

Septembre 2004

## RECOMMANDATIONS DE LA



# SURVEILLANCE ENDOSCOPIQUE DES MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

**Marc BARTHET,**  
Gérard GAY, Denis SAUTEREAU,  
Thierry PONCHON, Bertrand NAPOLÉON,  
Jean BOYER, Jean-Marc CANARD,  
Pierre-Adrien DALBIÈS, Jean ESCOURROU,  
Michel GREFF, Jean LAPUELLE,  
Jean-Christophe LETARD,  
Bernard MARCHETTI, Laurent PALAZZO.

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn, constituent un problème authentique de santé publique. La fréquence de la rectocolite hémorragique (RCH), stabilisée depuis le début des années 1980, est proche de 10 pour 100 000 habitants [1]. La MC est une affection dont la fréquence semble en augmentation avec une incidence globale à 5,6 /100 000 [1], multipliée par 5 ou 6 depuis les années 1960 jusqu'aux années 1980. Cette prévalence importante d'une affection chronique se double d'un risque d'apparition de cancer digestif qui demeure une crainte importante tant pour les patients que pour les médecins, et qui justifie une surveillance endoscopique régulière. Malheureusement, cette surveillance est mal codifiée, réalisée de manière empirique.

## **I. RISQUE ET FACTEURS DE RISQUE DE CANCER DIGESTIF**

### **a. Rectocolite hémorragique**

Les premières études basées sur des séries essentiellement hospitalières faisaient état d'un risque de cancer digestif probablement surestimé de 5 à 21 % après 20 ans d'évolution [2]. Le risque est apparu plus faible : 3,1 % et 5 % à 20 ans dans deux séries récentes [2]. Les chiffres les plus proches de la vérité ont probablement été établis par une méta-analyse récente qui a évalué le risque de cancer digestif à 2 % à 10 ans, 8 % à 20 ans, et 18 % à 30 ans [3].

Le facteur de risque le plus reconnu est la durée d'évolution. Le risque débute après 8 à 10 ans d'évolution [2], puis augmente régulièrement de 0,5 à 1 % par an [4]. L'âge de début de la maladie apparaît maintenant comme un facteur indépendant [2].

L'extension de la maladie est également un facteur bien connu. Ainsi, dans l'étude suédoise, le risque de cancer était de 14,8 en cas de pancolite ; de 2,8 en cas de colite gauche ; de 1,7 en cas de proctite [2,4]. Le risque de cancer en cas de proctite ou de colite gauche est surtout décalé dans le temps d'une dizaine d'années [2,4]. En revanche, la sévérité de l'affection ne semble pas constituer un facteur de risque particulier [2]. Plusieurs études ont montré un risque plus élevé de cancer du côlon en cas de cholangite sclérosante [2]. Un rôle protecteur des folates était suggéré dans cette même étude mais aussi du 5 ASA dans un autre travail [5]. Un antécédent familial de cancer sporadique du côlon multiplie par deux le risque de cancer colique en cas de RCH, de façon indépendante [2].

### **b. Maladie de Crohn**

Deux études récentes ont montré que le risque de cancer colique était identique dans la MC et la RCH [5,6]. Le risque de cancer digestif est multiplié par un facteur de 2,6 à 3,4 ; le risque de cancer du grêle variant de 15,6 à 50 [6].

La durée d'évolution ne semblait pas être un facteur de risque [7]. Un âge de début inférieur à 30 ans ou à 25 ans augmente le risque, indépendamment de la durée d'évolution de la MC [7]. Le risque de lymphome digestif en cas de MC, mais aussi en cas de MICI, est augmenté, le rôle des immunosuppresseurs étant controversé [8].

## **II. SURVEILLANCE ENDOSCOPIQUE DES MICI : STRATÉGIE, MODALITÉS, LIMITES**

### **a. Rectocolite hémorragique**

#### **Stratégies et modalités**

Le risque de cancer colorectal débute après 8 à 10 ans d'évolution si bien que la surveillance endoscopique doit débuter à partir de 8 ans en cas de pancolite et à partir de 15 ans en cas de colite gauche [2]. La fréquence de la surveillance recommandée est variable selon la durée d'évolution de la maladie [2] : 3 ans entre 10 et 20 ans d'évolution, et annuelle après 30 ans d'évolution. Le rythme de la surveillance doit être augmenté par l'existence de facteurs de risque clairement identifiés comme l'âge jeune de début de la maladie, l'association à une cholangite sclérosante ou l'existence d'antécédents familiaux de cancer colique.

Le nombre de biopsies et leur localisation demeurent un sujet de controverses. La plupart des auteurs s'accordent à dire que plus les biopsies sont nombreuses, plus la probabilité d'obtenir un diagnostic de dysplasie augmente [2]. Le nombre de biopsies doit augmenter au niveau du côlon gauche, le risque de transformation de dysplasie en cancer invasif dépassant 50 % [9]. Les masses ou lésions surélevées du côlon (DALM: dysplasia associated lesion or mass) associées à une dysplasie présentent un risque de cancer élevé [10]. Ces DALM nécessitent une surveillance attentive de la part des endoscopistes afin de réaliser de nombreuses biopsies dirigées [2,10].

#### **Résultats des études**

Les résultats des études sont difficiles à interpréter en l'absence de randomisation, de périodes standardisées de surveillance, de nombre de biopsies réalisées [6]. Dans le cadre d'un programme de surveillance, il faudrait réaliser 476 coloscopies selon l'équipe de Axon, ou 66 selon celle de Connell, pour dépister un cancer colorectal curable [2,11]. La surveillance endoscopique de la RCH semble capable d'augmenter le nombre de cancers dépistés à un stade précoce, et de réduire la mortalité par cancer colorectal [12].

#### **Limites des études**

La dysplasie de bas grade est rencontrée dans les biopsies de surveillance de 17 % jusqu'à 80 % après 40 ans d'évolution [2,9]. Le risque de transformation est également diversement apprécié (10-54 %) [2,9,11]. La reproductibilité interobservateur du diagnostic de dysplasie de bas grade de malignité est discutable avec un taux de

17 % de concordance [11]. La dysplasie de haut grade est associée à un risque de malignité dans 35 à 44 % des cas [11]. La reproductibilité interobservateur est meilleure, atteignant 57 % [11]. Il est conseillé, en cas de diagnostic de dysplasie, d'obtenir une confirmation par un deuxième anatomopathologiste [2].

Le problème des adénomes nécessite de faire la différence entre les adénomes sporadiques qui ne sont pas propres aux MICI, et peuvent être influencés par l'existence d'antécédents familiaux, et les DALM qui sont des lésions polypoïdes, ou en léger relief, adénomateuses ou adénovilleuses dont l'apparition est liée à l'évolution de la MICI [10]. Les polypes sporadiques peuvent être traités par polypectomie endoscopique alors que les DALM devraient conduire à une colectomie totale [13].

#### **Rapport coût/efficacité**

Les études de rapport coût/efficacité sont d'origine américaine et, par là même, difficilement applicables au système de soins français. Si le taux de cancer colorectal dépassait la valeur de 27 % à 30 ans, la surveillance endoscopique a un rapport coût/efficacité favorable. Une variation du coût de la coloscopie de 200 \$, 500 \$ et 1.500 \$ modifie le seuil « de rentabilité » du taux cumulé de cancer colorectal à 30 ans à 18 %, 21 %, 35 % respectivement. Le coût, par année de vie gagnée, croît considérablement, avec, pour une surveillance tous les 4 ans, 83.700 \$/LY et 1 an, 247.200 \$/LY (LY life year).

#### **b. Maladie de Crohn**

Une étude vient d'être publiée, étudiant la surveillance de la maladie de Crohn colique [7]. Six cent soixante-trois coloscopies avec des biopsies tous les 10 cm et un intervalle médian de 2 ans ont été effectuées chez 259 patients. Le programme de surveillance a permis de dépister 16 % de dysplasie dont 4 de haut grade, et 5 cancers. La probabilité de dépister une dysplasie ou un cancer était de 22 % à la quatrième endoscopie de surveillance.

### **III. SURVEILLANCE ENDOSCOPIQUE DES MICI : RECOMMANDATIONS**

Des recommandations peuvent être proposées à partir des résultats de la littérature et des travaux récents de Eaden *et al.* : surveillance à partir de 8 ans d'évolution pour une pancolite, et 15 ans pour une colite gauche mais avec une période variable tous les 3 ans entre 10 et 20 ans ; tous les 2 ans entre 20 et 30 ans ; et tous les ans au-delà de 30 ans d'évolution [2]. Le rythme de surveillance doit être accru en cas d'association à une cholangite sclérosante. Les coloscopies doivent être effectuées en période de rémission avec deux à quatre biopsies tous les 10 cm, en augmentant le nombre de biopsies sur les zones surélevées, sténosées ou ulcérées et dans le côlon gauche. En cas de dysplasie de haut grade ou de DALM, une colectomie est recommandée. En cas de dysplasie de bas grade, une confirmation histologique doit être effectuée en cas d'ambiguïté, et la décision d'une

colectomie doit être discutée avec le patient. Ce dernier doit être informé que, en cas de colectomie, un cancer peut ne pas être trouvé sur la pièce opératoire ou en cas d'endoscopie de contrôle, la dysplasie peut ne pas être retrouvée.

## RÉFÉRENCES

1. Shivananda S., Lennard-Jones J., Logan R. *et al.* Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and South? Results of the European collaborative study on inflammatory bowel disease. *Gut* 1996 ; 39 : 690-7.
2. Eaden J.A., Mayberry J.F. Colorectal cancer complicating ulcerative colitis: a review. *Am J Gastroenterol* 2000 ; 95 : 2710-9.
3. Eaden J.A., Abrams K., Mayberry J.F. The true risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: A meta-analysis. *Gut* 1999 ; 44(suppl 1) : T163 (abstract).
4. Provenzale D., Kowdley K.V., Arora S., *et al.* Prophylactic colectomy or surveillance for chronic ulcerative colitis? A decision analysis. *Gastroenterology* 1995 ; 109 : 1188-96.
5. Bansal P., Sonnenberg A. Risk factors of colorectal cancer in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 1996 ; 91 : 44-8.
6. Bernstein C.N., Blanchard J.F., Kliewer E., Wadja A. Cancer risk in patients with inflammatory bowel disease. *Cancer* 2001 ; 91 : 854-62.
7. Friedman S., Rubin P.H., Bodian C., Harpaz N., Present D. Screening and surveillance colonoscopy in chronic Crohn's colitis. *Gastroenterology* 2001 ; 120 : 820-6.
8. Farrell R.J., Ang Y., Kileen P., O'Briain D.S.O., Kelleher D., Keeling P.W. *et al.* Increased incidence of non-Hodgkin's lymphoma in inflammatory bowel disease patients on immunosuppressive therapy but overall risk is low. *Gut* 2000 ; 47 : 514-9.
9. Connell W.R., Talbot I.C., Harpaz N., *et al.* Clinicopathological characteristics of colorectal carcinoma complicating ulcerative colitis. *Gut* 1994 ; 35 : 1419-23.
10. Odze R.D. Adenomas and adenoma-like DALMs in chronic ulcerative colitis: a clinical, pathological and molecular review. *Am J Gastroenterol* 1999 ; 94 : 1746-50.
11. Connell W.R., Lennard-Jones J.E., Williams C.B., *et al.* Factors affecting the outcome of endoscopic surveillance for cancer in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1994 ; 107 : 934-44.
12. Choi P.M., Nugent F.W., Schoetz D.J., *et al.* Colonoscopic surveillance reduces mortality from colorectal cancer in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1993 ; 105 : 418-24.
13. Engelsgjerd M., Farraye F.A., Odze R.D. Polypectomy may be adequate treatment for adenoma-like dysplastic lesions in chronic ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1999 ; 117 : 1288-94.
14. Delco F., Sonnenberg A. A decision analysis of surveillance for colorectal cancer in ulcerative colitis. *Gut* 2000 ; 46 : 500-6.
15. Provenzale D., Wong J., Onken J.E., Lipscomb J. Performing a cost-effectiveness analysis: surveillance of patients with ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1998 ; 93 : 872-800.

Editée avec le soutien de



24, rue Erlanger  
75781 PARIS CEDEX 16  
Téléphone : 01 44 96 13 13  
[www.bipmed.com](http://www.bipmed.com)