



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE**

# Maladie de Crohn

**Novembre 2007**

Ce guide médecin est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de santé  
Service communication

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

# Sommaire

<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>4</b>
1.1 Objectif .....	4
1.2 La maladie de Crohn .....	4
<b>2. Bilan initial.....</b>	<b>6</b>
2.1 Objectifs principaux .....	6
2.2 Professionnels impliqués.....	6
2.3 Contenu du bilan initial .....	7
<b>3. Prise en charge thérapeutique .....</b>	<b>11</b>
3.1 Objectifs .....	11
3.2 Professionnels impliqués.....	11
3.3 Moyens thérapeutiques .....	11
3.4 Stratégie thérapeutique .....	14
3.5 Éducation thérapeutique et mode de vie .....	14
3.6 Prise en charge psychologique et sociale .....	15
3.7 Contraception / grossesse / allaitement .....	15
<b>4. Suivi .....</b>	<b>16</b>
4.1 Objectifs .....	16
4.2 Professionnels impliqués.....	16
4.3 Rythme des consultations .....	16
4.4 Examens complémentaires .....	17
<b>Annexe 1. Liste des participants .....</b>	<b>18</b>
<b>Annexe 2. Références.....</b>	<b>19</b>

### **Mise à jour des guides et listes ALD**

Les guides médecin élaborés par la Haute Autorité de Santé sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la Liste des Actes et Prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site internet de la HAS ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

## Liste des abréviations

ALD	Affection de Longue Durée
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
HAS	Haute Autorité de Santé

# 1. Introduction

## 1.1 Objectif

L'objectif de ce guide médecin est d'explicitier, pour les professionnels de santé, la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD au titre de l'ALD 24 -"Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives" - et souffrant de maladie de Crohn.

Ce guide médecin doit servir d'outil, essentiellement au médecin généraliste, pour l'évaluation initiale du patient ayant une maladie de Crohn, sa prise en charge thérapeutique et son suivi.

L'objectif de ce guide est d'être un outil pragmatique auquel le médecin traitant puisse se référer pour la prise en charge de la pathologie considérée. Le contenu du guide a été discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire. Il présente la déclinaison pratique des recommandations pour la pratique clinique (RPC) et/ou des conférences de consensus (CDC) disponibles, secondairement complétée par des avis d'experts lorsque les données sont manquantes. L'avis des experts est en effet indispensable pour certains champs, tels que le suivi des patients où le rythme de surveillance du patient par exemple dépend plus d'un consensus de professionnels que de données comparatives obtenues dans le cadre d'études cliniques.

Un guide médecin ALD ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques : toutes les comorbidités, les protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne revendique pas l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles ni ne se substitue à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient.

## 1.2 La maladie de Crohn

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire intestinale pouvant atteindre n'importe quel segment du tube digestif et peut s'accompagner de manifestations extraintestinales (articulaires, cutanées, oculaires...). C'est une maladie chronique évoluant par poussées, alternant avec des phases de rémission.

En France, la maladie de Crohn touche environ une personne sur mille. L'incidence est de l'ordre de 5 pour 100 000 habitants par an. Même si la maladie de Crohn peut survenir à tout âge - il existe notamment des cas pédiatriques – elle est le plus souvent diagnostiquée entre l'âge de 20 et 30 ans.

Il s'agit d'une maladie cryptogénétique, ou différents facteurs sont retrouvés et discutés (predisposition génétique, facteurs immunologiques et environnementaux).

## 2. Bilan initial

Le diagnostic de maladie de Crohn repose sur un faisceau d'arguments, cliniques et paracliniques.

Le diagnostic est habituellement établi en période de poussée. Les manifestations cliniques dépendent de la localisation de la maladie : douleurs abdominales, diarrhée et/ou syndrome dysentérique le plus souvent muco-hémorragique, atteinte de la région ano-périnéale, parfois associés à des signes généraux et/ou à des manifestations systémiques. S'y associent volontiers des anomalies biologiques (syndrome inflammatoire, carences...).

### 2.1 Objectifs principaux

- Confirmer le diagnostic de maladie de Crohn.
- Evaluer la sévérité de l'atteinte et la présence de complications.
- Évaluer le retentissement psychologique et les conséquences scolaires ou socioprofessionnelles.

### 2.2 Professionnels impliqués

Le diagnostic, l'évaluation initiale et la prise en charge du patient sont pluridisciplinaires. Le diagnostic peut être évoqué et le bilan orienté soit par le médecin traitant, soit par le gastroentérologue. Les examens endoscopiques et radiologiques sont réalisés par le gastroentérologue ou le radiologue.

En cas de début à type de poussée aiguë, le patient peut bénéficier d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation en service spécialisé.

Le bilan initial peut nécessiter l'intervention de plusieurs spécialistes :

- spécialiste de la maladie de Crohn (pédiatre, gastro-entérologue ou interniste) ;
- médecin traitant ;
- si besoin, autres spécialistes : radiologue, rhumatologue, dermatologue, ophtalmologue, chirurgien ;
- infirmier(ère), stomathérapeute, diététicien (évaluation des ingesta)
- si besoin, tabacologue
- assistante sociale.

La prise en charge de cette maladie chronique peut justifier l'intervention d'un psychologue et/ou d'un psychiatre ;

## 2.3 Contenu du bilan initial

L'évaluation initiale est adaptée à l'âge, aux circonstances diagnostiques et aux signes cliniques du patient, la maladie de Crohn pouvant survenir parfois (20 % des cas) sous forme de crise sévère.

Ce guide s'adressant aux patients en ALD, le diagnostic différentiel n'est ici pas développé. Toutefois, le diagnostic de maladie de Crohn peut être difficile et nécessiter d'écartier les autres causes d'atteintes organiques intestinales (infectieuses, ischémiques, médicamenteuses, radiques voire néoplasiques). De plus, la distinction entre maladie de Crohn colique et RCH peut être délicate. Pour toutes ces raisons, un avis spécialisé est indispensable.

### 2.3.1 Clinique

Les signes suivants sont diversement associés :

#### ► Signes digestifs

- Douleurs abdominales (spasmes, syndrome d'obstruction intestinale), nausées, vomissement
- Parfois, syndrome abdominal aigu, notamment tableau d'appendicite aiguë
- Diarrhée, avec ou sans rectorragie, syndrome dysentérique
- Signes ano-périnéaux : douleurs, écoulement...

#### ► Signes généraux

- Fatigue, amaigrissement, anorexie
- Fièvre,
- Pâleur, dyspnée (anémie)
- Chez l'enfant et l'adolescent : cassure de la courbe staturo-pondérale et retard pubertaire.

#### ► Autres manifestations, rarement au premier plan, parfois révélatrices

- Rhumatologiques : rhumatismes articulaires périphériques, d'évolution corrélée à la poussée, ou rhumatismes axiaux de type sacroïllite ou spondylarthrite ankylosante, d'évolution chronique.
- Dermatologiques : aphtes buccaux, érythème noueux, pyoderma gangrenosum,
- Oculaires : uvéite antérieure, plus rarement épisclérite
- Hépto-biliaires : stéatose, péricholangites souvent asymptomatiques, rares cholangites sclérosantes,
- Hématologiques : anémie le plus souvent par carences parfois associées (fer, folates, vitamine B12) et/ou inflammatoire accompagnée d'une thrombocytose,

- D'autres atteintes sont plus exceptionnelles : pancréatiques, rénales, pulmonaires, thromboses artérielles ou veineuses profondes ...

### 2.3.2 Paraclinique

#### ► **Biologie**

- NFS
- CRP
- Ferritinémie, éventuellement complétée d'une recherche de récepteur soluble de la transferrine, albuminémie,
- Créatininémie
- ALAT, gamma-GT
- Vitamine B12 et folates sériques
- ASCA, pANCA, éventuellement pour différencier une maladie de Crohn colique isolée de la RCH
- Selon la présentation clinique, coproculture et/ou examen parasitologique des selles

#### ► **Examens endoscopiques**

L'iléocoloscopie avec biopsies en zones malades et en zones saines est essentielle pour confirmer le diagnostic de maladie de Crohn. Elle permet d'évaluer l'intensité de la poussée ainsi que l'étendue des lésions.

De même, une endoscopie oesogastroduodénale avec biopsies étagées doit être réalisée.

#### ► **Autres examens paracliniques**

- Transit baryté du grêle
- Échographie abdomino-pelvienne
- TDM abdomino-pelvienne
- IRM intestinale et/ou pelvienne
- Echoendoscopie
- Dans certains cas difficiles, examen par vidéocapsule et/ou entéroscopie
- L'ASP a des indications de plus en plus restreintes, notamment dans le cadre de l'urgence

### 2.3.3 Complications

#### Tableaux subaigus et chroniques (hors cancer)

- Obstruction intestinale (syndrome de Koenig, douleurs et vomissements chroniques) liée à la sténose inflammatoire et/ou cicatricielle d'un ou plusieurs segments intestinaux
- Fistules : entéroentérales, entérocutanées, entérovésicales...
- Abscesses intra-abdominaux (psoas par exemple)
- Manifestations ano-périnéales invalidantes : fissures souvent multiples, abscesses récidivants, fistules complexes...
- Dénutrition, malabsorption, anémies inflammatoires et/ou carencielles
- Manifestations extradiigestives sévères : pyoderma gangrenosum, uvéites,
- Maladies associées évoluant pour leur propre compte : pelvispondylite rhumatismale, cholangite sclérosante
- Complications vasculaires : thromboses veineuses, plus rarement artérielles
- Chez l'enfant et l'adolescent, retard de croissance, retard pubertaire

#### Tableaux aigus (moins fréquents)

- Occlusion, le plus souvent liée à la sténose inflammatoire et/ou cicatricielle d'un segment intestinal
- Péritonite localisée (abscesses, plastron) ou généralisée, par perforation
- Appendicite aiguë
- Hémorragies digestives, parfois sévères
- Abscesses de la région ano-périnéale

Ces complications sont des **urgences thérapeutiques** : le patient doit être adressé en service hospitalier, si possible spécialisé.

Le contexte d'urgence peut imposer des gestes chirurgicaux : drainage d'abscesses, traitement des occlusions, des péritonites...).

#### Les cancers

Au cours de la maladie de Crohn colique étendue, existe un sur-risque de transformation néoplasique (dysplasie de bas puis de haut grade puis cancer) apparaissant 7 à 10 ans après le diagnostic, ou d'emblée en cas de cholangite associée. La détection de ces lésions par coloscopies (avec chromoendoscopie) doit être proposée au patient selon un rythme recommandé par le spécialiste (cf. 4. Suivi).

Dans les atteintes très anciennes de l'intestin grêle existe un sur-risque important d'adénocarcinome de l'intestin grêle, développé au sein des lésions inflammatoires (de diagnostic difficile, donc souvent tardif). Les patients atteints de cholangite sclérosante ont un risque accru de cholangiocarcinome.

## 3. Prise en charge thérapeutique

Il n'existe pas de traitement médical curatif de la maladie de Crohn, mais les traitements actuels obtiennent de plus en plus souvent, de façon suspensive, un contrôle durable de la maladie et une qualité de vie satisfaisante.

### 3.1 Objectifs

- traiter les poussées et prévenir les rechutes ;
- prévenir, détecter et traiter précocement les complications de l'histoire naturelle de la maladie et des traitements ;
- assurer la prise en charge psychologique ;
- éduquer le patient et/ou les proches ;
- améliorer la qualité de vie.

### 3.2 Professionnels impliqués

Outre les professionnels de santé décrits dans l'évaluation initiale, peuvent intervenir médecin de PMI, médecin scolaire, médecin du travail ; et selon les cas, structure d'HAD, organismes prestataires de services...

### 3.3 Moyens thérapeutiques

#### 3.3.1 Traitements pharmacologiques

*Pour des raisons de simplicité, les guides médecins citent généralement les classes thérapeutiques sans détailler l'ensemble des médicaments indiqués dans la pathologie concernée.*

*Cependant, chaque médicament n'est concerné que dans le cadre précis de son autorisation de mise sur le marché (AMM). Si pour des raisons explicites tel n'est pas le cas, et plus généralement pour toute prescription d'un produit hors AMM, qui s'effectue sous la seule responsabilité du prescripteur, celui-ci doit en informer spécifiquement le patient.*

#### ► Dérivés 5 amino-salicylés par voie orale et/ou rectale

- *Mésalazine*, 1 à 4 g/j, en traitement des poussées et de prévention des rechutes d'intensités faibles à modérées.

#### ► Corticothérapie par voie orale

La *prednisone* et la *prednisolone* par voie orale sont adaptées aux poussées d'intensité moyenne à sévère. La posologie habituelle est de 1 mg/kg/j.

Chez l'enfant, la posologie actuellement utilisée est de 1 à 2 mg/kg (maximum 60mg/J).

Une fois la rémission obtenue, la décroissance des corticoïdes doit être progressive. On recommande une diminution de la posologie quotidienne par paliers de 7 jours, initialement de 10 mg jusqu'à demi dose, puis de 5 mg jusqu'à arrêt complet (paliers plus courts proposés chez l'enfant compte-tenu du retentissement sur la croissance, voire prescription alternée un jour sur 2).

A l'arrêt d'une corticothérapie prolongée, le risque d'insuffisance surrénale doit être pris en compte. On peut proposer un test au Synacthène® au moment de l'arrêt, suivi en cas d'anomalie d'un traitement substitutif transitoire par hydrocortisone.

Le *budésonide* (9 mg/J initialement, puis doses dégressives) est adapté au traitement des formes iléocoliques droites.

### ► Antibiotiques

Il n'y a pas d'indication à un traitement antibiotique dans les maladies de Crohn non compliquées.

En cas d'aggravation soudaine, et de suspicion d'une infection intestinale surajoutée, un avis spécialisé est recommandé.

L'antibiothérapie fait partie du traitement des abcès dans la maladie de Crohn. Les lésions suppuratives chroniques ano-périnéales peuvent nécessiter l'utilisation parfois prolongée d'une antibiothérapie (*métronidazole, quinolone*).

### ► Immunomodulateurs

Les immunomodulateurs peuvent être prescrits pour les maladies de Crohn résistantes dans un contexte spécialisé, notamment pour le traitement d'attaque et de fond des formes sévères et fistulisées, abcès exclus. Les plus souvent utilisés sont :

- *Azathioprine* et *6-mercaptopurine* (6-MP) (*hors AMM*)
- *Méthotrexate hors AMM*
- Anti-TNF :
  - Infliximab
  - Adalimumab

Parmi les anti-TNF, seul l'infliximab a l'indication pédiatrique.

La prise en charge spécifique de ces traitements (interactions médicamenteuses, complications infectieuses, hématologiques, hépatiques...) doit se faire en partenariat entre le MT et le spécialiste.

### 3.3.2 Autres traitements

#### ► Chirurgie

Le traitement chirurgical électif est réservé le plus souvent aux malades résistants au traitement médical bien conduit. Il s'agit alors le plus souvent de gestes d'exérèse des lésions inflammatoires, gestes qui doivent être limités (logique d'épargne intestinale dans le cadre d'une maladie récidivante). La diversité des lésions rendent compte de la variété des interventions chirurgicales qui peuvent être réalisées. Le recours aux stomies (provisoires le plus souvent) n'est pas rare. Les suites opératoires sont souvent délicates du fait de la maladie par elle-même, de l'état nutritionnel et des traitements utilisés (corticothérapie, immunosuppresseurs...)

Le contexte d'urgence peut imposer des gestes chirurgicaux : drainage d'abcès, traitement des occlusions, des péritonites...).

Enfin, en cas de cancer, la chirurgie prend sa place dans le cadre de la stratégie thérapeutique pluridisciplinaire (cf. *Plan cancer*).

#### ► Traitements nutritionnels

L'alimentation entérale à débit continu et la nutrition parentérale exclusive ont une efficacité démontrée dans le traitement des poussées et peuvent participer à la correction d'une dénutrition.

Chez l'adulte, la place de ces traitements nutritionnels par rapport aux autres approches thérapeutiques se discute au cas par cas, essentiellement en milieu spécialisé.

Chez l'enfant, le recours à la nutrition entérale, exclusive ou de complément, est plus fréquent compte tenu des besoins spécifiques de la croissance et des effets délétères de la corticothérapie sur celle-ci. De ce fait, la nutrition entérale à domicile est assez répandue.

Chez l'adulte comme chez l'enfant, les traitements nutritionnels sont particulièrement utiles comme une alternative ou appoint à la corticothérapie lorsque celle-ci est insuffisamment efficace ou délétère.

#### ► Alimentation

L'alimentation n'influe pas sur le cours de la maladie. Dans la plupart des cas, il n'est donc pas nécessaire d'imposer un régime particulier : l'alimentation doit rester équilibrée.

Lors des poussées marquées, un régime d'épargne intestinale (apports restreints en fruits et légumes) peut être prescrit transitoirement. Un régime sans résidu strict n'est pas justifié.

L'intervention d'un diététicien pourra être sollicitée pour s'assurer de la bonne couverture des besoins nutritionnels.

## 3.4 Stratégie thérapeutique

Les modalités du traitement (choix initial, principales modifications) de la maladie et de ses complications (cf. 2.3.3. Complications), sont définies par le spécialiste, parfois dans un cadre pluridisciplinaire (gastroentérologue, chirurgien digestif, rhumatologue...).

### 3.4.1 Traitement de la poussée

Selon la localisation des lésions et la sévérité des symptômes, le traitement d'une poussée se fera par les dérivés du 5-ASA, les corticoïdes, les traitements nutritionnels, voire les anti-TNF.

### 3.4.2 Traitement préventif de la rechute

La plupart des malades tirent bénéfice d'un traitement d'entretien continu et prolongé. Ce traitement est destiné à diminuer la fréquence des rechutes et à limiter la tendance naturelle de progression des lésions (perforation, sténose...).

On utilise actuellement en première intention les *immunomodulateurs* : azathioprine ou 6-mercaptopurine, et en cas d'échec ou d'intolérance à ces produits, le méthotrexate et/ou les anti-TNF.

Dans le cadre des atteintes coliques étendues et anciennes, il semble que les dérivés du 5-ASA puissent avoir, comme au cours de la RCH, un effet réducteur du risque de lésion néoplasique colique.

Le MT a un rôle important pour s'assurer de l'adhésion au traitement et de sa bonne tolérance (cf. 4. Suivi).

## 3.5 Éducation thérapeutique et mode de vie

L'information sur la maladie et l'éducation thérapeutique sont réalisées dès que possible et renforcées à chaque visite en favorisant l'autonomisation du patient et en insistant sur l'observance.

Elle est réalisée par tous les professionnels de santé, en premier lieu par le MG ; elle relève parfois de temps de soins spécialement dédiés (stomathérapie).

Un soin particulier doit être apporté à informer les patients que, sauf exceptions, leur maladie est compatible avec une existence normale (alimentation, scolarité, activité physique, vie sexuelle et familiale, choix du métier, loisirs).

### ► **Modification du mode de vie**

La consommation régulière de tabac, même minime, a un rôle clairement aggravant sur l'évolution de la maladie. L'arrêt du tabac fait donc partie intégrante du traitement de la maladie.

Chez certains patients, en fonction de leur dépendance et de la présence ou non d'un état anxio-dépressif, une aide au sevrage tabagique sera proposée :

- en première intention chez les patients dépendants : substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur) ;
- en deuxième intention : aide médicamenteuse au sevrage tabagique (bupropion LP, varénicline) ;
- une prise en charge spécialisée est recommandée chez les personnes fortement dépendantes ou souffrant de coaddictions multiples ou présentant un terrain anxio-dépressif.

Il existe des associations de patients ayant une MICI ou présentant des handicaps apparentés. Il serait souhaitable que le médecin traitant informe les patients de leur existence et leur propose de les contacter.

### **3.6 Prise en charge psychologique et sociale**

S'agissant d'une maladie chronique survenant souvent à un âge jeune, un soin tout particulier doit être apporté à l'accompagnement psychologique tout au long de la maladie.

Elle peut nécessiter l'intervention du psychologue et parfois du psychiatre notamment lors de l'annonce de la maladie et en cas d'intervention chirurgicale et pour l'abord des facteurs environnementaux associés au déclenchement des crises.

### **3.7 Contraception / grossesse / allaitement**

Tous les moyens de contraception sont utilisables au cours de la maladie de Crohn. La fertilité des femmes est globalement normale.

Les grossesses se déroulent le plus souvent normalement lorsqu'elles débutent en dehors d'une phase d'activité de la maladie. La compatibilité de la grossesse et de l'allaitement avec la poursuite des traitements médicamenteux doit faire l'objet d'un conseil spécialisé (gastro-entérologue et obstétricien).

En cas de lésions périnéales sévères chroniques, les modalités de l'accouchement (césarienne plutôt qu'accouchement par voie basse) doivent être discutées entre l'obstétricien, le chirurgien digestif et le gastroentérologue.

## 4. Suivi

L'évolution sous traitement est évaluée grâce aux données cliniques, biologiques et endoscopiques (rectoscopie ou coloscopie). L'évolution de la maladie de Crohn est le plus souvent caractérisée par des poussées successives entrecoupées de phases de rémission plus ou moins complètes. Elle est généralement imprévisible, mais la prise d'AINS et certaines infections intestinales peuvent déclencher une poussée. La maladie peut rester localisée ou s'étendre au fil du temps.

### 4.1 Objectifs

- prévenir et diagnostiquer une poussée, une aggravation ou une complication ;
- surveiller l'efficacité, la tolérance et l'observance des traitements prescrits ;
- poursuivre l'éducation thérapeutique du patient et le cas échéant des proches.

### 4.2 Professionnels impliqués

- comme lors de l'évaluation initiale et de la prise en charge thérapeutique, interviennent :
  - le médecin traitant,
  - si besoin, les médecins spécialistes,
- les professionnels de structure de soins relais (service de gastroentérologie, de pédiatrie, ou de médecine interne de centre hospitalier général) ;
- si besoin, l'assistante sociale, un stomathérapeute,...

L'ensemble de ces intervenants peut fonctionner en réseau.

### 4.3 Rythme des consultations

- Le rythme de consultation doit être au minimum semestriel dès lors qu'un traitement spécifique est prescrit. Dans le cas général, un avis annuel du spécialiste est conseillé.
- La survenue d'une fièvre sous corticoïde ou immunosuppresseur nécessite une consultation rapide, en sachant que le risque de tuberculose et d'infections opportunistes est à prendre particulièrement en compte sous anti-TNF.

## 4.4 Examens complémentaires

Les examens complémentaires de surveillance sont :

- Recherche annuelle d'une carence en fer, et, selon la localisation et les antécédents chirurgicaux éventuels, en folates et en vitamine B12.
- Traitement par aminosalicylés : créatininémie et clairance estimée semestrielles,
- Traitement par corticoïde : glycémie à jeun à une semaine, ostéodensitométrie si plus de 3 mois cumulés de traitement à plus de 7.5 mg/j de *prednisone*, examen ophtalmologique si plus de 6 mois cumulés de traitement (cataracte, glaucome).
- Traitement par azathioprine ou 6-MP : éventuellement activité et génotype TPMT avant institution du traitement ; NFS plaquettes hebdomadaires les 2 premiers mois, mensuelles les 4 mois suivants, puis trimestrielles, ALAT gamma-GT trimestrielles. Le dosage des métabolites (6-TGN, 6-MMP) peut être utile pour évaluer l'efficacité et/ou la toxicité du traitement.
- Traitement par méthotrexate : NFS, plaquettes, ALAT et gamma-GT hebdomadaire les 2 premiers mois, mensuelles les 4 mois suivants, puis trimestrielles. créatininémie mensuelle.
- Présence d'une iléostomie : ionogramme sanguin, urée, créatinémie pour évaluer les éventuelles pertes hydro-électrolytiques excessives.
- La détection endoscopique des lésions néoplasiques coliques est organisée par le spécialiste.
- Le recours à l'endoscopie (rectoscopie, coloscopie) peut être justifié en cas de poussée pour juger de l'étendue et de la sévérité des lésions.
- Dans le contexte d'une stomie, l'utilisation de pâtes cicatrisantes peut être justifiée.

## Annexe 1. Liste des participants

Ce travail a été coordonné par le Dr Stéphane Beuzon, Chef de projet au service Affections de longue durée et accords conventionnels, et réalisé avec les participants suivants :

- Dr Marc ANDRE, interniste, Clermont-Ferrand
- Pr Laurent BEAUGERIE, gastro-entérologue, Paris
- Dr Rémi BON MARDION, chirurgien, Marseille
- Pr Marc LEMANN, gastro-entérologue, Paris
- Dr Alain MORALI, pédiatre, Vandoeuvre les Nancy
- Dr Gilbert TUCAT, gastro-entérologue, Paris
- Pr Stéphane BERDAH, chirurgien, Marseille

Par ailleurs, le guide a été relu par des représentants de l'Association François Aupetit et de la fédération des stomisés de France

Le guide a aussi été relu par des représentants de la CNAMTS, de la MSA et du RSI.

## Annexe 2. Références

European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis, E F Stange et al, for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO), Gut 2006; 55 (Supplement 1): i1-i15

European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management, S P L Travis et al, for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO), Gut 2006; 55 (Supplement 1): i16-i35

European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations, R Caprilli et al, for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO), Gut 2006; 55 (Supplement 1): i36-i58

Achévé d'imprimer en xxxxxx - Imprimerie Moderne de l'Est - Dépôt Légal Mois aaaa (Corps de  
texte 3)

HAS

Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)