Réjouissance prématurée?

Absence de symptômes ≠ absence d'inflammation

Obtenir la cicatrisation muqueuse et minimiser les risques![1,2]

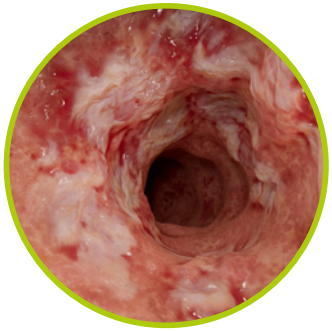


abbvie

Absence de symptômes ≠ absence d'inflammation

À l'instar d'un avocat qui est **apparemment impeccable à l'extérieur, mais réserve souvent une mauvaise surprise à l'intérieur,** il peut en être de même pour vos patients atteints de MICI : l'amélioration des symptômes ou même une rémission clinique ne signifient pas nécessairement que l'inflammation de la muqueuse a disparu.[3] Il est donc décisif de **combattre l'inflammation à un stade précoce** et de **viser une cicatrisation muqueuse[a].**

Absence de symptômes malgré une inflammation persistante de la muqueuse





Absence d'inflammation avec cicatrisation muqueuse



Exemples d'images d'endoscopie en cas de CU (à gauche: score ES = 3; à droite: score ES = 0)
générées par AbbVie à l'aide de l'intelligence artificielle

Étude IBD-PODCAST[4]

MC

88% (n = 216)
des patients atteints de MC asymptomatiques présentaient une inflammation active[4]

CU

94% (n = 97)
des patients atteints de CU asymptomatiques présentaient une inflammation active[4]

Obtenir de meilleurs résultats à long terme grâce à la cicatrisation muqueuse[a,1,2,5-7]

MC

Méta-analyse portant sur 673 patients issus de 12 études:[5,b]
Cicatrisation muqueuse associée à une rémission clinique à long terme

Rémission clinique à long terme
(≥ 50 semaines) atteinte chez:[5]



69%
des patients **avec cicatrisation muqueuse**



43%
des patients **sans cicatrisation muqueuse**

lors du 1er examen (≤ 6 mois après le début du traitement)

Avec cicatrisation muqueuse:

Jusqu'à
– 84% de réduction du risque **hospitalisations**[1,c]

Jusqu'à
– 89% de réduction du risque **intervention chirurgicales**[6,d]

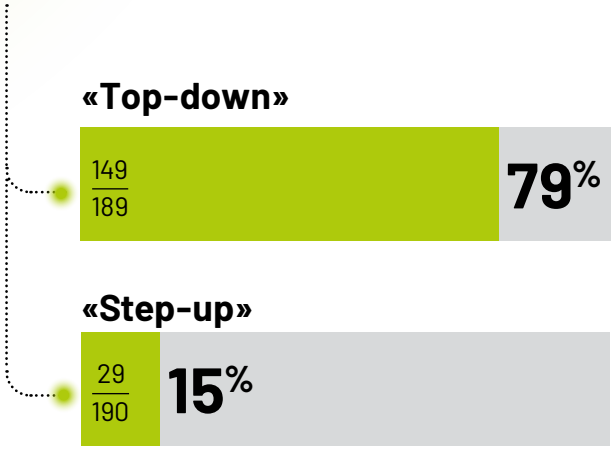
CU



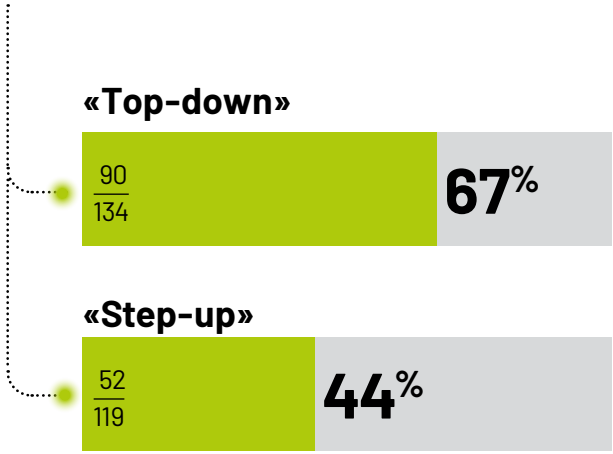
Étude PROFILE: approche de traitement dite «top-down» comme traitement standard pour les patients atteints de MC nouvellement diagnostiquée[13,g]

MC

Rémission durable sans stéroïdes et sans chirurgie
à la semaine 48 (critère d'évaluation principal)



Rémission endoscopique (score SES-CD = 0)
à la semaine 48 (critère d'évaluation secondaire)



Autres avantages de l'approche «top-down» par rapport à l'approche «step-up»:[13]

Amélioration de la qualité de vie (amélioration du score à l'IBDQ de 8,54 points)
Diminution de la consommation de stéroïdes (0,87 cure de stéroïdes en moins par patient/an)
Moins de poussées nécessitant une escalade thérapeutique (1,29 poussée en moins par patient/an)

Données de sécurité[13]

L'étude n'a pas été conçue pour montrer une différence au niveau des critères d'évaluation de la sécurité.

Événements indésirables: 168 («top-down») vs 315 («step-up»)
Événements indésirables graves: 15 («top-down») vs 42 («step-up»)
Complications nécessitant une intervention chirurgicale abdominale: 1 («top-down») vs 10 («step-up»)
Infections sévères: 3 («top-down») vs 8 («step-up»)

Optimiser le contrôle de la maladie en cas de MICI nécessite une approche globale[8]

MC & CU

Envisagez une modification du traitement si ces objectifs n'ont pas été atteints[9]



Biomarqueurs[9]
La calprotectine fécale (CF) et la protéine C-réactive (CRP) ne se sont pas normalisées.



Objectifs endoscopiques[9]
Les objectifs thérapeutiques endoscopiques ne sont pas atteints.



Qualité de vie et handicap[9]
La qualité de vie ne s'est pas normalisée – symptômes/poussées persistants.



Corticostéroïdes[10,11]
Le patient est dépendant des corticostéroïdes ou en fait une utilisation excessive.



Imagerie intestinale[9,12]
Les méthodes non invasives, telles que l'IUS, ne montrent aucune amélioration pouvant indiquer une cicatrisation muqueuse.

Viser la cicatrisation muqueuse[a] comme objectif thérapeutique

Un rôle central dans les directives allemandes – déterminant pour la réussite du traitement[14,15]

Colite ulcéreuse[14]

Directive mise à jour en novembre 2025

«La cicatrisation muqueuse est associée à une **évolution favorable de la maladie et devrait être un objectif thérapeutique.**

Pour évaluer la réponse au traitement, il convient **d'effectuer un contrôle endoscopique 6 à 12 mois après le début du traitement.»**

Maladie de Crohn[15]

«Les objectifs du traitement sont [...] une rémission sans stéroïdes, une qualité de vie normale et une réduction des complications liées à la maladie de Crohn, telles que les hospitalisations et les interventions chirurgicales.
Dans ce contexte, la **cicatrisation muqueuse joue également un rôle important,** car plusieurs études ont montré qu'une cicatrisation muqueuse est associée à une **baisse des taux d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales.**»

Notes de bas de page: a Pour évaluer la muqueuse, les études sur les traitements des MICI peuvent utiliser différents critères d'évaluation endoscopiques, notamment: réponse endoscopique, amélioration endoscopique, rémission endoscopique, endoscopie sans ulcérations et histologie. **b** Conception de l'étude: les effets de la cicatrisation muqueuse obtenue après un traitement médicamenteux de la MC ont été évalués dans une méta-analyse portant sur 673 patients issus de 12 études. Il s'agissait de 8 études observationnelles, prospectives et non randomisées de cohortes, de 3 analyses post-hoc d'études cliniques randomisées et d'une étude clinique randomisée. Définition de la cicatrisation muqueuse: 8 études ont défini la cicatrisation muqueuse comme un score SES-CD de 0 ou une absence totale d'ulcérations; les autres études ont défini la cicatrisation muqueuse comme un score SES-CD de 0 à 2 sans ulcérations, un score de Lewis < 135, un score SES-CD de 0 à 3, ou un score ES de 0 ou 1 sur une échelle allant jusqu'à 2. **c** Analyse rétrospective portant sur 84 patient-e-s atteint-e-s de MC traité-e-s par des médicaments biologiques. L'absence de cicatrisation muqueuse (score CDEIS > 0 et < 4) est associée à un risque plus élevé d'hospitalisations liées à la MC que la situation avec cicatrisation muqueuse (score CDEIS = 0): HR = 6,4 (IC à 95 % = 1,3–32,6); p = 0,024. **d** Analyse rétrospective portant sur 76 patients atteints de MC. Présence d'une activité élevée de la maladie (score SES-CD modifié ≥ 4) associée à un risque plus élevé d'interventions chirurgicales par rapport à la présence d'une faible activité de la maladie (score SES-CD < 4): HR = 9,38 (IC à 95 % = 1,20–73,5); p = 0,033. **e** Méta-analyse de 17 études portant sur 2608 patients atteints de CU. Risque médian de rechute clinique sur 12 mois si la cicatrisation muqueuse n'a pas été obtenue (score ES = 1): 29 % par rapport au taux de rechute clinique annuelle estimée lorsqu'une cicatrisation muqueuse a été obtenue (score ES = 0): 14 % (sur la base du risque médian de rechute clinique sur 12 mois). **f** En cas de CU avec cicatrisation muqueuse: réduction de 72 % du risque d'hospitalisations et de 88 % du risque de colectomie (analyse portant sur 157 patients atteints de CU lors d'un suivi à 5 ans, issu d'une étude prospective de cohortes d'inclusion menée en milieu hospitalier sur 25 ans. Absence de cicatrisation muqueuse [indice de Baron modifié de 1 à 3] par rapport à l'obtention d'une cicatrisation muqueuse [indice de Baron modifié = 0]: HR pour l'hospitalisation = 3,634 [IC à 95 % = 1,556–8,485]; p = 0,0029; HR pour la colectomie = 8,397 [IC à 95 % = 1,278–55,186]; p = 0,0268). **g** PROFILE (*PRedicting Outcomes For Crohn's disease using a moLecular biomarker*) était une étude contrôlée, randomisée, multicentrique, en ouvert, stratifiée par biomarqueurs, menée chez des adultes atteints d'une maladie de Crohn active nouvellement diagnostiquée. Les patients ont été randomisés pour suivre une stratégie dite «top-down» (immunosuppression précoce associée à l'infliximab et à un immunomodulateur; n = 189) ou une stratégie dite «step-up» accélérée (conventionnelle; n = 190). Le critère d'évaluation principal était une rémission durable sans stéroïdes et sans chirurgie jusqu'à la semaine 48. Les patients de l'étude PROFILE étaient naïfs de traitement par des immunomodulateurs et de traitement biologique.

Abréviations: CDEIS: *Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity* (indice d'activité endoscopique de la maladie de Crohn) | **CF:** calprotectine fécale | **CRP:** protéine C-réactive | **CU**: colite ulcéreuse | **ES:** *Endoscopic Subscore* (sous-score endoscopique) | **HR:** *Hazard Ratio* (rapport des risques) | **IBDQ**: *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (questionnaire sur les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) | **IC:** intervalle de confiance | **IUS:** *Intestinal Ultrasound (échographie intestinale)* | **MC:** maladie de Crohn | **MICI:** maladies inflammatoires chroniques de l'intestin | **SES-CD:** *Simple Endoscopic Score for CD* (score endoscopique simple pour la maladie de Crohn) | .

Références: 1. Yzet C *et al.* Clin Gastroenterol Hepatol. 2020; 18: 2256–2261. **2.** Ardizzone S *et al.* Clin Gastroenterol Hepatol. 2011; 9: 483–489. **3.** Khanna R *et al.* Clin Gastroenterol Hepatol. 2022; 20: 727–736. **4.** Dignass A *et al.* United European Gastroenterol J. 2025; 13: 1984–1998. **5.** Shah SC *et al.* Aliment Pharmacol Ther. 2016; 43: 317–333. **6.** Morise K *et al.* World J Gastroenterol. 2015; 21: 9974–9981. **7.** Yoon H *et al.* Gastroenterology. 2020; 159: 1262–1275. **8.** Gonczi L *et al.* World J Gastroenterol. 2019; 25: 6172–6189. **9.** Turner D *et al.* Gastroenterology. 2021; 160: 1570–1583. **10.** Gordon H *et al.* J Crohns Colitis. 2024; 18: 1531–1555. **11.** Raine T *et al.* J Crohns Colitis. 2022; 16; 2–17. **12.** Kucharzik T *et al.* J Crohns Colitis. 2025; 19. **13.** Noor NM *et al.* Lancet Gastroenterol Hepatol. 2024; 9; 415–427. **14.** Blumenstein *et al.* Mise à jour des directives S3 sur la colite ulcéreuse (version 7.0), novembre 2025. DGVS. **15.** Sturm A *et al.* Z Gastroenterol. 2024; 62; 1229–1318.
Les professionnels de santé peuvent demander les références auprès de **medinfo.ch@abbvie.com**.

Les données personnelles collectées par AbbVie dans le but de gérer les interactions avec les professionnels de la santé sont soumises à la politique de confidentialité d'AbbVie du pays de résidence du professionnel de la santé. Les politiques de confidentialité mondiales d'AbbVie sont disponibles à l'adresse https://privacy.abbvie/privacy-policies.html. Chacune d'entre elles contient des informations supplémentaires sur les pratiques d'AbbVie en matière de confidentialité pour les professionnels de la santé, sur le responsable du traitement des données d'AbbVie concerné et sur la manière dont les professionnels de la santé peuvent exercer leurs droits en matière de confidentialité des données personnelles.

abbvie **AbbVie SA** | Alte Steinhauserstrasse 14 | 6330 Cham

CH-IMMG-260009 FR 04/2026