

Prévention du cancer colorectal au cours des MICI

Patrick Faure, Gilbert Tucat

Un dépistage systématique du cancer colorectal (CCR) et de la dysplasie colique se justifie, dans la RCH, par un risque plus élevé que dans la population générale. Au cours de la maladie de Crohn colique, le risque est identique à celui de la RCH en cas d'atteinte colique étendue (dépassant 50 %).

➔ Facteurs de risque de CCR au cours des MICI :

- Colite étendue au-delà de l'angle gauche (ou > 50 % pour Crohn colique)
- Maladie évolutive depuis plus de 10 ans
- Association à une cholangite sclérosante primitive (CSP)
- Antécédents familiaux de CCR (RR > 2)
- Sexe masculin
- Présence d'une dysplasie histologique
- Maladie débutée avant l'âge de 20 ans (critère encore débattu)
- Activité sévère (histologique ou macroscopique) inflammatoire chronique de la muqueuse

➔ Caractéristiques du cancer colorectal sur MICI :

- Sujets plus jeunes que pour les CCR observés dans la population générale
- Souvent multifocaux
- Se développe sous forme d'une lésion plane dans 95 % des cas, et échappe à la séquence classique adénome-cancer. Il est souvent associé à une dysplasie focale ou diffuse
- Cancer souvent très invasif en dépit de sa petite dimension

➔ Le dépistage en pratique dans la RCH (recommandations ECCO 2013) :

- **La coloscopie en période de rémission avec chromoendoscopie (indigo carmin 0,2 % à 0,4 % ou bleu de méthylène) et biopsies ciblées** est l'examen de référence pour le dépistage du cancer colorectal avec comme rationnel de rechercher sur la muqueuse plane ou en relief de la dysplasie comme marqueur et précurseur du cancer (cf. fiche dysplasie)
- **En l'absence de coloration, des biopsies systématiques peuvent être réalisées** : 4 sur chaque quadrant tous les 10 cm (mis dans des pots séparés) sur l'ensemble du cadre colique (soit 40 biopsies)
- Les colorations virtuelles (NBI, FICE, iScan) n'ont pas prouvé leur efficacité dans la détection de la dysplasie
- La préparation doit être parfaite avec une inspection méticuleuse et de préférence avec des appareils en Haute Définition

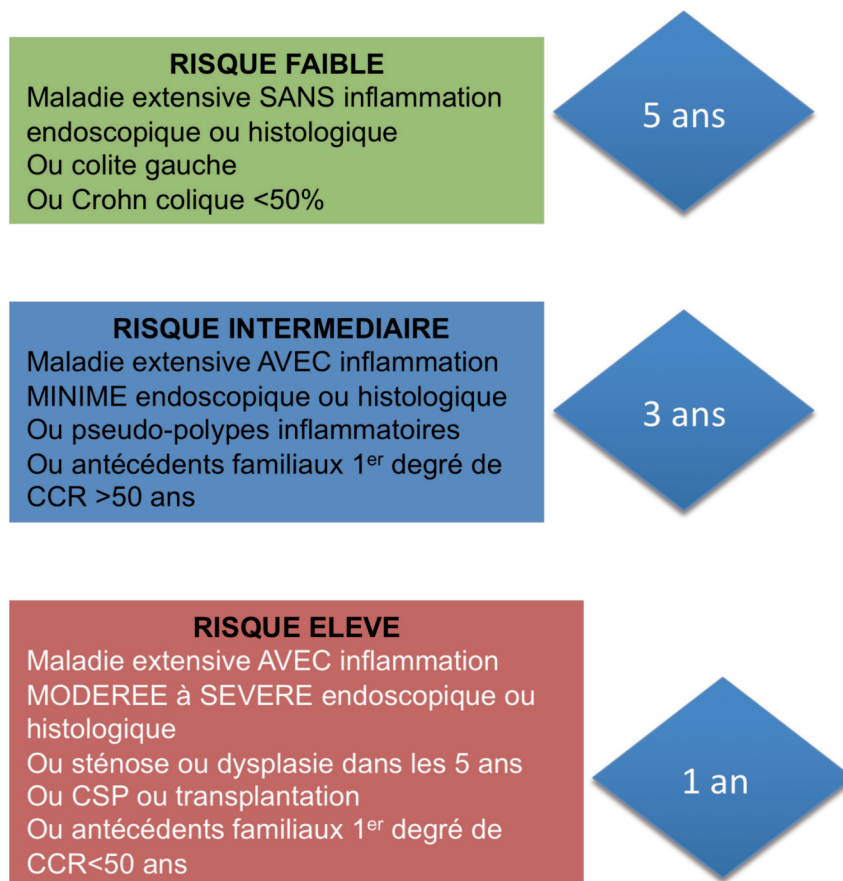
Quand débiter la coloscopie de dépistage ?

- **8 à 10 ans après le début des symptômes**, que ce soit une pancolite ou une colite gauche. Préciser l'étendue de l'atteinte microscopique (biopsies systématiques dans les différents segments). Des lésions microscopiques peuvent être détectées dans des zones macroscopiquement normales



Quel rythme de surveillance par coloscopie ?

- Le rythme sera déterminé par la présence de facteur de risques ; il sera de 5 ans si le risque est faible, de 3 ans si le risque est intermédiaire ou de 1 an si le risque est élevé. Cf. organigramme.
- **Les rectites** ne justifient **pas de surveillance spécifique**
- **En cas de cholangite sclérosante** : coloscopie **tous les ans** indépendamment de l'ancienneté de la maladie



➔ Facteurs protecteurs dans la RCH :

Dérivés salicylés :

Cet effet protecteur serait efficace à la dose minimum de 1,2 g/j pendant au moins 2 ans, d'où l'importance de l'observance de ce traitement

Acide ursodésoxycholique :

Il préviendrait la survenue d'un cancer colorectal chez les patients ayant une cholangite sclérosante associée

Immunosuppresseurs :

Leur efficacité dans la prévention du cancer colorectal n'a pas été encore démontrée bien que l'étude CESAME ait montré que le risque de cancer était divisé par 3,5 au cours des pancolites traitées depuis 10 ans par immunosuppresseurs

Annese V et al. Journal of Crohn's and Colitis 2013;7:982-1018 ; Cairns, Gut 2010

Réalisée avec le soutien financier de



ALN
éditions

ISBN : 978-2-35833-089-3

EAN : 9782358330893

bialec / 02-2015