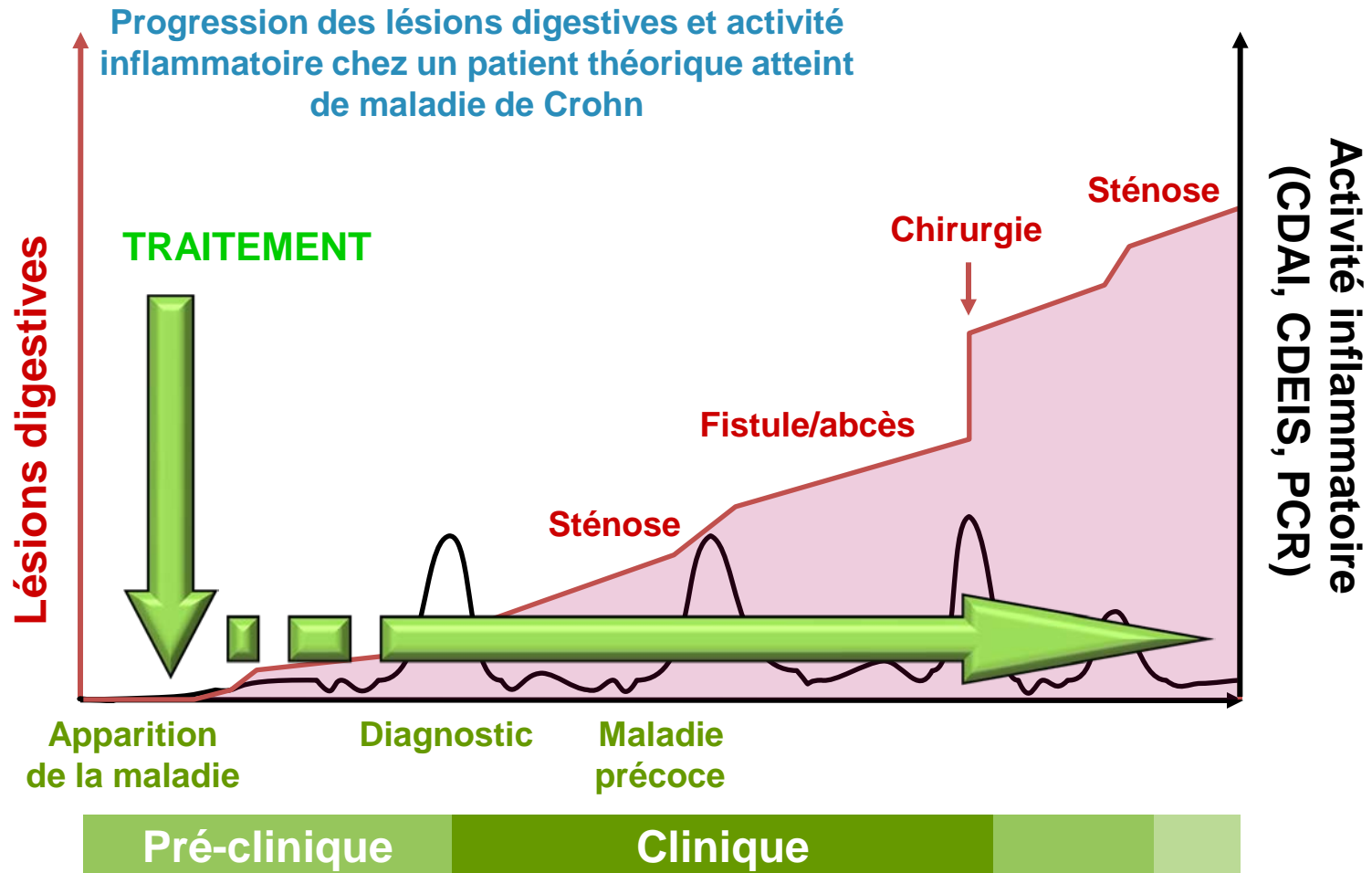
# Score de Lémann



CDAI : *Crohn's disease activity index*, indice d'activité de la maladie de Crohn ; CDEIS : *Crohn's disease endoscopic index of severity*, indice de gravité endoscopique de la maladie de Crohn ; PCR : protéine C réactive



# Fenêtre d'opportunité thérapeutique



CDAI : *Crohn's disease activity index*, indice d'activité de la maladie de Crohn ; CDEIS : *Crohn's disease endoscopic index of severity*, indice de gravité endoscopique de la maladie de Crohn ; PCR : protéine C réactive

# Points importants

---

- **La maladie de Crohn de l'intestin grêle représente la localisation la plus fréquente** et est associée à un **risque plus élevé de complications sténosantes et fistulisantes**.
- **L'entéroIRM est la technique de choix pour l'exploration de l'intestin grêle** au cours de la MC, car elle permet de dresser une cartographie complète et précise des lésions et n'expose à aucune irradiation.
- **La chirurgie reste le traitement de choix des formes compliquées de la MC iléale réfractaire aux corticoïdes**. L'avènement des biothérapies permet d'espérer une stabilisation de la maladie chez une majorité de patients.
- **L'objectif futur** n'est plus de diagnostiquer et traiter les complications constituées, mais **d'identifier au plus tôt les patients à risque de progression rapide afin de proposer un traitement précoce (early) et majeur (top-down)**.