

Janvier 2004

RECOMMANDATIONS DE LA



PLACE DE L'ENDOSCOPIE DANS LE BILAN DE LA MALADIE DE CROHN

Philippe BEAU, Gérard GAY,
Jean-Pierre ARPURT, Christian BOUSTIERE,
Jean BOYER, Jean-Marc CANARD,
Pierre-Adrien DALBIES, Jean ESCOURROU,
Michel GREFF, Jean LAPUELLE,
René LAUGIER, Jean-Christophe LETARD,
Bernard MARCHETTI, Bertrand NAPOLEON,
Laurent PALAZZO, Thierry PONCHON,
Denis SAUTEREAU, Bruno VEDRENNE.

L'endoscopie digestive est indispensable pour établir le diagnostic de maladie de Crohn (MC). Ses indications au cours du suivi restent imprécises, et ne reposent pas sur des règles consensuelles. Le CDEIS (Crohn's disease endoscopic index of severity) est le seul score endoscopique validé dans la MC. Toutefois, la sévérité endoscopique mesurée par le CDEIS est faiblement corrélée à l'activité clinique de la MC et aux marqueurs biologiques de l'inflammation. De plus, la cicatrisation des lésions intestinales n'est habituellement pas utilisée comme critère de réponse au traitement médical. Dans la plupart des cas, l'endoscopie au cours de la MC peut être réalisée selon les conditions habituelles. Pour la coloscopie, la préparation par voie haute n'est contre-indiquée qu'en cas de symptômes occlusifs.

I. DIAGNOSTIC INITIAL

L'endoscopie est l'examen de référence pour établir le diagnostic de la MC et pour en évaluer la topographie. Associée aux données cliniques et biologiques, elle permet également d'en apprécier la sévérité.

a. Etablissement du diagnostic

Il repose essentiellement sur les données de l'iléocoloscopie qui permet de décrire les lésions élémentaires et leur topographie et de réaliser des biopsies étagées. Les lésions élémentaires de la MC iléocolique sont, par ordre décroissant, les ulcérations superficielles, les ulcérations creusantes, l'œdème et l'érythème, les pseudopolypes, les ulcérations aphtoïdes et les sténoses ulcérées ou non ulcérées. Aucune de ces lésions endoscopiques n'est spécifique de la MC. Toutefois, les ulcérations aphtoïdes sont considérées comme les lésions les plus caractéristiques de la MC. Dans la MC, les lésions sont le plus souvent discontinues et séparées par des zones d'apparence normale. L'atteinte de la valvule iléocœcale et de l'iléon terminal présente dans environ un tiers des cas, ou d'un autre segment du tube digestif, est un argument décisif pour le diagnostic. Il est indispensable de réaliser des biopsies multiples et étagées à la fois en zones saines et en zones pathologiques lors d'une première poussée de la MC.

b. Etude topographique

Bien que la fréquence des MC, à localisation cœsogastro-duodénale, symptomatiques soit inférieure à 5 % des cas, la plupart des auteurs recommandent de pratiquer une endoscopie haute dans le même temps que l'iléocoloscopie en profitant de l'anesthésie générale. Des lésions endoscopiques et/ou histologiques hautes, parfois non spécifiques, ont pu être observées chez plus de 50 % des malades ; ces lésions ne modifient pas l'attitude thérapeutique dans la plupart des cas. L'entéroscopie par voie haute n'est habituellement pas indiquée à ce stade en dehors de rares cas de doute diagnostique au niveau d'une sténose jéjunale.

c. Evaluation de la sévérité de la poussée

La coloscopie n'est pas contre-indiquée en cas de suspicion de poussée colique sévère. Cet examen est jugé par certains comme indispensable pour confirmer la sévérité de la colite et guider le traitement. Les signes endoscopiques de gravité sont les ulcérations profondes mettant à nu la musculature ou occupant plus du tiers de la superficie d'un segment colique et les décollements muqueux. Ces signes endoscopiques de gravité ont une valeur prédictive positive de l'ordre de 90 % mais une faible valeur prédictive négative dans la MC. En cas de colite aiguë sévère, la progression doit être prudente et l'insufflation minimale ; toutefois, une augmentation du risque de complications de l'endoscopie colique n'est pas clairement documentée dans cette situation.

II. INDICATIONS DE L'ENDOSCOPIE AU COURS DU SUIVI

a. Evaluation du traitement médical

Un contrôle endoscopique systématique après traitement d'une première poussée de MC n'est pas justifié. Les données endoscopiques ne modifient pas la prise en charge thérapeutique en cas de rémission clinique.

b. Poussées ultérieures

L'endoscopie ne doit pas être systématique à chaque poussée de MC. En effet, le diagnostic de nouvelle poussée de MC peut, dans la plupart des cas, être retenu sur les seules données cliniques et biologiques ; les modalités du traitement ne sont pas définies à partir des lésions endoscopiques. Les situations dans lesquelles une endoscopie est probablement justifiée sont les suivantes : (a) difficulté d'interpréter les signes cliniques ; (b) suspicion de complication à type de sténose colique ou hémorragie sévère ; (c) mise en route d'un traitement immunosuppresseur ou par thérapeutiques biologiques ; (d) bilan préopératoire.

c. Bilan préopératoire

L'endoscopie, en particulier colique, permet de préciser l'étendue de la résection intestinale dans les formes iléocoliques de la MC. La place respective des explorations radiologiques et de l'entérocopie poussée ou peropératoire reste difficile à définir.

d. Bilan postopératoire

La coloscopie permet le diagnostic précoce de la récurrence postopératoire qui survient dans la majorité des cas dans la région anastomotique avec une fréquence de l'ordre de 70 à 90 % à 1 an. Certains auteurs préconisent une endoscopie précoce (6 mois - 1 an) afin de guider la stratégie thérapeutique, notamment chez les sujets à haut risque de récurrence (sujets jeunes, tabagiques, avec atteinte iléocolique initiale). Cette stratégie n'est toutefois pas totalement validée.

e. Endoscopie thérapeutique : hémorragie et sténoses

L'endoscopie iléocolique peut être utile pour préciser le siège d'une hémorragie basse ; elle est parfois mise en défaut dans les hémorragies massives. Quelques observations de traitement endoscopiques par sclérose, coagulation bipolaire ou argon de lésions ulcérées hémorragiques ont été publiées.

Dans les sténoses, en particulier anastomotiques, la dilatation hydrostatique à l'aide d'un ballonnet apparaît être une technique sûre et efficace qui permet d'éviter, ou de retarder, le recours à la chirurgie. Les résultats à long terme de la dilatation hydrostatique semblent améliorés lorsqu'elle est associée à un traitement médical du type budésotide-azathioprine. Les séances de dilatations peuvent éventuellement être répétées. Sur le plan technique, les ballonnets le plus souvent utilisés ont un diamètre de 18 à 25 mm et une longueur variable (3-8 cm) ; après mise en place du ballonnet dans la sténose, la dilatation soit progressive soit maximale d'emblée, est maintenue pendant 1 à 2 minutes consécutives et, éventuellement, répétée. L'injection locale de corticoïdes n'a pas fait la preuve de sa supériorité sur la dilatation simple. Les risques de perforation ou d'hémorragie semblent inférieurs à 5 %.

f. Recherche d'une dysplasie ou d'un cancer

Il est vraisemblable que le risque de cancer colique au cours de la MC ne soit pas différent de celui observé au cours de la rectocolite hémorragique. Bien qu'aucun protocole de surveillance ne soit codifié au cours de la MC, une coloscopie à la recherche de dysplasie ou de cancer peut être proposée aux malades ayant une MC étendue et non opérée, évoluant depuis plus de 10 ans, ayant des antécédents familiaux de cancer colique, et âgés de plus de 45 ans. En cas de sténose colique associée, le risque de cancer est probablement augmenté et justifie une surveillance et des biopsies rapprochées.

RÉFÉRENCES

BOUHNİK Y., BITOUN A. Endoscopie dans les maladies inflammatoires chroniques intestinales : sémiologie élémentaire et apport pour le diagnostic. *Gastroenterol Clin Biol* 1999 ; 23 : B143-B151.

CATTAN S., BEAUGERIE L. L'endoscopie dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : intérêt pour la surveillance. *Gastroenterol Clin Biol* 1999 ; 23 : B152-B158.

MODIGLIANI R., MARY J.-Y., SIMON J.-F., CORTOT A., SOULÉ J.-C., GENDRE J.-P. *et al.* Clinical, biological and endoscopic pictures of attacks of Crohn's disease. Evolution on prednisolone. *Gastroenterology* 1990 ; 98 : 811-8.

D'HAENS G. Prevention of postoperative recurrence in Crohn's disease. *Curr Gastroenterol Rep* 1999 ; 1 : 476-81.

BELAICHE J., LOUIS E., D'HAENS G., CABOOTER M., NAEGELS S., DE VOS M. *et al.* Acute lower gastrointestinal bleeding in Crohn's disease: characteristics of a unique series of 34 patients. *Am J Gastroenterol* 1999 ; 94 : 2177-81.

FRIEDMAN S., RUBIN P.H., BODIAN C., GOLDSTEIN E., HARPAZ N., PRESENT D.H. Screening and surveillance colonoscopy in chronic Crohn's disease. *Gastroenterology* 2001 ; 120 : 820-6.

COUCKUYT H., GEVERS A.M., COREMANS G., HIELE M., RUTGEERTS P. Efficacy and safety of hydrostatic balloon dilatation of ileocolonic Crohn's strictures: a prospective longterm analysis. *Gut* 1995 ; 36 : 577-80.

RUTGEERTS P., GEBOES K., VANTRAPPEN G., BEYLS J., KERREMANS R., HIELE M. Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1990 ; 99 : 956-63.

MARY J.Y., MODIGLIANI R. Development and validation of an endoscopic index of the severity for Crohn's disease: a prospective multicentre study. *Gut* 1989 ; 30 : 983-9.

CARBONNEL F., LAVERGNE A., LEMANN M., BITOUN A., VALLEUR P., HAUTEFEUILLE P. *et al.* Colonoscopy of acute colitis. A safe and reliable tool for assessment of severity. *Dig Dis Sci* 1994 ; 30 : 1550-7.

Editée avec le soutien de



24, rue Erlanger
75781 PARIS CEDEX 16
Téléphone : 01 44 96 13 13
www.bipmed.com