

Localisation haute au cours de la maladie de Crohn(MCLH)

Dr Mouelhi L - Dr Kchir H

Qu'est ce que la MCLH?

Evolution des Définitions

Système	Définition L4	Limites
Vienne (2000)	Toute atteinte proximale à l'iléon terminal. Catégories mutuellement exclusives.	Impossible de coder L3 + L4. Sous-estimation massive de la prévalence.
Montréal (2006)	L4 devient un "modificateur" ajouté aux autres sites (ex: L1 + L4).	Définition anatomique floue. Reproductibilité inter-observateur modérée.
Paris (2011)	Subdivision pédiatrique : L4a : En amont du ligament de Treitz L4b : En aval du ligament de Treitz	Non adopté officiellement chez l'adulte, créant une discontinuité des soins.

Définition ECCO-ESGAR 2018

MC à localisation haute= Œsophage, estomac et duodénum
S'associe de manière variable aux atteintes grêliques, iléales ou coliques

objectifs

1. Déterminer la prévalence de la localisation haute (MCLH) au cours de la maladie de Crohn.
2. Préciser les particularités cliniques et endoscopiques.
3. Planifier la prise en charge thérapeutique.

Cas clinique

Patiente âgée de 20 ans sous AZT depuis 11 mois suite une résection iléo-caecale (résection de 20 cm) pour une maladie de Crohn compliquée d'abcès.

6 mois de la chirurgie : calprotectine 100 µg/g de selles

- Elle consulte pour des douleurs abdominales évoluant depuis 1 mois sans troubles du transit.
- Biologie : CRP négative

Notre patiente

Que proposez vous à ce stade?

- A. Calprotectine fécale
- B. Colonoscopie
- C. Entéro-IRM
- D. Echographie abdominale
- E. Endoscopie oesogastroduodénale

Notre patiente

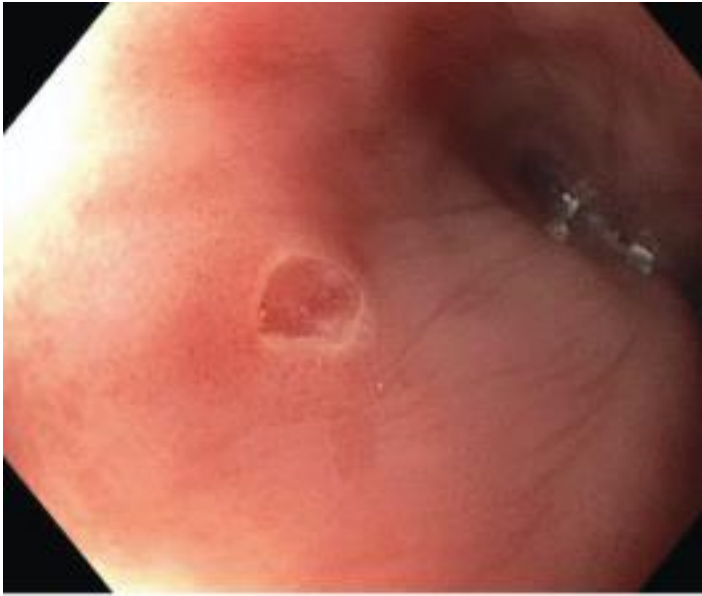
Calprotectine > 1000µg/g de selles

Colonoscopie : normale i0 de Rutgeerts

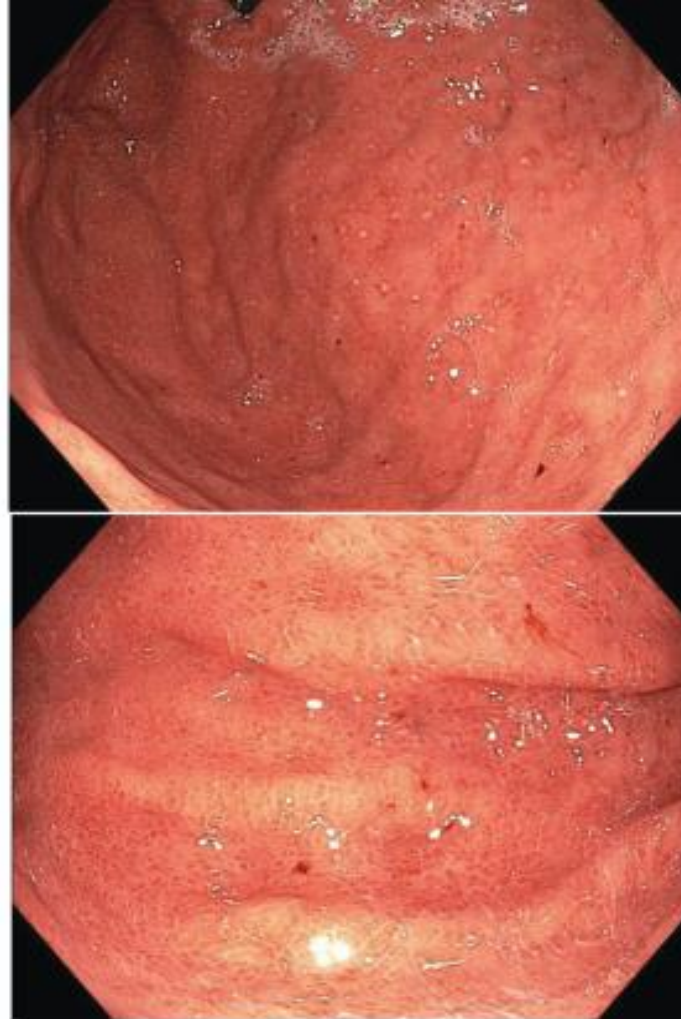
Entéro-IRM : normale

Endoscopie oesogastroduodénale

Notre patiente



**Œsophagite
ulcérée**



Pangastrite congestive et ulcérée

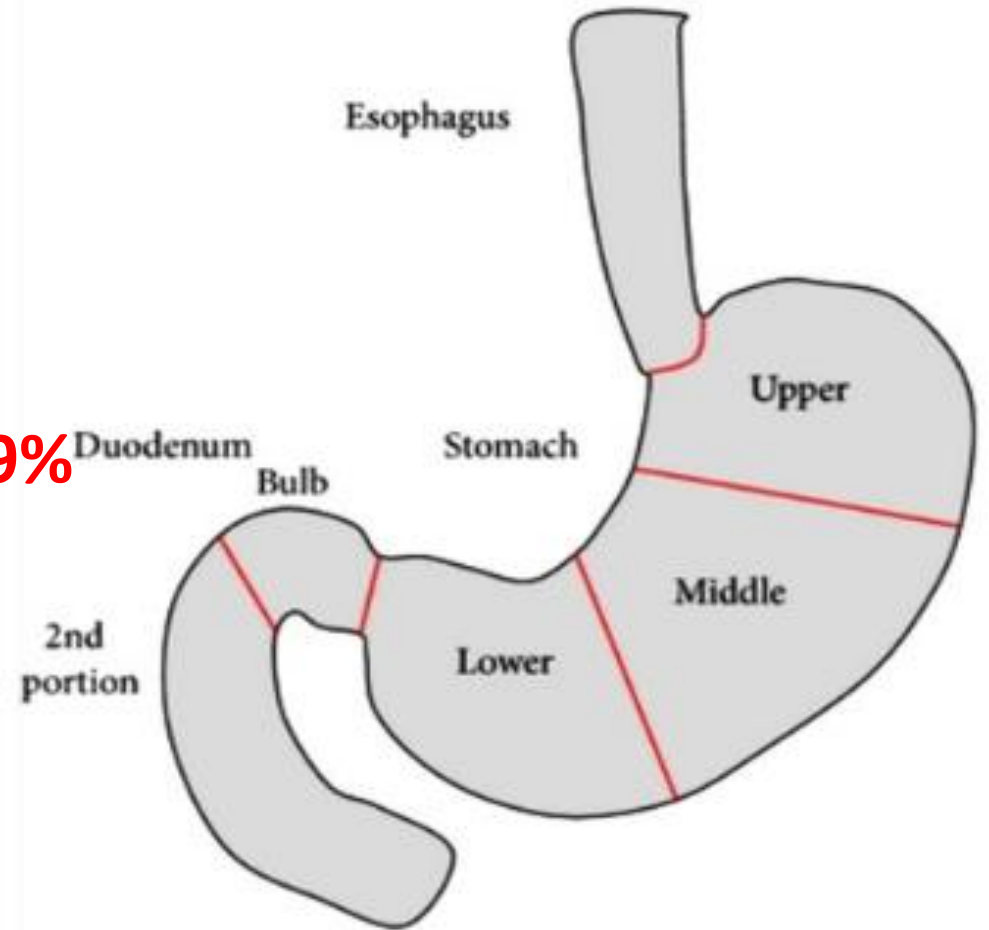


Bulbo-Duodénite ulcérée

MCLH: Répartition et phénotypes

- Association à une atteinte iléocolique observée dans 50 à 90% des cas
- 3 phénotypes:
 - **Inflammatoire** : 50-60%
 - **Sténosant** : 35%
 - **Fistulisant** : 15%

69%



MCLH : Etude des prévalences

	Nombre d'études	Nombre de patients	Classification	Prévalence FOGD symptômes	Prévalence dépistage FOGD systématique
Chine 2021	26	10 000	Montréal	13%	23%
Cohen 2025	47	6 054	ECCO	8,7%	30%

MCLH : Etude des prévalences

	Nombre d'études	Nombre de patients	Classification	Prévalence FOGD symptômes	Prévalence dépistage FOGD systématique
Chine 2021	26	10 000	Montréal	13%	23%
Cohen 2025	47	6 054	ECCO	8,7%	30%

Dépistage FOGD chez les patients asymptomatiques

Intérêt de la FOGD de dépistage systématique : oui

- **Population pédiatrique**

Etude prospective 60 MC : 31% MCLH asymptomatiques

- **Population adulte**

- 234 adultes MC: 35% MCLH à la FOGD et/ou aux biopsies

- 62,5% des patients ayant une MCLH sont asymptomatiques ou ont des symptômes non spécifiques.

Annunziata. Dig Dis Sci 2012

Laube . J Gastroenterol Hepatol 2018

Nathalian. Clinical Gastroenterolo Hepatol 2025

ECCO-ESGAR 2018: Dépistage FOGD / MC

Statement 1.9. ECCO-ESGAR Diagnostics GL [2018]

Upper GI endoscopy is recommended in patients with CD with upper GI symptoms, but not for asymptomatic newly diagnosed adult IBD patients [EL5]

ECCO-ESGAR –ESP-IBUS 2025:Dépistage FOGD / MC

Recommendation 3 Consider upper gastrointestinal endoscopy in adults with newly diagnosed CD (EL4).
(89% agreement)

Facteurs associés à la survenue d'une MCLH

- Le genre masculin
- La présence de Granulomes sur les biopsies iléo-coliques

Présentation clinique de la MCLH

Epigastralgies	40,7%
Perte de poids	32,5%
Nausées et vomissements	30%
Dysphagie	6%
Odynophagie	4,9%
RGO	5%
Anémie méléna hématurie douleurs biliaires	rare

**La forme asymptomatique > 1/ 3
découverte fortuite à l'endoscopie ou sur biopsies**

Aspects Endoscopiques

Inflammatoire 60%

Œdème

Erythème

Erosions

Ulcérations

-aphtoides-serpigineuses

Aspect en cobblestone

-colonne de bambou

-nodulaire

-encoches

Sténosant 45%

Duodénum: 80%

Estomac: 16%

Œsophage: 4%

Fistulisant 5%

Duodénum: 77%

Estomac: 7%

Œsophage: 15%

Atteinte œsophagienne

80% Œsophage distal

15% (distal + 1/3moyen)

5% Œsophage entier



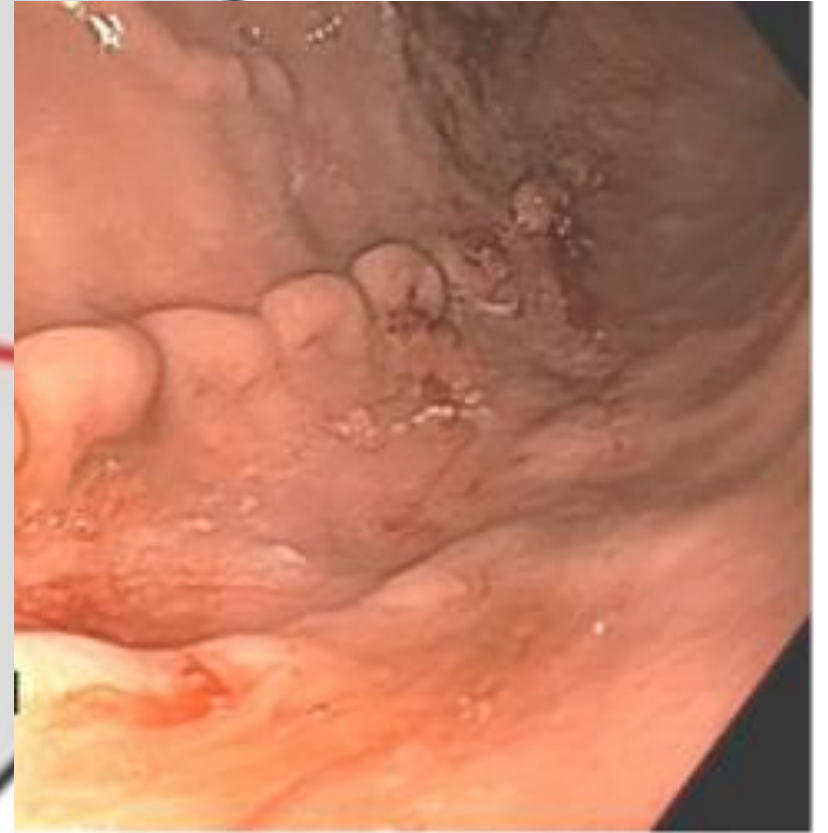
Ulcérations aphtoides superficielles



Sténose ulcérée

Atteinte Gastrique

Ulcérations aphtoides, linéaires ou serpigineuses

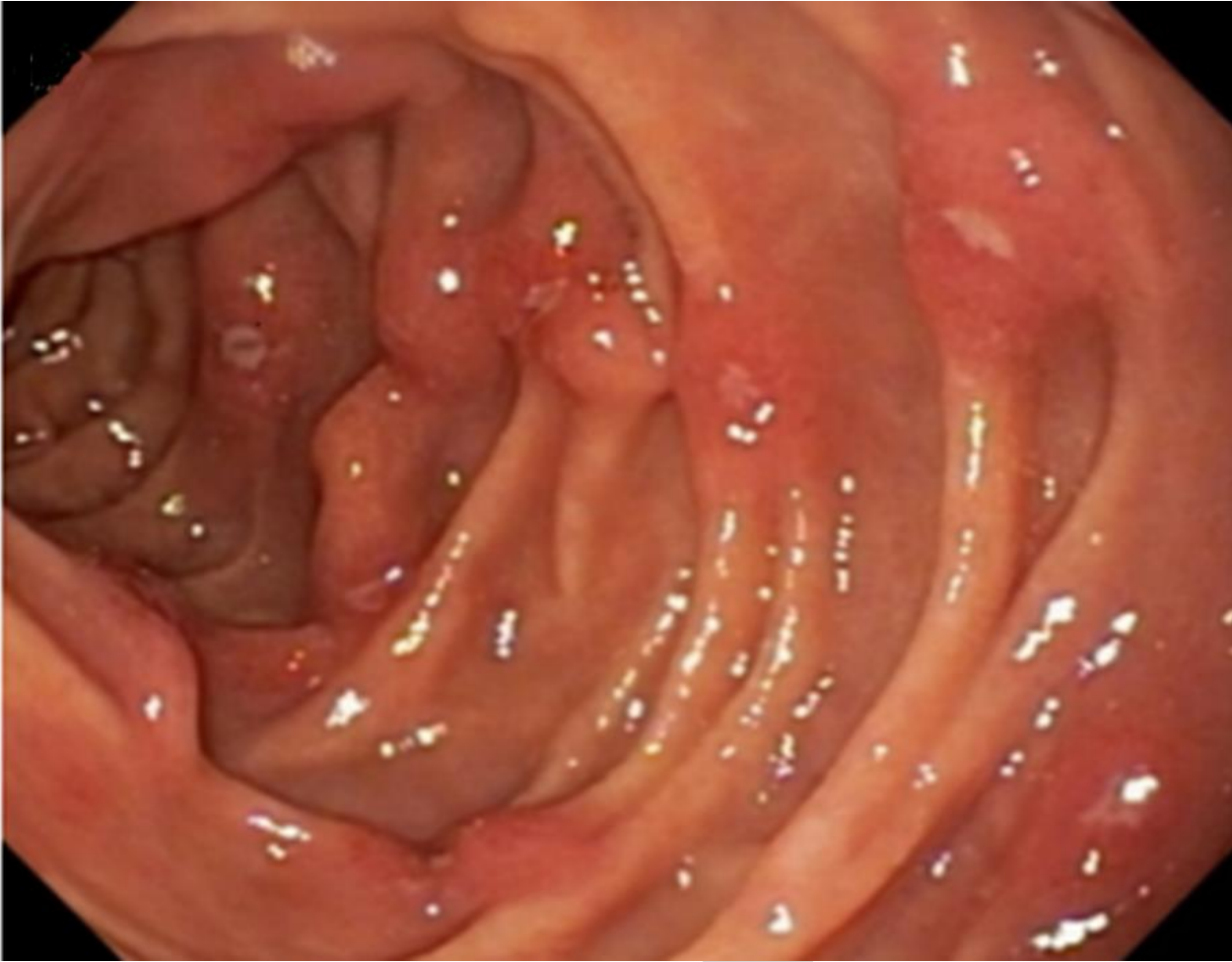


Colonne de bambou

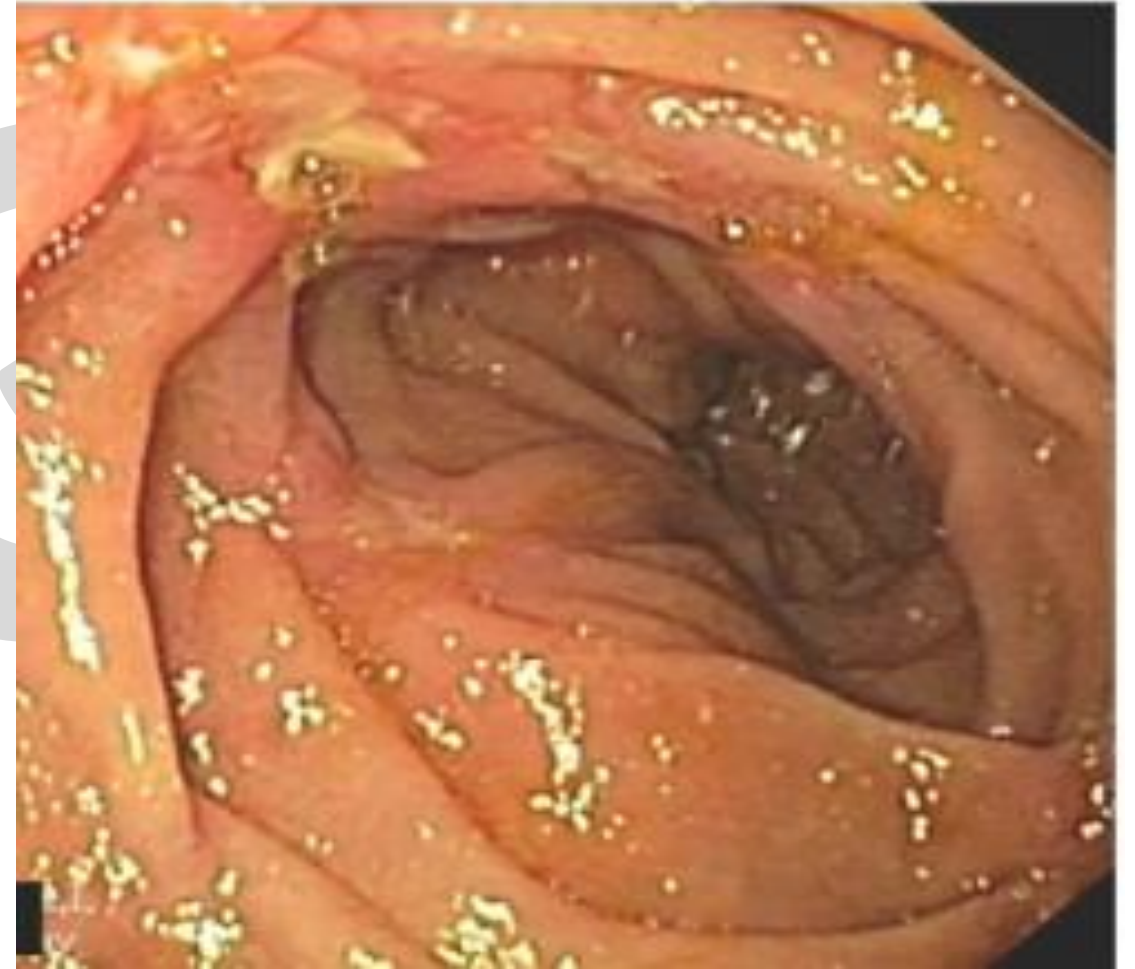
Katarzyna Scientific Report 2013

De Felice IBD2015

Atteinte duodénale



Saillies en forme d'encoches de DII



Ulcérations superficielles

Notre patiente

Endoscopie: Œsophagite ulcérée et gastro-bulbo-duodénite
congestive et ulcérée

Biopsies étagées : œsophage + Estomac + Duodénum

Désorganisation architecturale

Infiltrat lympho-plasmocytaire au niveau du chorion

Granulomes épithélioïdes non nécrosant

HP négatif

Notre patiente

A ce stade, peut on retenir le diagnostic d'une Localisation haute de la maladie de Crohn ?

A-Oui

B-Non

Systèmes de Classifications pour le diagnostic de la MC Duodénale

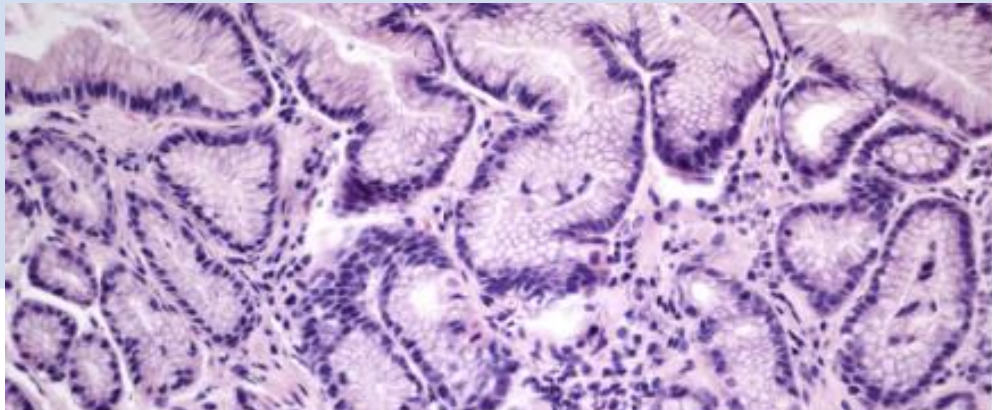
Les critères de Nugent et Roy

- **1^{er} critère:** Histologie distinctive avec granulomes non caséux avec ou sans MC dans n'importe quel site gastro-intestinal en l'absence de toute granulomatose systémique.
- **2^{ème} critère:** Maladie de Crohn gélrique et/ou colique et preuve radiologique ou endoscopique de changements inflammatoires de la muqueuse duodénale évocateurs de MC

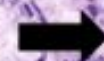
Diagnostic de MCLH = Faisceau d'arguments

- Cliniques
- Endoscopiques
- Anatomopathologiques

Aspects Anatomopathologiques

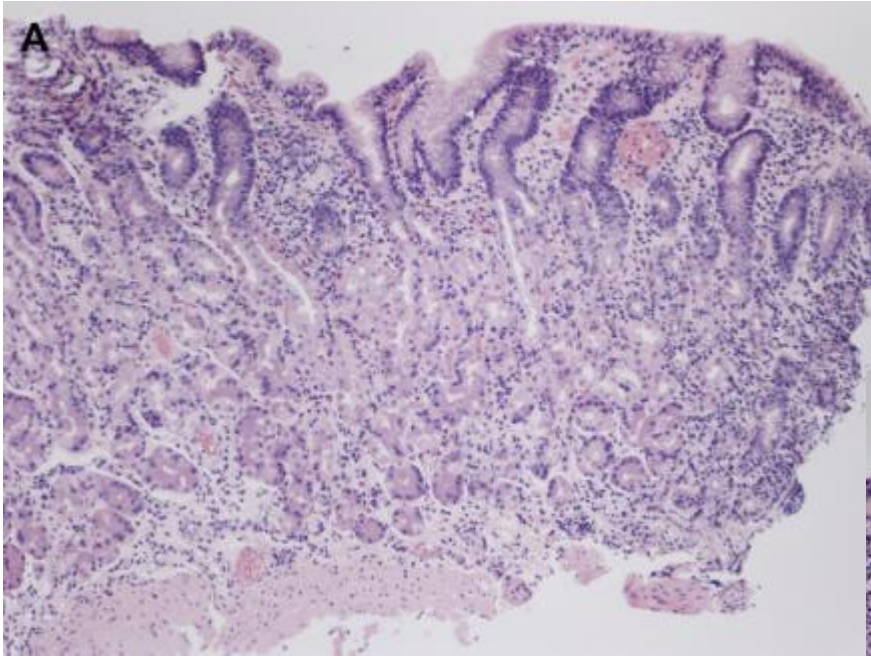
Communs	Particularités chez l'enfant
Erosions Ulcères Lymphocytose intra-épithéliale Infiltrat lympho-plasmocytaire Désorganisation architecturale Granulomes épithélioïdes	Oesophagite lymphocytaire+++ Gastrite active focale (50%) +++ 

**Obstruction glandulaire
et
agrégat monocytes + PNN**

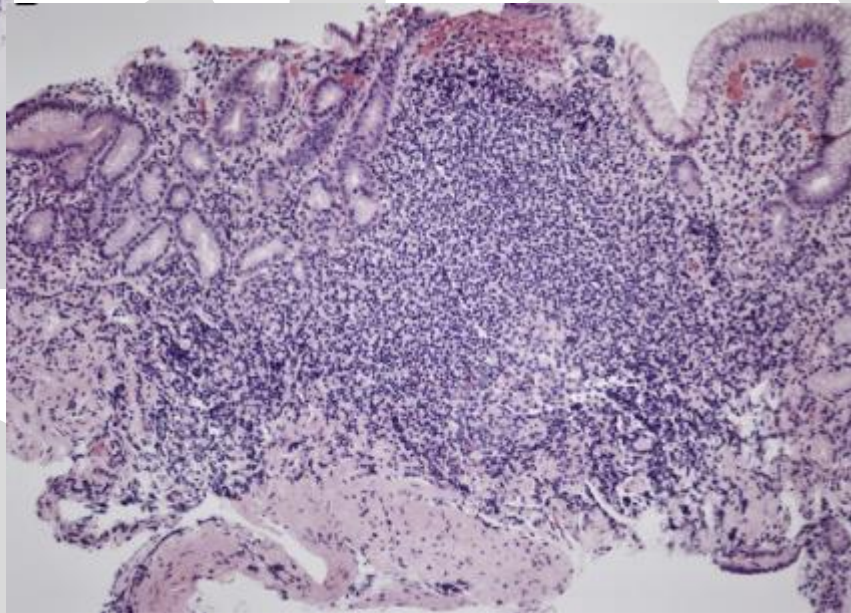


Aspects anapath de la gastrite au cours de la MC

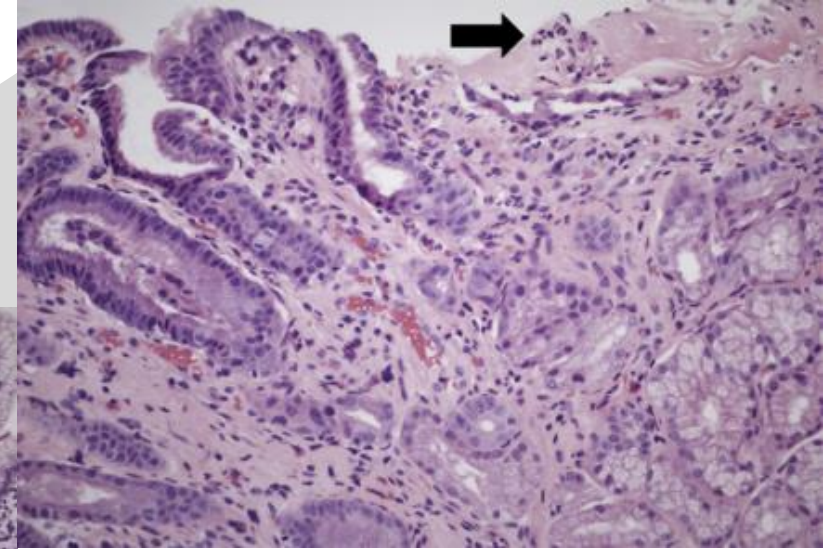
Gastrite à HP?



**Gastrite superficielle
avec Infiltration
lympho-plasmocytaire**

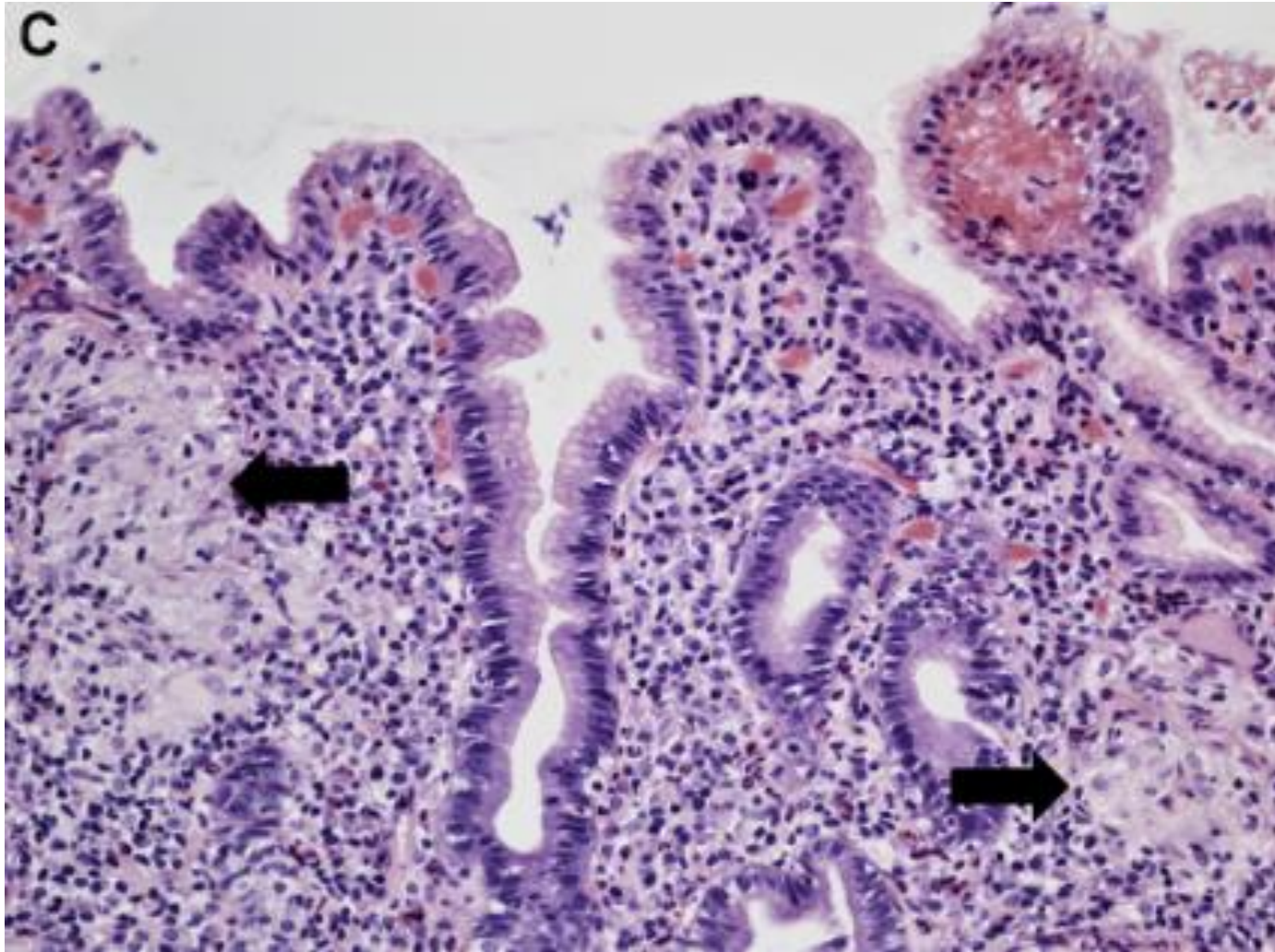


**Gastrite folliculaire avec
atteinte pan-muqueuse**



Gastrite érosive

Aspects anapath de la gastrite au cours de la MC



Granulomes de la MC

10 à 28% des cas

Peu nombreux

Petite taille

Granulomes épithélioïdes non nécrosant

Diagnostic différentiel

Estomac

Gastrite à HP
→ Eradication HP

Notre patiente

On a retenu le diagnostic de maladie de Crohn oesogastroduodénale

Pensez vous que l'élévation, de la calprotectine chez notre patiente est liée à sa localisation haute de la maladie de Crohn

- A. OUI
- B. NON

Intérêt de la calprotectine fécale MCLH?

- N'est pas un indicateur fiable pour la MCLH.
- N'est pas un outil de monitoring pour la MCLH,
- Existence de faux positifs au cours des ulcères gastro-duodénaux

Notre patiente notion de prise IPP

Spiionen APT 2008

Laube JGastroenterol Hepatol2018

Notre patiente

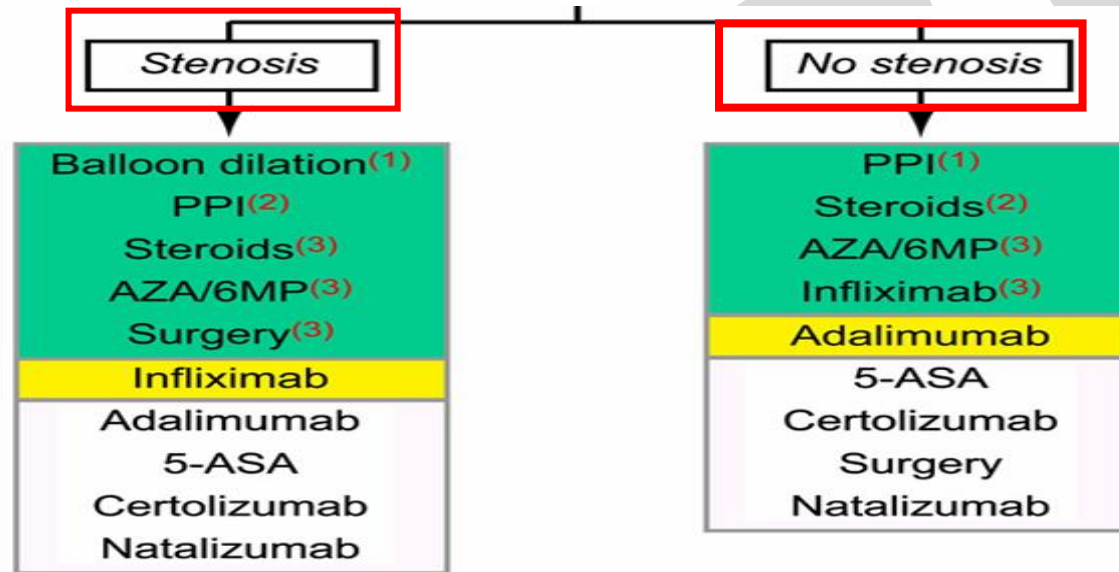
Pour la prise en charge thérapeutique

Quel traitement proposez-vous ?

- A. IPP
- B. Corticoïdes topiques
- C. Corticoïdes+ immunosuppresseur
- D. INF
- E. ADA

Appropriate management of special situations in Crohn's disease (upper gastro-intestinal; extra-intestinal manifestations; drug safety during pregnancy and breastfeeding): Results of a multidisciplinary international expert panel—EPACT II

Journal of Crohn's and Colitis (2009)



AZA/6MP = Azathioprine / 6-Mercaptopurine; 5-ASA = 5-aminosalicylic Acid;
PPI = Proton pump inhibitor

THERAPY RANK:

(1): 1st line therapy - (2): 2nd line therapy - (3): 3rd line therapy

	Appropriate		Uncertain		Inappropriate
--	--------------------	--	------------------	--	----------------------

Copyright © 2008 IUMSP / CHUV, Lausanne, Switzerland - EPACTII

Figure 1 Appropriateness and ranking of treatment options for upper gastro-intestinal CD.

IPP

Rodrigues J Crohns Colitis 2020	40 Œsophage	Réponse symptomatique : 82,5% mais traitement concomitant dans 82% 1/40 cicatrisation muqueuse IPP monothérapie
Annunziata Dig Dis Sci 2012	8 MCLH	IPP + traitement concomitant 1/8 cicatrisation muqueuse
Félice Inflamm Bowel Dis 2015	5 œsophage sténose /fistule	Aucune réponse clinique ou endoscopique

Symptomatique dans les formes inflammatoires

Dérivés salicylés

N = 11	Before therapy	Follow-up	Probability
Sucrose excretion	40.3 mg (3–163 mg)	65.2 mg (20–284 mg)	0.021
PI	0.045 (0.017–0.661)	0.032 (0.019–0.817)	NS
CDAI	90 (38–483)	153 (16–367)	NS
Upper GI symptoms score	1 (0–5)	2 (1–5)	NS
CRP	2.3 mg/dl (0.4–6.2)	2.2 mg/dl (0.4–8.3)	NS
Orosomucoid	131 mg/dl (93–223)	114 mg/dl (72–221)	NS

PI, permeability index; CDAI, Crohn's Disease Activity Index; GI, gastrointestinal; CRP, C-reactive protein; NS, not significant.

Résultats du traitement par mésalamine (pentasa*)

Corticothérapie orale

Defelice IBD 2015	24 adultes œsophage Rétrospective observationnelle 12 mois	77 % de réponse Sous groupe avec atteinte inflammatoire
Haens Gastrointest Endosc 1994	14 adultes œsophage Rétrospective observationnelle 12 ans	70 % de réponse
Meisher IBD 2001	32 adultes MCLH Rétrospective observationnelle 13.5 mois	Baisse NS du score symptomatique Baisse NS de la CRP
Yamamoto Scand J Gastroenterol. 1999	54 adultes MCLH Rétrospective observationnelle 12 ans Multicentrique	45% réponse Recours à la chirurgie

Traitement corticoïde topique

IBD 2015

**Budésonide cp/beclomethasone inhalé /budésonide inhalé
1à 3mois**

Inflammatoire 4 patients	Sténosante 2 patients	Fistulisante 1 patient
1 réponse clinique et endoscopique à 1 an Topique + IPP 1 réponse partielle 1 pas de réponse 1réponse clinique Topique + ADA	Topique + anti-TNF+ dilatation Pas de réponse	Topique + ttt endoscopique Pas de réponse

Azathioprine

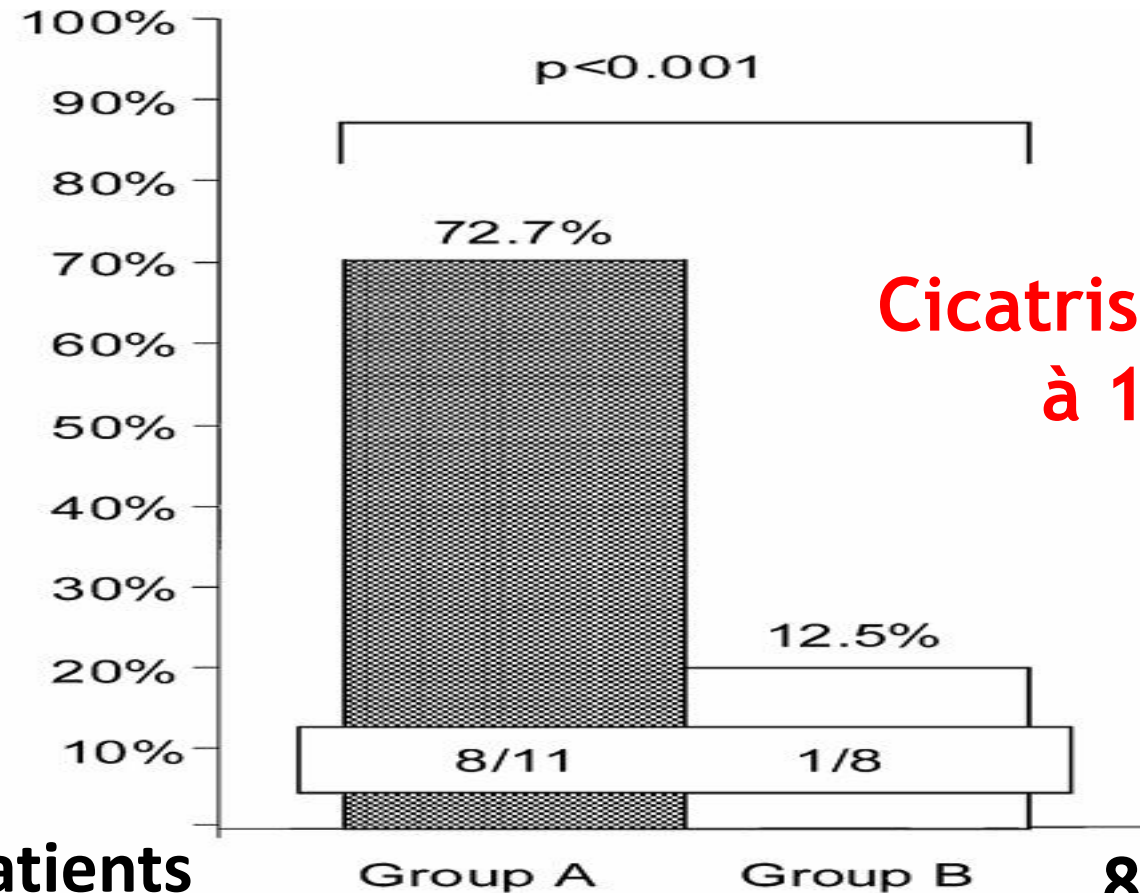
Miehler
IBD2001
10 patients

Baisse significative du CDAI et la
CRP

Lambin
Dig Liver Dis2020
Etude GETAID
18patients

Réponse 52% à 35 mois

Anti-TNF



**Cicatrisation muqueuse
à 12 semaines**

**11 patients
Anti-TNF + IPP
10 INF/1 ADA**

**8 patients
IPP + autres**

Crohn's Disease of the Esophagus: Clinical Features and Treatment Outcomes in the Biologic Era

De Felice Inflamm Bowel Dis 2015

Mayo clinique 1998-2012
34 cas MC œsophagienne

Inflammatoire 75%

INF

1 Certolizumab puis INF
1 ADA perdu de vue



Rémission clinique 83%

Sténosante 17%

ADA 2 patients

2 rémission clinique

1 rémission

endoscopique partielle

INF 5mg/kg pas de réponse

INF potentialisé 10mg/kg

1 réponse clinique partielle

?

Fistulisante 17%

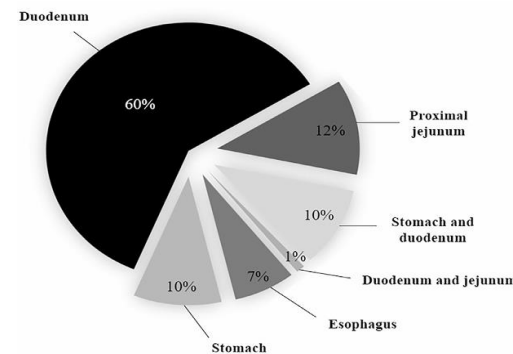
INF

1 fistule OG
cicatrisation
muqueuse

!



Long-term outcome of Crohn's disease patients with upper gastrointestinal stricture: A GETAID study



Etude rétrospective multicentrique

60 patients

Maladie de Crohn MCLH **sténosante** symptomatique

60 % localisation duodénale

Suivi moyen 5,5 ans

Objectif principal évaluation de la survie sans chirurgie

ETUDE GETAIED

51 patients : traitement médical

30 patients:77 traitement endoscopique

Traitement	Réponse clinique
Immunosuppresseur 21 cas : 18 AZA / 3 MTX	50%
Anti-TNF monothérapie 20 cas	70%
Anti-TNF combothérapie 22 cas	61%
UST 2 cas	50%
UST + immunosuppresseur 3cas	67%
Vedolizumab 1cas	0%
Vedolizumab+immunosuppresseur 1cas	

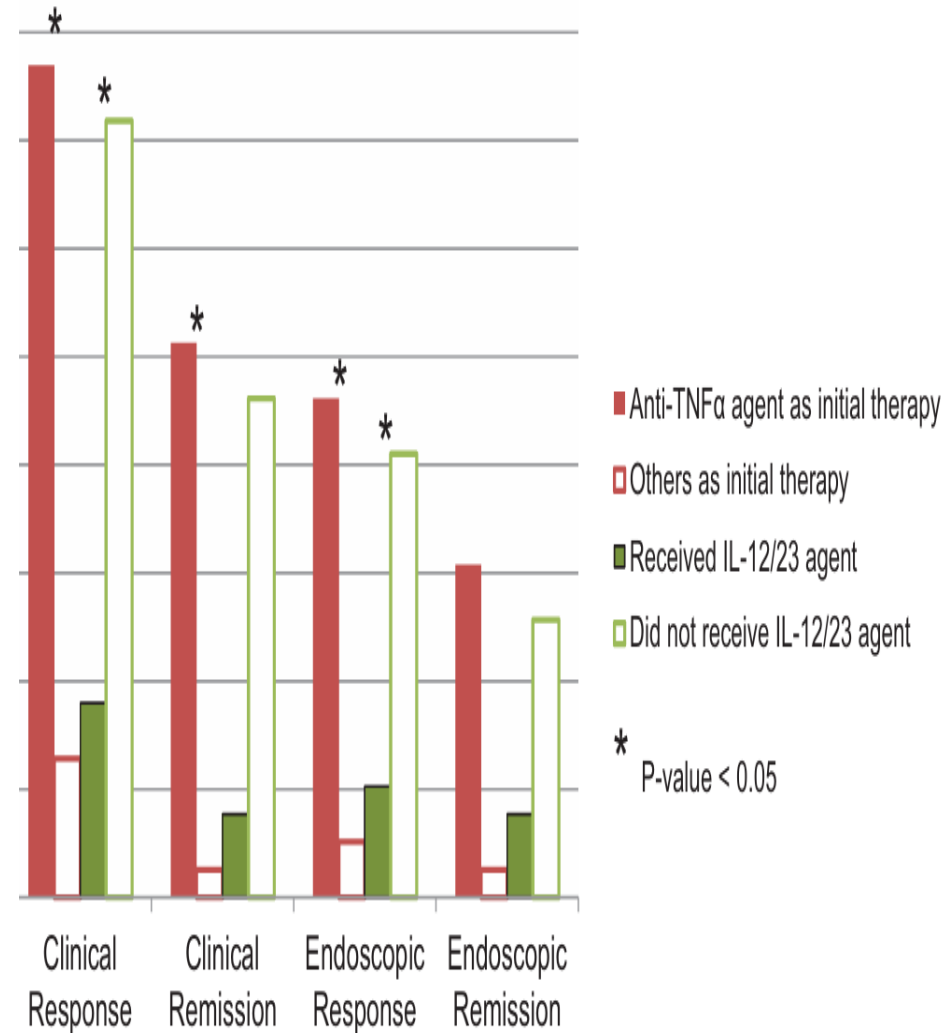
Survie sans chirurgie de 55%

Facteurs associés à une diminution du risque de recours à la chirurgie au cours de la maladie de Crohn haute sténosante

Factor predicting surgery	Univariate odds ratio (95%CI)	p value	Multivariate odds ratio (95%CI)	p value
Sex (male)	0.5 (0.2–1.6)	0.3		
Smoker	2.9 (0.6–12.7)	0.2	6.3 (0.8–47.4)	0,08
Type of stricture (anastomotic)	2.6 (0.2–29.9)	0.4		
Age at diagnosis of Crohn's disease	3.1 (1.1–8.9)	0.03	2.2 (0.6– 8.2)	0.2
Age at diagnosis of the stricture	1.7(0.6–4.9)	0.3		
Disease duration at diagnosis of stricture	1.7 (0.6–4.9)	0.3		
Anti-TNF at diagnosis of stricture	0.2 (0.04–1.0)	0.05	0.2 (0.04–1.3)	0.1
Anti-TNF alone introduced for the stricture	0.4 (0.1–1.2)	0.09	0.2 (0.04–0.9)	0.03
Immunosuppressants introduced for the stricture	0.6 (0.2–1.8)	0.3		
Anti-TNF + immunosuppressant introduced for the stricture	0.2 (0.05 – 0.7)	0.009	0.2 (0.05–0.9)	0.03
Endoscopic treatment before surgery	0.3 (0.1–0.8)	0.02	0.4(0.1–1.6)	0.2

The Use of Biologics for the Treatment of Esophageal Crohn Disease

J Lui IBD 2021



- **Naïf d'ANTI TNF**
réponse clinique , une rémission clinique, une réponse endoscopique et une rémission endoscopique significativement plus élevées
- **Non naïf d'ANTI TNF**
absence d'association à une réponse clinique ou une rémission endoscopique

39 patients MC œsophagienne

Inflammatoire 70%- sténosante 18%- fistulisante 3%

The Use of Biologics for the Treatment of Esophageal Crohn Disease

J Lui IBD 2021

Un traitement IL12-23 est associé à la moins bonne réponse

- 1-non réponse IL12-23 : caractère réfractaire de la maladie
- 2- non répondeur moins de chance pour répondre à un traitement biologique

Ustekinumab

ETUDE GETAIED

51 patients : traitement médical

30 patients:77 procédure endoscopique

Traitement	Réponse clinique
UST 2 cas	50%
UST + immunosuppresseur 3cas	67%

Certolizumab Pegol (CZP)

Sanborn .Clinical gastroenterol 2011

13 MCLH isolée

CZP 400mg S0-S2-S4

Rémission clinique à S6

25% CZP vs 38% placebo

Pas de réponse

vedolizumab

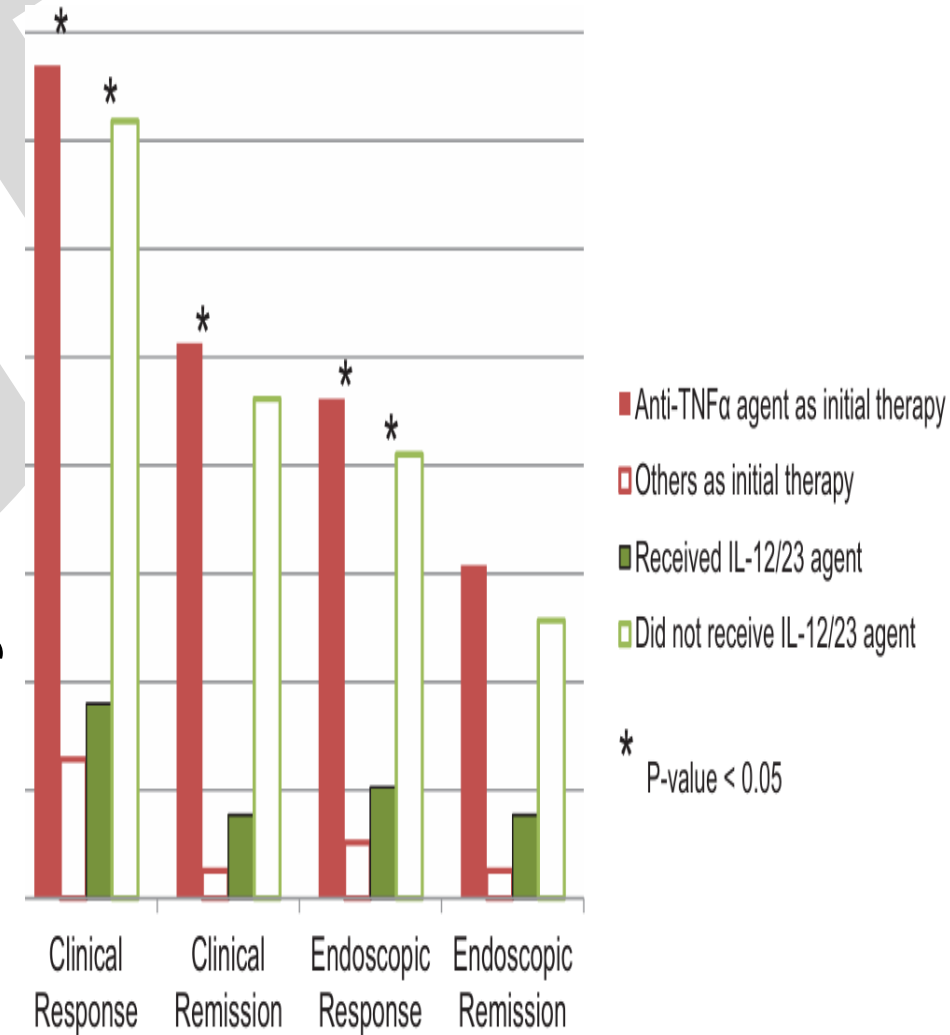
Lui J.IBD2021

Pas de différence significative

IL12/23

VS

Vedolizumab



Notre patiente

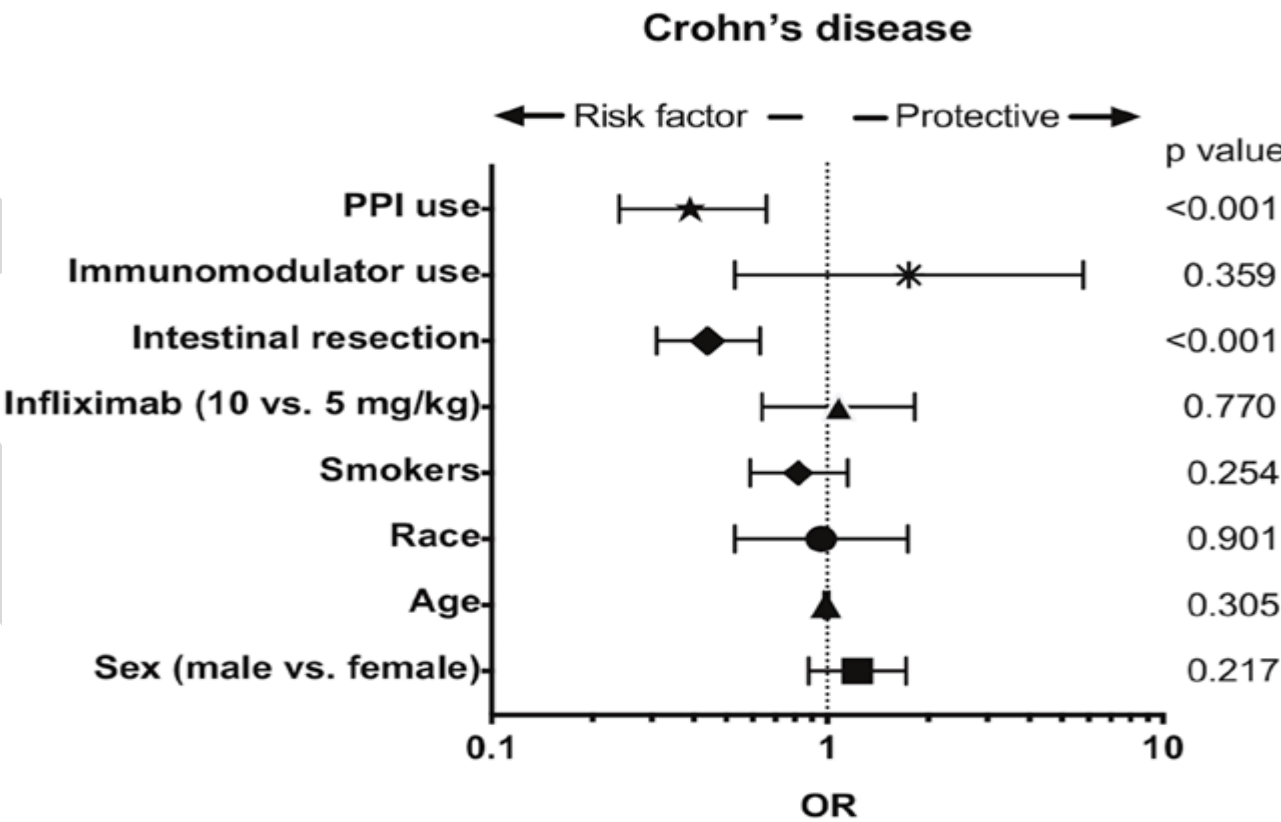
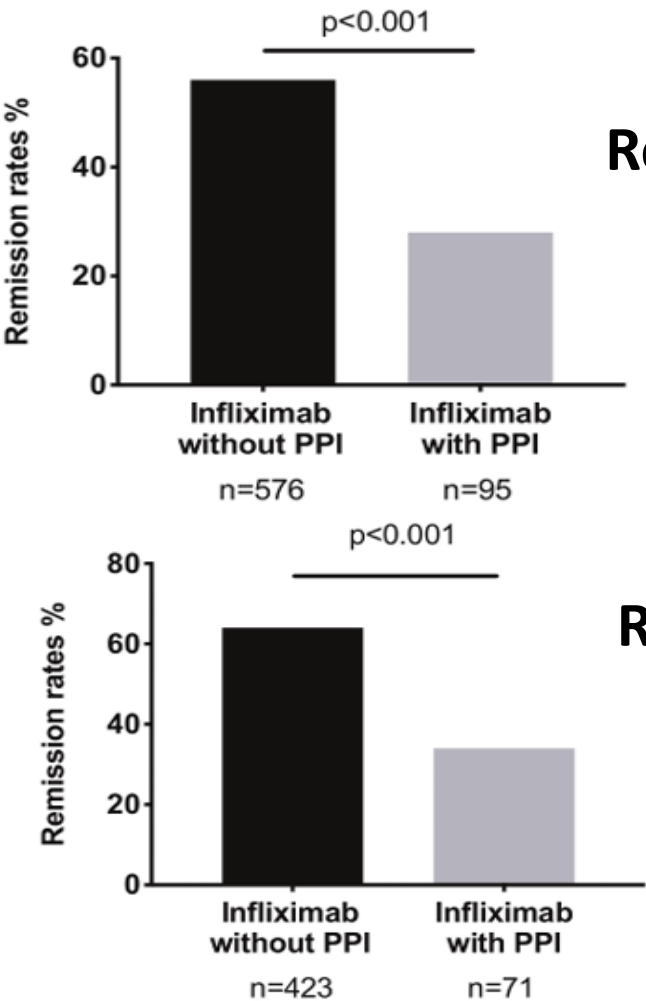
On décide de mettre la patiente sous INF 5mg/kg en combothérapie

Faut- t- il maintenir les IPP?

- A. Oui
- B. non

The influence of proton pump inhibitor therapy on the outcome of infliximab therapy in inflammatory bowel disease: a patient-level meta-analysis of randomised controlled studies

Lu TX, et al. Gut 2020



Facteurs influençant la rémission S30

Pharmacological management of upper gastrointestinal Crohn's disease: a systematic review

96% Adultes
Atteinte iléo-colique
associée dans 72,3%
OGD isolée 8,5%
Suivi 6 sem à 28 ans

STUDY SCOPE



13 studies, 387 patients
1990–2025
Predominantly observational,
2 post-hoc RCTs
**Esophagus, stomach,
duodenum, jejunum**

ASSESSED PHARMACOLOGICAL THERAPIES



Corticosteroids

Anti-TNF
(Infliximab, Adalimumab,
Certolizumab)

Anti IL 12/23
(Ustekinumab)

Anti-integrin
(Vedolizumab)

Immunomodulators
(AZA/6-MP/MTX)

PPI /H2 RAs

Exclusive Enteral
Nutrition

KEY FINDINGS

✓ **Corticosteroids:** Consistent symptomatic and endoscopic benefit in inflammatory UGICD; less effective in stricturing/fistulizing disease

✓ **Anti-TNF (esp. Infliximab):** Strongest evidence; superior to UST & VDZ for clinical and endoscopic outcomes in proximal small bowel/esophagus

? **Other biologics:** Limited or inconsistent benefit

? **PPIs, immunomodulators, EEN:** Frequently used but difficult to isolate effects

⚠ **Overall evidence:** Small, uncontrolled studies → unmet need

UGICD remains under-studied. Controlled trials with standardized endoscopic and PRO endpoints are urgently needed.

Notre patiente

Patiente sous INF 5mg/kg + AZT

A 6 mois : persistance des épigastralgies avec apparition de vomissements post-prandiaux et un amaigrissement.

- Fibroscopie : plis boursoufflés ulcérés avec un rétrécissement annulaire n'admettant pas l'endoscope au niveau de D2 .
- Enteroscanner : rétrécissement court de 2 cm (D2) peu inflammatoire.

Notre patiente

Que proposez vous sur le plan thérapeutique

- A. Potentialisation INF
- B. Switch ADA
- C. SWAP UST
- D. Dilatation endoscopique
- E. Dérivation chirurgicale

Dilatation endoscopique

1-F Guo .Dig Dis Sci 2016

2-A Singh JCC 2017

3-J zhang surgical2024

Etude	Rétrospective 24 patients 83% duodénum	Prospective 35 patients 63 duodénale 33 gastrique	Prospective RCT 45 patients 100% duodénale G1: Série 3-4 vs G2 intermittente 1-6			
Nombre de dilatation	67	96	139 G1: 72 vs G2 :67			
Complications /actes	3%	4%	2,16			
Succès	92,5%	87%	98,61%à 97,8%			
Réponse moyen /long terme	<ul style="list-style-type: none"> 20 mois 25% de réponse Survie sans chirurgie 1an :64,5 2ans: 56,4 	<ul style="list-style-type: none"> 1,3 mois 63% récidive 2,8 mois 34% chirurgie Pas de supériorité d'une série de dilatation 	réponse	G1	G2	P
			6 mois	100 %	36,6%	0,005
			24 mois	60,87%	13,6 %	0,001
			36 mois	17,39%	4,55	0,3

Traitement chirurgical

Indications

- formes réfractaires
- Complications : Sténose, fistule et abcès

Principes

- Sténoses courtes (DII et DIII) : Stricturoplastie +++
- Sténoses gastriques (antre) et duodénales :
Gastrectomie distale et gastrojéjunostomie en Y à la Roux
- Vagotomie tronculaire est contre indiquée
- Réparation des fistules avec la chirurgie la plus conservatrice possible

Notre patiente

1-Potentialisation du traitement médical

Guidé par dosages pharmacologiques :

INF 10 mg/perfusion /08 sem + Azathioprine 2,5mg/kg/j

2-Dilatation endoscopique

Conclusion

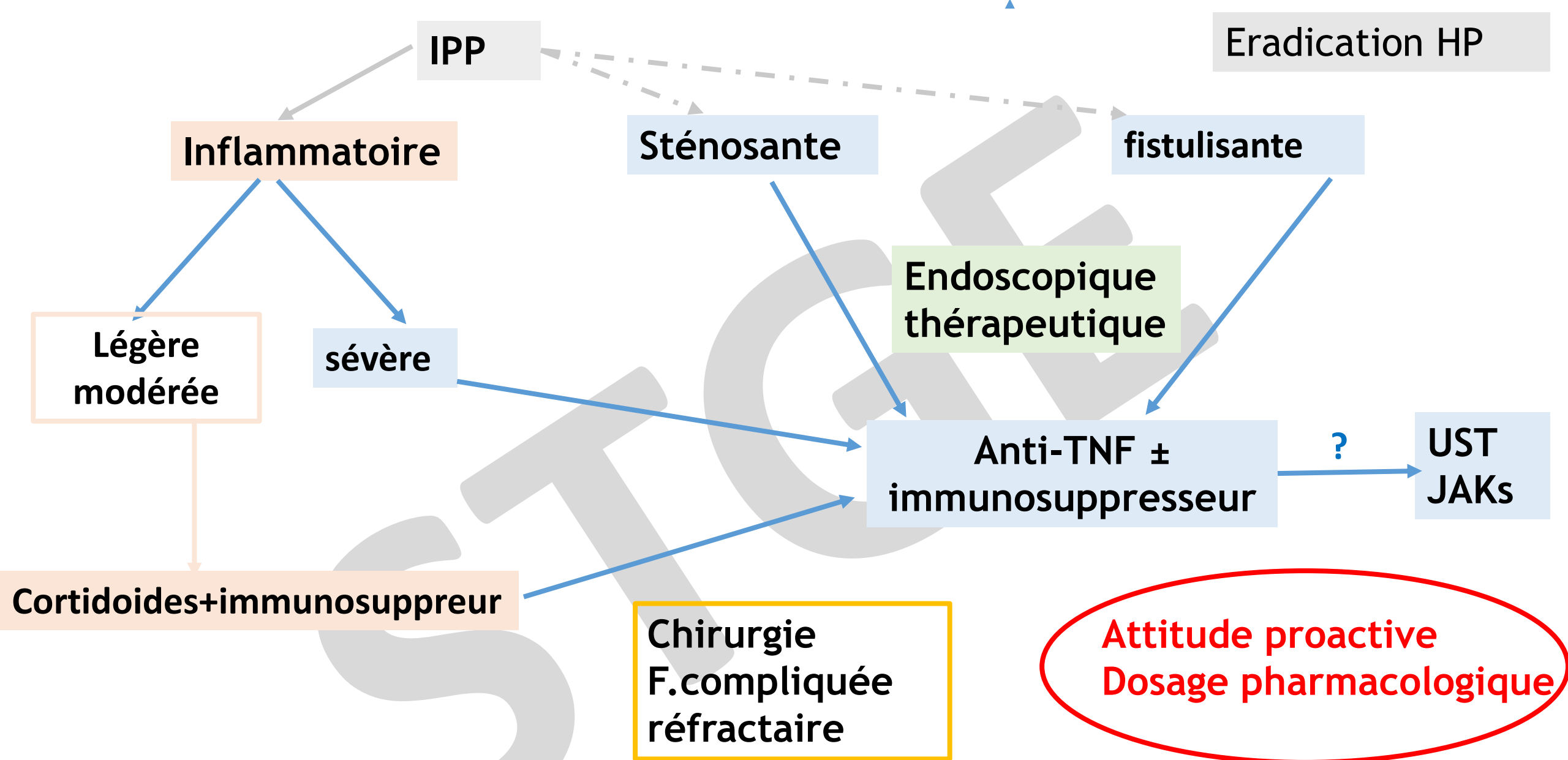
Localisation haute de la maladie de Crohn (LHMC)

Localisation rare

Souvent sévère et invalidante

Fibroscopie indiquée dans la prise en charge initiale

Absence de recommandations sur le plan thérapeutique



PEC thérapeutique de la MCLH