

Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

1 N'utilisez pas de corticostéroïdes (p. ex., prednisone) pour le traitement d'entretien des maladies inflammatoires de l'intestin (MII).

Les corticostéroïdes par voie systémique (p. ex., prednisone) induisent efficacement la rémission des symptômes de MII, mais ils sont inefficaces en traitement d'entretien, en plus d'être associés à de graves effets indésirables à court et à long terme. Par conséquent, si le sevrage initial des corticostéroïdes échoue ou s'il faut administrer plus de deux cycles de corticothérapie à l'intérieur d'une année, les professionnels de la santé devraient envisager l'ajout d'un agent d'épargne des corticostéroïdes dont l'efficacité et l'innocuité en traitement d'entretien ont été démontrées chez les patients atteints de MII.

2 N'utilisez pas d'opioïdes pour la prise en charge à long terme de la douleur abdominale qui accompagne les maladies inflammatoires de l'intestin (MII).

Les opioïdes peuvent être utilisés pour la prise en charge de la douleur abdominale dans certains cas de MII aiguës, mais leur utilisation prolongée peut masquer les symptômes d'une MII évolutive ou de ses complications (p. ex., perforation intestinale ou mégacôlon toxique). L'utilisation prolongée d'opioïdes s'est révélée inefficace contre la douleur chronique d'origine non néoplasique et elle est associée à une mortalité accrue. De plus, en raison du risque potentiel de dépendance à l'endroit des opioïdes, leur utilisation à long terme pour la prise en charge de la douleur abdominale causée par les MII est à éviter, particulièrement compte tenu de la crise actuelle soulevée par les opioïdes en Amérique du Nord.

3 Ne prolongez pas indûment l'utilisation de la corticothérapie intraveineuse chez les patients qui présentent un épisode aigu et grave de colite ulcéreuse (CU) en l'absence de réponse clinique.

On peut prédire l'absence de réponse à la corticothérapie intraveineuse lors d'un épisode aigu et grave de CU après les 72 premières heures de traitement. Or, environ le tiers des non-répondeurs reçoivent néanmoins des corticostéroïdes par voie systémique en monothérapie pendant plus de 7 jours. Ce recours inefficace à la corticothérapie prolongée par voie systémique peut prolonger inutilement l'hospitalisation et accroître le risque de complications postopératoires chez des sujets qui éventuellement auront besoin d'une colectomie.

4 Pour les maladies inflammatoires de l'intestin (MII), n'instaurez pas de traitements médicaux à long terme et ne les intensifiez pas en fonction des symptômes seulement.

En présence de maladies inflammatoires de l'intestin (MII), les symptômes cliniques mènent souvent à l'instauration de traitements médicaux ou à leur intensification. Or, des troubles intestinaux fonctionnels (p. ex., syndrome du côlon irritable) coexistent chez 20 % des patients atteints de MII et leurs symptômes peuvent être similaires. En fait, les symptômes cliniques ne sont pas en bonne corrélation avec l'activité des MII. Par conséquent, se fier uniquement aux symptômes cliniques sans confirmer l'activité de la maladie pourrait soumettre les patients à des traitements prolongés qui risquent de causer des effets indésirables significatifs et occasionner un gaspillage des ressources.

5 N'utilisez pas la tomodensitométrie (TDM) abdominale pour l'évaluation des maladies inflammatoires de l'intestin (MII) en phase aiguë, à moins de soupçonner une complication (obstruction, perforation, abcès) ou une étiologie des symptômes abdominaux non liée aux MII.

La TDM abdominale est utile pour le diagnostic urgent des complications des MII, comme l'obstruction ou la perforation, ou pour trouver la cause d'une douleur abdominale lorsqu'on la soupçonne de ne pas être liée aux MII. La dose efficace de radiation ionisante d'une seule TDM abdominale classique (10-20 mSv) se situe à l'intérieur des limites de sécurité acceptables (< 50 mSv). Toutefois, réduire l'utilisation inappropriée de la TDM est une priorité parce que l'exposition répétée aux radiations ionisantes au cours de la vie, particulièrement chez les jeunes patients atteints de MII, peut accroître le risque de cancer. Dans un contexte de maladie aiguë (p. ex., au service des urgences), la TDM abdominale ne devrait être utilisée que lorsque l'on soupçonne une complication des MII et ne devrait pas servir pour l'évaluation de l'activité de la maladie.

Comment la liste a été établie

La liste de recommandations a été préparée par le réseau CINERGI (Canadian IBD Network for Research and Growth in Quality Improvement) en collaboration avec Crohn et Colite Canada (CCC) et l'Association canadienne de gastroentérologie (ACG). Le groupe CINERGI est formé de 14 gastroentérologues spécialistes des maladies inflammatoires de l'intestin qui représentent 12 centres hospitaliers universitaires au Canada. Un sondage préliminaire a été envoyé au groupe de travail CINERGI pour produire une première liste de recommandations potentielles. Les 10 premières recommandations ont été choisies par les membres du groupe de travail au moyen d'une plateforme de vote en ligne. Pendant la réunion consensuelle tenue en personne à Toronto le 4 novembre 2016, qui a réuni les membres du groupe de travail de CINERGI, 2 radiologistes, des représentants de CCC et de l'ACG et 2 représentants des patients, une méthode Delphi modifiée a été utilisée pour dégager les 5 plus importantes recommandations. Cette liste a été soumise au Comité d'assurance de la qualité de l'ACG, à son conseil d'administration et à ses membres pour commentaires et approbation.

Sources

- 1** Bressler B, et coll. Clinical practice guidelines for the medical management of nonhospitalized ulcerative colitis: the Toronto consensus. *Gastroenterology*. Mai 2015; 148(5):1035-58.e3. PMID : 25747596.
Gomollón F, et coll. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management. *J Crohns Colitis*. Janv. 2017; 11(1):3-25. PMID : 27660341.
Harbord M, et coll. 3rd European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management. *J Crohns Colitis*. 2017, p. 1-24.
Terdiman JP, et coll. American Gastroenterological Association Institute guideline on the use of thiopurines, methotrexate, and anti-TNF- α biologic drugs for the induction and maintenance of remission in inflammatory Crohn's disease. *Gastroenterology*. Déc. 2013; 145(6):1459-63. PMID : 24267474.
- 2** Targownik LE, et coll. The prevalence and predictors of opioid use in inflammatory bowel disease: a population-based analysis. *Am J Gastroenterol*. Oct. 2014; 109(10):1613-20. PMID : 25178702.
- 3** Bitton A, et coll. Treatment of hospitalized adult patients with severe ulcerative colitis: Toronto consensus statements. *Am J Gastroenterol*. Fév. 2012; 107(2):179-94. PMID : 22108451
Kaplan GG, et coll. Impact of hospital volume on postoperative morbidity and mortality following a colectomy for ulcerative colitis. *Gastroenterology*. Mars 2008; 134(3):680-7. PMID : 18242604.
Nguyen GC, et coll. Quality of Care and Outcomes Among Hospitalized Inflammatory Bowel Disease Patients: A Multicenter Retrospective Study. *Inflamm Bowel Dis*. Mai 2017; 23(5):695-701. PMID : 28426451.
Randall J, et coll. Delayed surgery for acute severe colitis is associated with increased risk of postoperative complications. *Br J Surg*. Mars 2010; 97(3):404-9. PMID : 20101648
- 4** Abdalla MI, et coll. Prevalence and Impact of Inflammatory Bowel Disease-Irritable Bowel Syndrome on Patient-reported Outcomes in CCFA Partners. *Inflamm Bowel Dis*. Fév. 2017; 23(2):325-31. PMID : 28092305.
Colombel JF, et coll. Management Strategies to Improve Outcomes of Patients with Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. Fév. 2017; 152(2):351-61.e5. PMID : 27720840.
- 5** Kim DH. ACR Appropriateness Criteria Crohn Disease. *J Am Coll Radiol*. Oct. 2015; 12(10):1048-57.e4. PMID : 26435118.
Smith-Bindman R, et coll. Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. *Arch Intern Med*. Le 14 déc. 2009; 169(22):2078-86. PMID : 20008690.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à encourager un dialogue entre les professionnels de la santé et les patients sur les tests et examens inutiles afin de faire les choix les plus judicieux pour assurer des soins de qualité. La campagne Choisir avec soin reçoit le soutien de l'Association médicale du Québec, et les recommandations énumérées précédemment ont été établies par les associations nationales de professionnels de la médecine.

Pour en savoir davantage au sujet de Choisir avec soin ou pour consulter d'autres listes des cinq examens et traitements sur lesquels les professionnels de la santé et les patients devraient s'interroger, consultez www.choisiravecsoin.org. Participez au dialogue sur Twitter @ChoisirAvecSoin.

À propos de Crohn et Colite Canada

Crohn et Colite Canada est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. Crohn et Colite Canada est le seul organisme de bienfaisance national composé de bénévoles qui s'est donné pour mission de trouver des traitements curatifs contre la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse et d'améliorer la vie des enfants et des adultes atteints de ces maladies. Notre rôle consiste à transformer la vie des personnes touchées par la maladie de Crohn et la colite (les deux principales formes de maladies inflammatoires de l'intestin) par la recherche, les programmes à l'intention des patients, la défense des droits et la sensibilisation.

À propos du Réseau canadien MII pour la recherche et l'amélioration de la qualité

Le Réseau canadien MII pour la recherche et l'amélioration de la qualité (Canadian IBD Network for Research and Growth in Quality Improvement — CINERGI) est un fier partenaire de la campagne Choisir avec soin. CINERGI est un réseau de recherche qui réunit 14 spécialistes des maladies inflammatoires de l'intestin (MII) représentant 12 établissements universitaires canadiens de 7 provinces du pays. Ensemble, nous avons de l'expérience dans les domaines de la recherche en épidémiologie, des essais cliniques, de la recherche sur les services de santé, de l'analyse économique et de l'amélioration de la qualité. Nous sommes déterminés à travailler sur un éventail varié d'initiatives visant à améliorer la prestation des soins aux patients atteints de MII.

À propos de L'Association canadienne de gastroentérologie

L'Association canadienne de gastroentérologie (ACG) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de Choosing Wisely Canada. L'ACG représente plus de 1100 membres de partout au Canada, y compris des médecins, des spécialistes des sciences fondamentales et des fournisseurs de soins de santé affiliés qui travaillent dans le domaine de la gastroentérologie. L'ACG est une organisation axée sur les membres dont la mission est de soutenir et d'entreprendre l'étude des organes du tube digestif sains et malades, et de promouvoir et de faire progresser la gastroentérologie en faisant preuve de leadership dans les soins aux patients, la recherche, l'enseignement et le développement professionnel continu.