

Conseil de pratique

BILAN AU DIAGNOSTIC DE MICI

Rédacteur : Laurent Beaugerie

Relecteurs : Vered Abitbol (GETAID), Aurélien Amiot (GETAID), Patrick Faure (CREGG)

Documents de référence :

Nomenclature des actes biologiques 2013 :

http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/nabm//telecharge/index_tele.php?p_site=AMELI

Consensus ECCO Maladie de Crohn 2010, définitions et diagnostic, JCC :

https://www.ecco-ibd.eu/images/6_Publication/6_3_ECCO%20Guidelines/2010_CD_guidelines_definitions_diagnosis.pdf

Consensus ECCO RCH 2012, définitions et diagnostic, JCC

https://www.ecco-ibd.eu/images/6_Publication/6_3_ECCO%20Guidelines/2012_UC_Consensus_1_Definitions_and_diagnosis.pdf

Consensus ECCO infections opportunistes, 2009, JCC

https://www.ecco-ibd.eu/images/6_Publication/6_3_ECCO%20Guidelines/2012_UC_Consensus_1_Definitions_and_diagnosis.pdf

HAS : avis relatif aux recommandations vaccinales spécifiques des personnes immunodéprimées ou aspléniques, 16 février 2012 :

http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20120216_recovaccimmuno.pdf

Calendrier vaccinal 2013, Bulletin épidémiologique hebdomadaire :

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-14-15-2013>

Date: février 2014

Bilan morphologique

Inventaire des lésions

- Endoscopie oeso-gastro-duodénale* avec :
 - Biopsies systématiques duodénales distales, antrales et fundiques (3 par site)
 - Biopsies dirigées sur les lésions macroscopiques
- Iléo-coloscopie avec :
 - Biopsies systématiques iléales distales, coliques droites, coliques gauches et rectales (3 par site)
 - Biopsies dirigées sur les lésions macroscopiques
- Entéro-IRM (à défaut entéro-TDM ou échographie (lésions iléales distales)) *

** Facultatif en cas de présentation clinique/ endoscopique/histologique typique de RCH, en particulier distale : à réaliser surtout en présence de signes d'appel cliniques pour des lésions digestives hautes, et de doutes diagnostiques avec la maladie de Crohn*

Selon les contextes

- IRM pelvienne en cas de suspicion de lésions ano-périnéales compliquées
- Vidéo-capsule si les lésions observées en endoscopie conventionnelle et en imagerie (entéro-IRM ou entéro-TDM) semblent insuffisantes pour expliquer le tableau clinique et biologique, en l'absence de sténose significative (si c'est le cas, l'examen doit être précédé par un test Patency®)
- Bili-IRM en cas d'anomalies incomprises et répétées du bilan biologique hépatique, surtout à type de cholestase
- Consultation de rhumatologie/dermatologie/pneumologie en cas de signes cliniques d'appel
- Examen ophtalmologique en cas de signes cliniques d'appel.

Bilan biologique de base

- NFS – CRP
- Albuminémie
- Ferritinémie, Vit B12 sérique, folates sériques, Vit D sérique
- ALAT, GGT, Phosphatases alcalines
- Créatininémie
- Calprotectine fécale**
- En cas de colite isolée, sérologies ANCA et ASCA* pour aider au diagnostic différentiel entre maladie de Crohn colique et rectocolite hémorragique.

Bilan infectieux

- Sérologies VIH, VHB, VHC, EBV, CMV
- Recherche de *Clostridium difficile* et de sa toxine dans les selles
- Selon les contextes
 - Sérologie VZV** en l'absence d'antécédent de varicelle clinique typique
 - Examen parasitologique des selles en cas d'antécédent de voyage récent (<3 mois) ou de séjour prolongé (> un mois) dans un pays à bas niveau d'hygiène
 - Sérologie de l'anguillulose** ou examen parasitologique des selles en cas d'antécédent de séjour prolongé (> 1 mois) en zone tropicale ou inter-tropicale.

Bilan vaccinal (cf. fiche : vaccinations au cours des MICI)

En résumé :

- Reconstituer (interrogatoire et carnet(s) de vaccination) l'état des vaccins recommandés en population générale. Le mettre à jour si nécessaire, en sachant qu'un intervalle de 3 semaines est nécessaire entre la fin du programme vaccinal de tout vaccin vivant ou atténué et la mise en route d'un traitement immunosuppresseur (corticoïdes systémiques ≥ 20 mg d'équivalent prednisolone par jour, thiopurines, méthotrexate, ciclosporine et anti-TNF)
- Vacciner contre l'hépatite B les patients non immunisés

- Afin de respecter un intervalle de 3 semaines entre la fin du programme vaccinal de tout vaccin vivant ou atténué et la mise en route d'un traitement immunosuppresseur s'il est envisagé à court terme (3 mois) :
- Vacciner contre le VZV les patients non immunisés (pas d'antécédent de varicelle et sérologie VZV négative)
 - Vacciner contre la fièvre jaune les patients séjournant ou devant séjournier en zone d'endémie.

*** : facultatif, car non inscrit à la nomenclature des actes biologiques (juillet 2013), donc non remboursable*