



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Rectocolite hémorragique évolutive

Mai 2008

Ce guide médecin est téléchargeable sur
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

Liste des abréviations	3
1. Introduction.....	4
1.1 Objectif	4
1.2 La rectocolite hémorragique	4
2. Bilan initial.....	5
2.1 Objectifs principaux	5
2.2 Professionnels impliqués.....	5
2.3 Contenu du bilan initial	6
3. Prise en charge thérapeutique	8
3.1 Objectifs	8
3.2 Professionnels impliqués.....	8
3.3 Moyens thérapeutiques	9
3.4 Stratégie thérapeutique	11
3.5 Éducation thérapeutique et mode de vie	12
3.6 Prise en charge psychologique	13
3.7 Contraception / grossesse / allaitement	13
3.8 Vaccinations	13
4. Suivi	13
4.1 Objectifs	14
4.2 Professionnels impliqués.....	14
4.3 Rythme des consultations	14
4.4 Examens complémentaires	14
5. Aspect social.....	15
Annexe 1. Liste des participants.....	16
Annexe 2. Références	17

Mise à jour des guides et listes ALD

Les guides médecin élaborés par la Haute Autorité de Santé sont révisés tous les trois 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).

Liste des abréviations

5-ASA	dérivés de l'acide amino-5 salicylique
6-MMP	6-méthylmercaptopurine
6-MP	6-mercaptopurine
6-TGN	thioguanines nucléotides
AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
ALAT	alanine amino transférase
ALD	affection longue durée
AMM	autorisation de mise sur le marché
ASCA	anticorps anti- <i>Saccharomyces cerevisiae</i>
ASP	abdomen sans préparation (radiographie)
CRP	protéine C-réactive
gamma-GT	gamma-glutamyl transférase
HAD	hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IRM	imagerie par résonance magnétique
LP	libération prolongée
MICI	maladies inflammatoires chroniques intestinales
NFS	numération formule sanguine
pANCA	anticorps antineutrophiles cytoplasmiques périnucléaires
PMI	protection maternelle et infantile
RCH	rectocolite hémorragique
TNF	<i>tumor necrosis factor</i>
TPMT	thiopurine méthyltransférase

1. Introduction

1.1 Objectif

L'objectif de ce guide médecin est d'expliciter, pour les professionnels de la 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 rectocolite hémorragique (RCH).

Ce guide médecin doit servir d'outil, essentiellement au médecin généraliste, pour l'évaluation initiale du patient ayant une RCH, la prise en charge thérapeutique de celui-ci, et son suivi. Les RCH sont un ensemble hétérogène, posant des problèmes médicaux différents, et leur présentation commune au sein d'un même guide est nécessairement très réductrice.

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 et/ou des conférences de consensus 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, la prise en charge spécifique des complications, etc. Il ne revendique pas l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles ni ne se substitue à la responsabilité individuelle du médecin à l'égard de son patient.

1.2 La rectocolite hémorragique

La RCH est une maladie inflammatoire intestinale atteignant le rectum et parfois de façon continue tout ou partie du côlon, pouvant s'accompagner de manifestations extra-intestinales (articulaires, cutanées, oculaires...). C'est une maladie chronique évoluant par poussées, alternant avec des phases de rémission.

En France, la RCH touche environ une personne sur mille. L'incidence est de l'ordre de 5 pour 100 000 habitants par an. La RCH peut survenir à tout âge – il existe des cas pédiatriques –, avec un âge moyen de survenue de 34 ans.

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

2. Bilan initial

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

Le caractère évolutif de la maladie est défini par l'existence d'une diarrhée et/ou d'un syndrome dysentérique, le plus souvent muco-hémorragique, parfois associés à des signes généraux et/ou à des manifestations systémiques.

2.1 Objectifs principaux

- Confirmer le diagnostic de RCH.
- Évaluer 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 l'hépto-gastro-entérologue. Dans tous les cas, les examens complémentaires (rectoscopie, coloscopie...) sont réalisés par l'hépto-gastro-entérologue 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 acteurs :

- Médecin généraliste, pédiatre, hépto-gastro-entérologue ou interniste
- Anatomopathologiste
- Si besoin, autres spécialistes : radiologue, rhumatologue, dermatologue, ophtalmologue, chirurgien
- Infirmier, infirmier stomathérapeute*, diététicien (évaluation des ingesta)
- Assistant de service social

* *L'infirmier stomathérapeute a suivi une formation diplômante donnant des compétences spécifiques pour la prise en charge des stomies (appareillage, soins locaux, éducation des patients, surveillance...).*

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 RCH pouvant survenir parfois (20 % des cas) sous forme de crise sévère. L'atteinte du rectum est constante ; on distingue différentes formes en fonction de l'extension de la maladie, de la rectite à la pancolite.

Ce guide s'adressant aux patients en ALD, le diagnostic différentiel n'est ici pas développé. Toutefois, le diagnostic de RCH 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 RCH et maladie de Crohn colique peut être délicate. Pour toutes ces raisons, un avis spécialisé est indispensable.

2.3.1 Clinique

► Signes principaux

- Douleurs rectales avec ou sans diarrhée, rectorragie, syndrome dysentérique, ténésme, épreintes.
- En cas de forte poussée, des douleurs abdominales et des signes généraux (fièvre, altération de l'état général, amaigrissement) peuvent être observés.
- Chez l'enfant et l'adolescent : une cassure des courbes staturo-pondérales et/ou un retard pubertaire sont parfois notés.

► Autres signes (rarement au premier plan)

- Rhumatologiques : rhumatismes articulaires périphériques, d'évolution corrélée à la poussée, ou rhumatismes axiaux de type sacro-iliite ou spondylarthrite ankylosante, d'évolution chronique
- Dermatologiques : aphtes buccaux, érythème noueux, pyoderma gangrenosum
- Oculaires : uvéite antérieure, plus rarement épisclérite
- Hépatobiliaires : stéatose, rares cholangites sclérosantes
- Hématologiques : anémie, le plus souvent par carence martiale et/ou inflammatoire accompagnée d'une thrombocytose
- D'autres atteintes sont plus exceptionnelles : pancréatique, rénale, pulmonaire, thrombose artérielle ou veineuse profonde...

2.3.2 Paraclinique

► **Biologie**

L'anémie, par carence martiale pure ou associée à une composante inflammatoire :

- NFS
- CRP
- Ferritinémie, éventuellement complétée d'une recherche de récepteur soluble de la transferrine

- Créatininémie, à la recherche d'une néphropathie
- ALAT, gamma-GT, pour une fonction hépatique initiale, avec les phosphatases alcalines en cas de suspicion d'une cholangite sclérosante

- ASCA (*hors nomenclature*) et pANCA. L'étude simultanée de ces deux examens contribue à différencier la RCH d'une maladie de Crohn colique isolée
- Selon la présentation clinique, coproculture et/ou examen parasitologique des selles
- Recherche éventuelle de l'activité et du génotype de la TPMT avant institution d'azathioprine ou de 6-MP

► **Examens endoscopiques**

L'iléo-coloscopie avec biopsies en zones malades et en zones saines est essentielle pour confirmer le diagnostic de RCH. Elle permet d'évaluer l'intensité de la poussée ainsi que l'étendue des lésions. Elle est contre-indiquée en cas de colectasie (cf. 2.3.3. Complications).

► **Autres examens paracliniques**

ASP et si besoin scanner abdominal, en cas de suspicion de perforation et/ou de dilatation colique aiguë.

2.3.3 Complications

La RCH peut évoluer vers deux formes de complications principales.

2.3.3.1 La colite aiguë grave

Elle se caractérise par un nombre élevé d'évacuations sanglantes (supérieur à six par jour), le plus souvent associé à :

- Des signes généraux (amaigrissement, fièvre)
- Une anémie et un syndrome inflammatoire

La suspicion de colite aiguë grave est une **urgence thérapeutique** : le patient doit être adressé en service hospitalier, si possible spécialisé.

En effet, les risques à court terme sont la colectasie, la perforation colique, et plus rarement l'hémorragie grave, qui peuvent imposer des gestes chirurgicaux.

2.3.3.2 Le cancer du côlon

L'augmentation du risque de cancérisation du côlon est reconnue, surtout en cas de forme étendue. Il s'agit d'un risque à long terme, l'augmentation du risque apparaissant sept à dix ans après le diagnostic de RCH, et d'emblée en cas de cholangite sclérosante associée. Ce risque, estimé à moins de 10 % après 20 ans d'évolution, justifie le moment venu une chimioprévention et une détection endoscopique (cf. 3.4.2 et 4.4. Suivi).

3. Prise en charge thérapeutique

Il n'existe pas de traitement médical curatif de la RCH, mais les traitements actuels permettent un contrôle durable de la maladie et une qualité de vie plus 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.
- Contribuer à l'éducation du patient et le cas échéant de ses proches.
- Améliorer la qualité de vie.

3.2 Professionnels impliqués

Outre les professionnels de la santé décrits dans l'évaluation initiale, peuvent intervenir diététicien, kinésithérapeute, médecin de PMI, médecin scolaire et médecin du travail ; 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 médecin 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.

► 5-ASA par voie orale et/ou rectale

- Méسالazine, 1 à 4 g/jour
- Sulfasalazine, 2 à 6 g/jour
- Olsalazine, 1 à 2 g/jour

► Dérivés de l'acide amino-4 salicylique par voie rectale

Pour les poussées, les traitements aminosalicylés sont plus rapidement efficaces en administration intrarectale qu'en administration orale. Les suppositoires ne peuvent à eux seuls être actifs sur des lésions dépassant le rectum. Les lavements sont adaptés pour traiter des lésions remontant jusqu'à l'angle colique gauche et sont complémentaires du traitement oral dans les formes étendues. Les aminosalicylés locaux doivent être prescrits préférentiellement aux corticoïdes locaux en raison de leur efficacité plus rapide et de leur meilleur profil de tolérance.

Pour le traitement des formes étendues et la prévention des rechutes, on utilise essentiellement les formes orales.

► Corticothérapie par voie locale ou orale

Les corticoïdes par voie rectale sont réservés aux formes distales en cas d'échec ou d'intolérance aux dérivés salicylés.

La prednisonne et la prednisolone par voie orale sont adaptées aux poussées d'intensité moyenne à sévère. La posologie habituelle est de 40 mg/jour et peut être portée (réponse insuffisante, forme grave) à 1 mg/kg/jour. Chez l'enfant, la posologie actuellement utilisée est de 1 à 2 mg/kg/jour (maximum 60 mg/jour).

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 deux).

À l'arrêt d'une corticothérapie prolongée, le risque d'insuffisance surrénalienne 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.

► Antibiotiques

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

En cas d'aggravation soudaine ou de suspicion d'une infection intestinale surajoutée un avis spécialisé est recommandé. En cas de nécessité, un traitement antibiotique « présomptif » par quinolone pendant 3 à 5 jours doit être institué après prélèvement pour coproculture.

L'apparition d'une diarrhée alors que le patient est sous antibiothérapie doit faire suspecter et rechercher une colite à *Clostridium difficile*, par une coproculture comprenant une recherche de toxine de *Clostridium difficile*. Le traitement associe quinolone et métronidazole 1 g/jour pendant 10 jours.

► Traitement de la carence martiale

L'anémie par carence martiale, associée ou non à une composante inflammatoire, nécessite un traitement de suppléance par fer sous forme orale. Une hospitalisation peut être nécessaire lorsque la voie intraveineuse est justifiée (en cas de carence majeure ou mal supportée et/ou d'intolérance au fer *per os*).

► Immunomodulateurs

Les immunomodulateurs peuvent être prescrits pour les RCH résistantes dans un contexte spécialisé. Les plus souvent utilisés sont :

- Ciclosporine (hors AMM)
- Azathioprine
- 6-MP (hors AMM)
- Anti-TNF :
 - ▶ infliximab

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

3.3.2 Autres traitements

► Probiotique

Parmi les probiotiques, seul *E. Coli* Nissle 1917 a une efficacité démontrée chez l'adulte dans la prévention des rechutes. Il n'est pas disponible actuellement en France.

► Chirurgie

En dehors du contexte de la chirurgie d'urgence pour complication grave de la RCH (hémorragie massive, perforation colique, cf. 2.3.3 Complications), le traitement chirurgical électif est réservé aux malades résistants au traitement médical bien conduit et aux complications néoplasiques coliques.

L'intervention habituelle est une colectomie totale avec ou sans proctectomie. Le rétablissement de continuité se fait par anastomose iléo-anale ou iléo-rectale. L'iléostomie temporaire peut être nécessaire ; mais les iléostomies définitives sont devenues exceptionnelles.

► Alimentation

L'alimentation n'influe pas sur le cours de la maladie. Il n'est donc pas nécessaire d'imposer un régime particulier : l'alimentation doit rester diversifiée et 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. Après la poussée, le retour à l'alimentation normale doit être assuré à court terme.

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

► Traitements symptomatiques

Il peut être nécessaire d'utiliser des antalgiques de palier 1 ou 2 à l'exception des AINS non salicylés, des antispasmodiques, de la cholestyramine, des antidiarrhéiques (lopéramide, sauf en cas de poussée sévère).

► Stomie

Dans le contexte d'une stomie, l'utilisation de pâtes protectrices peut être justifiée.

3.4 Stratégie thérapeutique

La stratégie thérapeutique dépend du mode d'évolution et de l'étendue des lésions de la RCH.

3.4.1 Traitement de la poussée

Le traitement de première ligne des poussées minimales ou modérées fait appel aux dérivés 5-aminosalicylés utilisés par voie rectale ou orale.

Chez les patients recevant déjà un traitement d'entretien par 5-ASA, la posologie pourra être augmentée, ou un traitement rectal ajouté.

En cas d'échec ou de forme plus sévère, l'intervention du spécialiste est recommandée (recours à un traitement par corticoïde voire à un immunomodulateur : anti-TNF, ciclosporine).

3.4.2 Traitement préventif de la rechute

La plupart des malades tirent un bénéfice d'un traitement d'entretien continu et prolongé. Ce traitement diminue la fréquence des rechutes et réduit (pour les 5-ASA) le risque de cancérisation colique.

On utilise en première intention les 5-ASA par voie orale, plus rarement rectale. La posologie est généralement inférieure à celle utilisée au cours des poussées. En cas d'échec et/ou d'intolérance, on a recours à l'azathioprine ou la 6-MP. S'ils sont bien tolérés, les 5-ASA sont maintenus pour leur effet propre de réduction du risque de cancérisation.

En cas d'échec ou d'intolérance à l'azathioprine ou à la 6-MP, on peut avoir recours à l'infliximab.

Le médecin traitant joue un rôle important dans l'adhésion au traitement et sa bonne tolérance (cf. 4. Suivi).

3.5 Éducation thérapeutique et mode de vie

L'information sur la maladie et les traitements est développée à chaque visite en favorisant l'autonomisation du patient et en insistant sur l'observance.

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

Un soin particulier doit être apporté à informer le patient que, sauf exceptions, sa maladie est compatible avec une existence normale ou proche de la normale (scolarité, activité physique, vie sexuelle et familiale, choix du métier, loisirs). Le médecin traitant doit notamment déceler les fausses idées et peurs alimentaires du patient qui ne sont pas justifiées.

Il existe des associations de malades spécifiquement dédiées aux MICI ou aux stomies. Il serait souhaitable que le médecin traitant informe le patient de leur existence et lui propose de les contacter.

3.6 Prise en charge psychologique

La prise en charge médicale de tout patient atteint d'une RCH doit prendre en compte le retentissement psychologique de la maladie. L'intervention d'un psychologue est une décision qui relève du patient, conseillé par le médecin traitant ou le spécialiste.

3.7 Contraception / grossesse / allaitement

Tous les moyens de contraception sont utilisables au cours de la RCH. La fertilité des femmes est globalement normale en dehors de rares situations postchirurgicales (anastomose iléo-anale).

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 (hépatogastro-entérologue, obstétricien, pédiatre).

3.8 Vaccinations

- Les vaccinations doivent être effectuées normalement à l'exception des vaccins vivants atténués, qui sont contre-indiqués en cas de prise d'un immunomodulateur.

4. Suivi

L'évolution sous traitement est évaluée grâce aux données cliniques, biologiques et endoscopiques (rectoscopie ou coloscopie). L'évolution de la RCH 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 non salicylés et certaines infections intestinales peuvent déclencher une poussée. La maladie peut rester localisée ou s'étendre au fil du temps (dans environ 50 % des cas à dix ans).

Pour 10 % des patients, le diagnostic entre maladie de Crohn et RCH n'est pas établi. Par ailleurs, certains patients ont eu un diagnostic ancien de maladie de Crohn ou de RCH parfois erroné. C'est pourquoi le médecin

traitant doit rester vigilant au moment des poussées chez ces patients, celles-ci pouvant permettre d'affirmer ou de préciser le type exact de MICI.

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.
- S'assurer périodiquement que tous les aspects de la prise en charge ont été bien considérés.

4.2 Professionnels impliqués

- Les professionnels impliqués sont ceux cités dans le chapitre 2.2. Professionnels impliqués.
- D'autres acteurs peuvent intervenir : médecin scolaire, médecin du travail, médecin de PMI, diététicien, assistant de service social...

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 immunomodulateur nécessite une consultation rapide.

4.4 Recherche de complications

Celles-ci sont décrites au chapitre 2.3.3. Complications.

4.5 Examens complémentaires

Les examens complémentaires de surveillance sont :

- Recherche d'une carence martiale annuelle
- 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/jour de prednisone, examen ophtalmologique si plus de 6 mois cumulés de traitement (cataracte, glaucome).

- Traitement par azathioprine ou 6-MP : éventuellement activité et génotype de la TPMT avant institution du traitement ; NFS, plaquettes hebdomadaires les 2 premiers mois, mensuelles les 4 mois suivants, puis trimestrielles ; ALAT et gamma-GT trimestrielles. Le dosage des métabolites (6-TGN, 6-MMP) peut être utile pour évaluer l'efficacité et/ou la toxicité du traitement.
- La dysplasie précancéreuse doit être détectée par des coloscopies avec coloration (chromoendoscopie) et biopsies selon un rythme recommandé par le spécialiste. 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.

5. Aspect social

La plupart du temps, la RCH n'empêche pas de poursuivre une scolarité et une vie professionnelle normales, et aucun métier n'est contre-indiqué lorsqu'on a cette maladie. Mais il arrive parfois que les études et le travail soient perturbés par les poussées de la maladie. Il est possible alors de faire appel à la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées). Sa mission est d'informer, d'orienter, d'évaluer les besoins et si nécessaire d'ouvrir droit à des aides et prestations individualisées. Un assistant de service social peut aider à faire les démarches. Le médecin du travail et le médecin scolaire sont également des acteurs importants dans ces moments-là.

Les malades atteints de RCH peuvent rencontrer des difficultés à se faire assurer, notamment pour les prêts immobiliers. Les associations de malades sont un recours utile pour informer et orienter les malades vers des solutions d'assurance adaptées.

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 :

- D^r Marc ANDRE, interniste, Clermont-Ferrand
- P^r Laurent BEAUGERIE, hépato-gastro-entérologue, Paris
- P^r Stéphane BERDAH, chirurgien, Marseille
- M. Jacques BERNARD, Association François Aupetit
- D^r Rémi BON MARDION, chirurgien, Marseille
- Mme Anne BUISSON, Association François Aupetit
- D^r Sébastien DUCOURANT, médecin-conseil RSI
- Mme Christelle DURANCE, Fédération des stomisés de France
- D^r Aïda JOLIVET, médecin-conseil CNAMTS
- P^r Marc LEMANN, hépato-gastro-entérologue, Paris
- D^r Alain MORALI, pédiatre, Vandœuvre-lès-Nancy
- D^r Gilbert TUCAT, hépato-gastro-entérologue, Paris

Par ailleurs, le guide a été relu par des représentants des sociétés savantes : Société française de dermatologie, Société française de radiologie, Société française de pathologie, Fédération française de psychiatrie.

Annexe 2. Références

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Endoscopie digestive basse - Indications en dehors du dépistage en population. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.

Beaugerie L, Blain A, Brazier F, Gornet JM, Parc Y. Traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique dans sa forme étendue (colite grave exclue). *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28(10 Pt 2):974-83.

Bouhnik Y, Alvès A, Beau P, Carbonnel F, Lévy P. Traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique dans sa forme grave. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28(10 Pt 2):984-91.

Flourié B, Abitbol V, Lavergne-Slove A, Tennenbaum R, Tiret E. Situations particulières au cours du traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28(10 Pt 2):1031-8.

Godeberge P, Desreumaux P, Slim K, Dupas JL, Marteau P, Beaugerie L, *et al.* Recommandations pour la pratique clinique dans le traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique : méthode

générale. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28(10 Pt 2):951-3.

Lemann M, Beaugerie L, Bouhnik Y, Flourié B, Reimund JM, Seksik P, *et al.* Fiches d'utilisation pratique des principaux médicaments utilisés dans la rectocolite ulcéro-hémorragique. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28(10 Pt 2):1039-48.

Marteau P, Seksik P, Beaugerie L, Bouhnik Y, Reimund JM, Gambiez L, *et al.* Recommandations pour la pratique clinique dans le traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28(10 Pt 2):955-60.

Reimund JM, Bonaz B, Gompel M, Michot F, Moreau J, Veyrac M, *et al.* Traitement préventif de la rechute au cours de la rectocolite ulcéro-hémorragique. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28(10 Pt 2):992-1004.

Seksik P, Contou JF, Ducrotté P, Faucheron JL, de Parades V. Traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique dans sa forme distale. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28(10 Pt 2):964-73.

Achévé d'imprimer en
Imprimerie moderne de l'Est
Dépôt légal



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr