

Exploration de l'intestin grêle en cas de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) ou de suspicion de MICI

Rédacteur : Arnaud Bourreille

Relecteurs: Guillaume Bonnaud, Philippe Marteau, Jacques Moreau, Stéphane Nahon, Alexandre Pariente

Document de référence:

Role of small-bowel endoscopy in the management of patients with inflammatory bowel disease: an international OMED–ECCO consensus. *Endoscopy* 2009; 41:618-37.

European Crohn's and Colitis Organisation. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2013;7:982-1018.

www.ecco-ibd.eu/documents/OMED-ECCO_Small_bowel_endoscopy_in_IBD.pdf

<https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/7/12/982/446087>

Date : février 2018

Suspicion de maladie de Crohn (MC) :

Stratégie diagnostique

Le diagnostic de MC ne peut pas reposer sur le seul aspect macroscopique des lésions visibles en endoscopie et/ou en radiologie.

Compte tenu de l'atteinte préférentielle de l'iléon terminal dans la MC du grêle, l'iléo-coloscopie est l'examen à réaliser en première intention. Cet examen est, le plus souvent, suffisant pour le diagnostic de MC.

Une exploration de l'intestin grêle doit être envisagée :

- Lorsque la valvule iléocœcale ne peut être franchie

- Dans un contexte clinique évocateur associé à un syndrome inflammatoire (CRP, calprotectine) fécale même si l'iléo-coloscopie est normale

Séquence des examens

L'exploration par tomodensitométrie (TDM) ou imagerie par résonance magnétique (IRM) doivent précéder l'entéroscopie capsulaire (CEIG).

Même si le choix de la technique radiologique dépend avant tout des disponibilités et de l'expertise locale l'IRM doit être préférée pour éviter les examens irradiants.

L'échographie haute fréquence peut être employée (expertise locale)

Le choix d'une entéroscopie assistée par ballon(s) (EAB) ou de l'entéroscopie spiralée dépend de la nature et de la localisation des lésions éventuellement vues en radiologie ou en video-capsule.

L'EAB diagnostique n'est indiquée que si l'iléo-coloscopie, l'entéroscopie capsulaire et les techniques radiologiques ne permettent pas de conclure et que l'histologie peut modifier la prise en charge du patient.

Précautions

Chez les patients suspects de MC, le risque de rétention capsulaire est faible de l'ordre de 2 %, comparable à celui de patients explorés pour saignement.

Patients atteints de MC

Stratégie diagnostique

L'entéroscopie capsulaire est indiquée chez les patients ayant des symptômes inexplicables par d'autres investigations endoscopiques conventionnelles ou radiologiques et si les résultats attendus peuvent modifier leur prise en charge.

Pour l'évaluation des récurrences post-opératoires de MC, l'entéroscopie capsulaire ne devrait être envisagée que si l'iléo-coloscopie est contre indiquée ou si elle ne permet pas d'atteindre l'iléon ou si l'anastomose n'est pas accessible en iléo-coloscopie.

Dans le cas d'une colite inclassée, l'entéroscopie capsulaire permet de reclasser 15 à 20 % des patients en maladie de Crohn.

Séquence des examens

Les explorations radiologiques sont réalisées avant l'entéroscopie capsulaire car elles peuvent dépister des lésions sténosantes ou extra-luminales et préciser la distribution anatomique des lésions.

L'entéroscopie capsulaire détecte plus de lésions proximales que les explorations radiologiques et doit être privilégiée en cas de suspicion de lésion haute

L'entéroscopie capsulaire peut donner des informations sur la voie d'approche entéroscopique à réaliser (haute ou basse)

L'entéroscopie est recommandée en cas de nécessité de visualiser des lésions et de faire des biopsies dans des zones inaccessibles aux techniques endoscopiques conventionnelles

L'entéroscopie assistée par ballon (EAB) permet la réalisation de gestes thérapeutiques : dilatation de sténose(s), extraction de corps étranger(s) impacté(s), coagulation de lésion(s) hémorragique(s).

Précautions

Chez les patients atteints de MC, le risque de rétention capsulaire est augmenté, particulièrement chez ceux connus pour avoir une sténose intestinale.

Il est essentiel d'essayer d'exclure une sténose du grêle par un interrogatoire minutieux et une exploration radiologique préalable à la réalisation de la CEIG ; cependant, une exploration radiologique normale n'exclut pas formellement la possibilité d'une rétention capsulaire.

Le passage d'une capsule factice intacte prédit le passage d'une vidéo-capsule d'une taille égale ou inférieure. Une capsule factice peut elle-même être à l'origine d'une obstruction, le plus souvent transitoire. La capsule factice permet de détecter des sténoses non visibles en radiologie.

Maladie inflammatoire chronique intestinale de type inclassé (MICI-I)

Chez les patients ayant une MICI-I, l'entéroscopie capsulaire permet de rechercher des lésions muqueuses de l'intestin grêle évoquant une MC. Un examen négatif n'exclut pas un diagnostic futur de MC.

Recto-colite hémorragique

Les patients atteints de RCH ne nécessitent pas d'exploration par CEIG.

Après une anastomose iléo-anale, la présence de lésions visibles de l'intestin grêle à l'entéroscopie capsulaire n'a pas de signification claire.

Avant une anastomose iléo-anale, la présence de lésions visibles en entéroscopie capsulaire n'est pas prédictive de l'évolution après la chirurgie.