

Dysplasie et Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

Pr Mohammed EL Abkari – CHU Hassan II – Fès

Pr Ajana FZ: Medecine C, CHU Ibn Sina .UM5 Rabat

Cas Clinique

- Mr H.J : 45 ans, suivie pour RCH gauche depuis 2006, sous 5ASA 2g/j.
- Consultation en Juin 2017:
 - Cliniquement va très bien.
 - Plus de poussées depuis 1an
- Désire arrêter son médicament :
 - Oui d'emblée ? Pourquoi?
 - Non ? Pourquoi ?

Cas Clinique

- C'est quoi « Va bien » !!:
 - Cliniquement
 - Biologiquement
 - Cicatrisation muqueuse ++

- Recherche de dégénérescence +++

Objectifs

- Pourquoi dépister la dysplasie colique dans les MICI?
- Quand , pour qui et à quel rythme?
- Comment dépister la dysplasie ?
- Quelle conduite à tenir devant une lésion?
- Que faire en cas de dysplasie prouvée ?
- Peut on prévenir la dysplasie?

**Pourquoi dépister la dysplasie
dans les MICI?**

Cancer Colique dans les MICI ?

- Risque de CCR = 2,5 à 5,6 fois plus important chez les malades ayant une MICI vs population générale appariée pour l'âge
- 18 % après 18 ans d'évolution
- RCH= 3,7%
- Crohn colique = 1,7%

A partir de quand et pour qui ?

Quand?

ECCO statement 8D

Screening colonoscopy should be offered over 8 years, following the onset of symptoms to all patients to reassess, disease extent and exclude dysplasia

□ Coloscopie initiale ou de dépistage :

*** 8 ans après le début des symptômes**

POUR QUI?

- **Pancolites, Colites gauches**
- **Réservoir** (ATCD de dysplasie, CSP, atrophie avec inflammation sévère)
- **Pas pour la proctite**

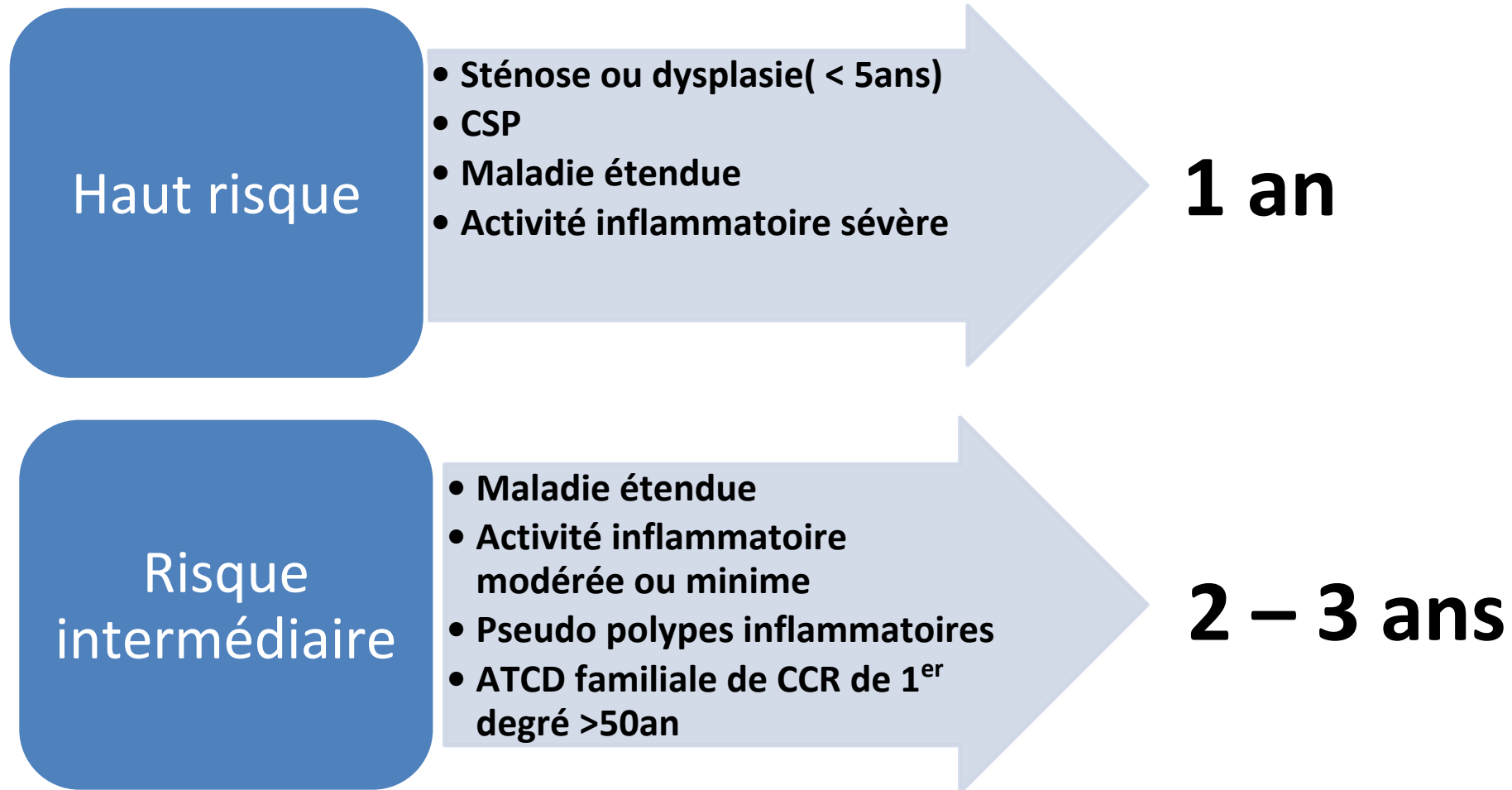
ECCO statement 8E: When disease activity is limited to the rectum without evidence of previous or current endoscopic and/or microscopic inflammation proximal to the rectum, inclusion in a regular surveillance colonoscopy programme is not necessary

A quel rythme? = Facteurs de Risque de CCR dans les MICI

- **ECCO statement 8G:**

Ongoing surveillance should be performed in all patients apart from those with proctitis [EL3]. Patients with highrisk features [e.g. stricture or dysplasia detected within the past 5 years, primary sclerosing cholangitis, extensive colitis with severe active inflammation] should have their next surveillance colonoscopy scheduled for 1 year [EL4]. Patients with intermediate risk factors should have their next surveillance scheduled for 2 to 3 years. Intermediate risk factors include [extensive colitis with mild or moderate active inflammation, post-inflammatory polyps, or a family history of colorectal cancer in a first-degree relative diagnosed at age 50 years and above] [EL5]. Patients with neither intermediate nor high-risk features should have their next surveillance colonoscopy scheduled for 5 years

Quel rythme de surveillance endoscopique?



Si pas de facteurs de haut risque ni intermédiaire = 5 ans

Quel rythme de surveillance endoscopique?

SFED

Antécédents familiaux de CCR	1 pt
Extension de la maladie macro- ou microscopique au-delà de l'angle gauche	1 pt
Persistance d'une activité inflammatoire macro- ou microscopique malgré les traitements	1 pt
Pseudopolypes ou sténoses	1 pt

Risque modéré= 0–2 points

Haut Risque = 3–4 points.

Quel rythme de surveillance endoscopique? SFED

CSP associée à la colite	Annuelle
Antécédent personnel de dysplasie	Annuelle
3-4 points : malades à haut risque	Tous les 1-2 ans
1-2 points : malades à risque modéré	Tous les 3-4 ans

Cas clinique

- Mr H.J n'a pas d'antécédant particulier
- En rémission clinique et biologique
- Une coloscopie totale est proposée
 - Comment faire?
 - Colo standard !!??

Comment faire?

Comment faire?

1) Comment détecter ?

2) Reconnaître les lésions ?

Comment détecter la Dysplasie?

- Prendre tout son temps, bien programmer:
Colo dépistage/MICI= 2 colo/Polypes
- Bon matériel
- Colon TRES bien préparé: Régime + PEG + lavage
- A distance d'une poussée inflammatoire+++

ECCO statement 8H:

Colonoscopic surveillance is best performed when ulcerative colitis is in remission, because it is otherwise difficult to discriminate between dysplasia and inflammation on mucosal biopsies

Comment détecter?

Bon matériel = ?

- Lumière blanche SD? HD avec zoom?
- Chromoendoscopie virtuelle (CEV):
NBI, FICE, I-Scan?
- Chromoendoscopie avec agent de contrast (CEC):
 - Indigo carmin(IC)
 - Bleu de méthylène (BM)

Comment détecter?

- 8 études comparant SD et CEC: 1,8 x plus de dysplasie détectée avec chromo
- 1 étude prospective chromo VS HD □ ↑ significative de la détection par chromo
- 2 études randomisées : NBI < HD
- 1 étude randomisée: NBI < SD
- 5 études (dont 3 randomisée): CEC > NBI (mais non significative)

Comment détecter?

- HD>>SD pour détection de la dysplasie:
- Quand la surveillance est réalisé à l'aide d'un endoscope SD ou HD : une chromoendoscopie doit être réalisée.
- Les autres (NBI, FICE, I-Scan) ne doivent pas être préférés à la lumière blanche + chromoendoscopie
- Pompe pour lavage>> lavage à la seringue
- on évalue l'activité lors de l'ascension et on colore à la descente

Reconnaitre les lésions Macroscopiquement

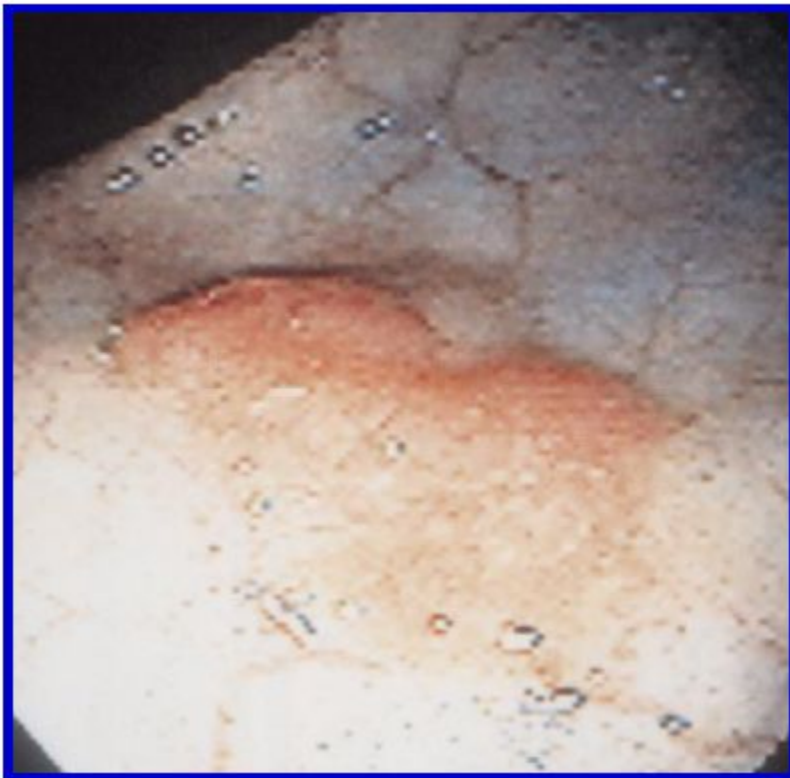
- **Lésions planes**= (2/3 = planes):
 - ❖ Plages décolorées, Plaques érythémateuses planes ou à peines surélevées
 - ❖ Muqueuse un peu épaissie, aspect granuleux ou fines nodulations
 - ❖ Hémorragies spontanées de surface
 - ❖ Friabilité
 - ❖ Déformation du mur colique
 - ❖ Pattern vasculaire obscure ou désorganisé
 - ❖ Caractéristiques villosités ou nodules irréguliers

Reconnaitre les lésions Macroscopiquement

- **Lésions en relief (RLD “Raised Lesion with Dysplasia”:**
- * **Non-Adenoma-like Raised Lesion = NALRD(ancienne DALM)**
 - Plaque surélevée de surface irrégulière avec des zones nodulaires
 - Lésion polypoïde ou nodulaire unique, le plus souvent sessile à large base d’implantation
 - Regroupement de plusieurs polypes dans une même zone du colon
- * **Adenoma-Like Raised Lesion = ALRD (ancienne ALM)**
ressemble aux adénomes sporadiques
 - Lésions bien circonscrites, souvent de petites tailles,
 - Parfois sessiles ou pédiculées
 - Parfois difficile à repérer en endoscopie, peuvent siéger au milieu de pseudo polypes
- * **Adénome sporadique ou CCR sporadique**

Dépistage en pratique dans la RCH

Lésions planes

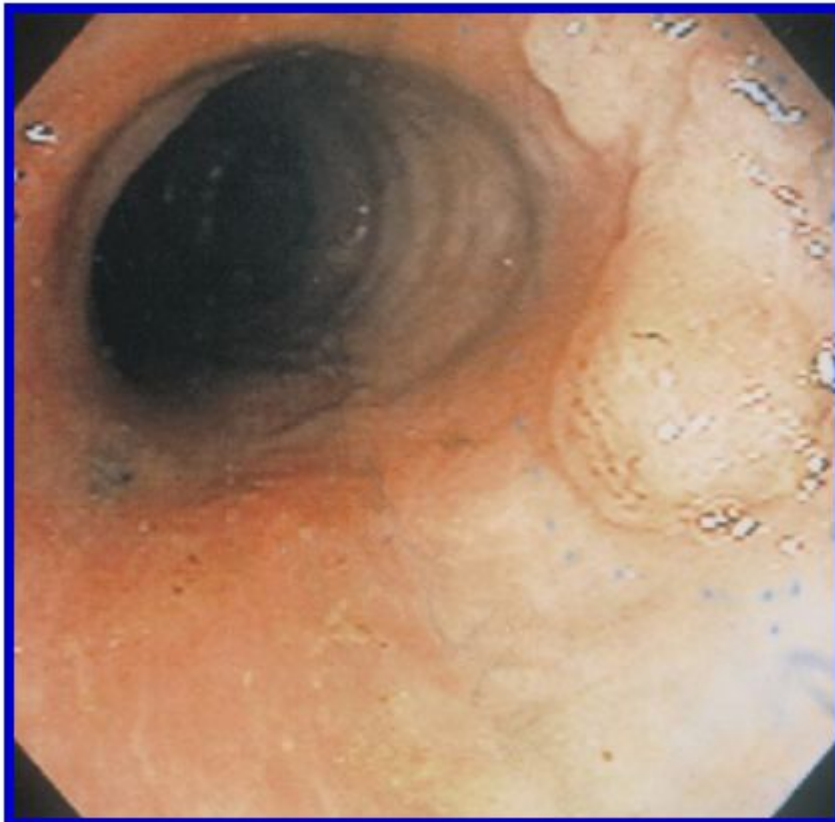


- *Surélévation minime*
- *Aspect érythémateux*
- *Bords irréguliers*

Rubin PH *et al.*
Gastroenterology 1999;117:1295

Dépistage en pratique dans la RCH

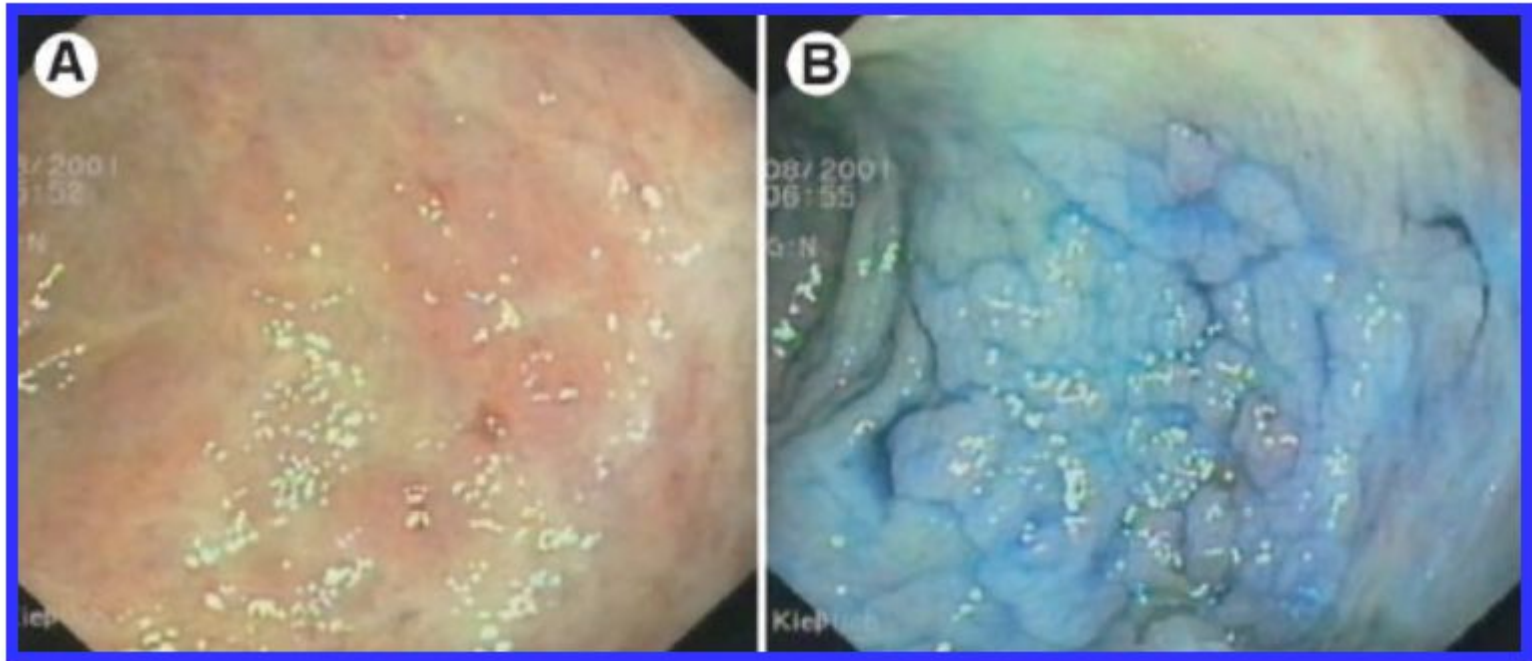
RLD



- *Lésion polypoïde*
- *Sessile*
- *Bords irréguliers*

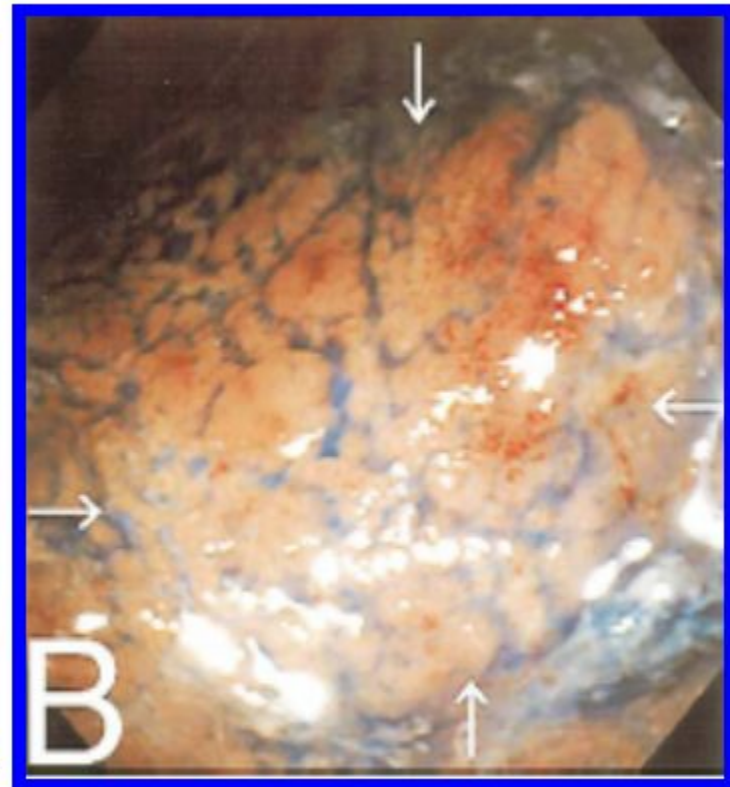
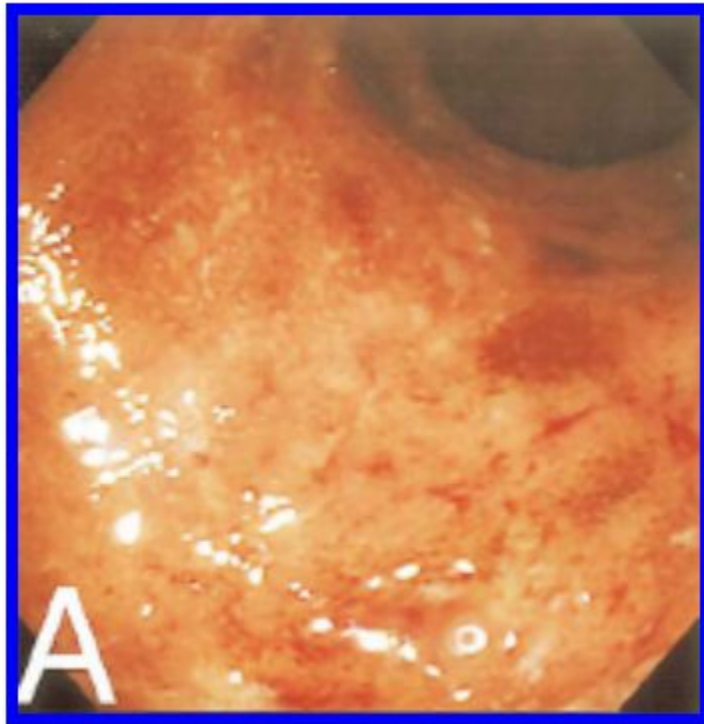
Rubin PH *et al.*
Gastroenterology 1999;117:1295

Chromoendoscopie Bleu de Methylene



Kiesslich R *et al.* Gastroenterology 2003;124:880

Chromoendoscopie Indigo Carmin



Microscopiquement

- Dysplasie /MICI: multifocale, dysplasie de type intestinal ; la dysplasie de type villose hypermucineuse et la dysplasie de type festonné.
- Dysplasie de bas grade (légère et modérée) et la dysplasie de haut grade (sévère).
- Dysplasie en Muqueuse d'aspect normal

Cas clinique

- Coloscopie totale en SD
- Muqueuse cicatrisée.
- a 15 cm : lésion surélevée polypoïde de 1,5 cm
 - Que faire?

Conduite à tenir devant les lésions

Conduite à tenir devant les lésions

- Après détection:
 - Caractérisation/délimitation
 - Zoom (optique ou électronique ou immersion)+ CEC
- Résection de toute lésion résécable (monobloc) et biopsies des pourtours
- Biopsies ciblées des lésions non résécables et biopsies des pourtours

Conduite à tenir devant les lésions

- Biopsies de la muqueuse plane autour de la lésion (afin d'apprécier son caractère dysplasique ou non)
- En cas de non résection immédiate: peu de biopsies superficielles et repérer la lésion
- Si sténose: Biopsies systématiques à proximité et au niveau (Risque 10 fois plus)

Qu'en est il des biopsies ciblées?

- pas de consensus d'expert sur intérêt des biopsies au hasard
- ECCO: Chromendoscopie avec biopsies ciblées, sinon: 4 tous les 10 cm au hasard (40- 60 biopsies!!) et biopsies ciblées si lésion visible à la lumière blanche(□ HD)
- **ECCO statement 8I**

Surveillance colonoscopy should take into account local expertise. Chromoendoscopy with targeted biopsies has been shown to increase dysplasia detection rate [EL2]. Alternatively, random biopsies [quadrantic biopsies every 10 cm] and targeted biopsies of any visible lesion should be performed if white light endoscopy is used [EL3]. Highdefinition endoscopy should be used if available

Cas clinique

- Biopsies multiples (40) le long du colon
 - Lésion = mucosectomie et biopsie autours
 - Histologie:
 - *les 40 biopsies: pas de dysplasie
 - * la lésion à 15 cm: dysplasie de haut grade
 - * Dysplasie de haut grade au niveau de la muqueuse adjacente
- Que faire?

Que faire en cas de dysplasie prouvée ?

- La Dysplasie : Diagnostic lourd de conséquence
- Affirmer une dysplasie:
 - Difficile surtout en cas de DBG
 - Contexte inflammatoire et régénératif.
- Reproductibilité :
 - Intra- observateur: Bonne mais jamais parfaite (50 % de les divergences)
 - Meilleurs scores aux deux extrêmes (absence de dysplasie et DHG) et les plus mauvais pour « dysplasie incertaine» et DBG.
- Confirmation du diagnostic par un 2^{ème} pathologiste expérimenté.
- **ECCO Statement 90:** Presence of low grade or high grade dysplasia should be confirmed by an external second pathologist (EL 1b, RG B).
- Discussion en staff RCP+++ et choix du patient++

Polypectomie à condition que

- la lésion puisse être retirée complètement
- les marges de la pièce ne comportent pas de dysplasie
- Il n'y ait pas de dysplasie en muqueuse plane nulle part ailleurs dans le côlon, soit en adjacent (biopsies autour de la lésion+++), soit à distance
- si adénome sporadique

Coloproctectomie totale

- dysplasie de haut grade: planes ou polypoïdes (RCP).
- Si DHG non visible
- dysplasie de bas grade en muqueuse plane(!!)

Surveillance renforcée

- lésions festonnées avec dysplasie de bas grade ou indéfinies pour la dysplasie
- si DHG et résection endoscopique complète
- si bas grade et pas de colectomie

Cas clinique

* la lésion polypoïde réséquée à 15 cm:
Dysplasie de haut grade

* Dysplasie de haut grade au niveau de
la muqueuse adjacente

RCP+ choix du patient



Proctocolectomie + AIA

Peut on prévenir la dysplasie?

Peut on prévenir la dysplasie?

OUI MAIS:

- Par un bon suivi □ colo de dépistage à temps, TRES BON MATERIEL
- Avoir une cicatrisation muqueuse(macro et micro= contrôler l'inflammation)
- Inflammation /RCH: Réduit le risque de CCR= 2,5 si cicatrisation endoscopique // 5,1 si cicatrisation histologique □ intérêt de contrôler l'inflammation(ttt spécifique)

Peut on prévenir la dysplasie?

Médicament?: 5 ASA>> IS

ECCO statement 8J:

Chemoprevention with mesalamine compounds may reduce the incidence of colorectal cancer in ulcerative colitis [EL2]. There is insufficient evidence to recommend for or against chemoprevention with thiopurines

CONCLUSION

- Dysplasie □ lésions précancéreuse au cours des MICI
- MICI = Groupes à risque de CCR
- Salicylés = bonne chimio prophylaxie
- Déterminer les facteurs de risque pour chaque patient □ protocole personnalisé de surveillance endoscopique
- Meilleure moyen de détection = opérateur formé + endoscopie HD + chromo endoscopie □ biopsie ciblée.
- Cependant les biopsies étagées multiples >32: gardent leur place++