

crohn colite

Nom du guide de pratique clinique

Surveillance de la dysplasie et du cancer du côlon.

Objectif

Détection précoce de la dysplasie et du cancer du côlon.

Population de patients

Patients ayant un diagnostic connu de MII dont la maladie est en rémission endoscopique. L'inflammation active empêche de mener une évaluation détaillée de la dysplasie colique.

D^r Sanjay Murthy, M.D., M. Sc. (épidémiologie), FRCPC (Université d'Ottawa et Centre des maladies inflammatoires de l'intestin de L'Hôpital d'Ottawa)
D^{re} Irina Nistor, Ph. D. (Hôpital Mount Sinai)

Ces outils d'aide à la décision clinique ont été mis au point par des experts canadiens dans le domaine des maladies inflammatoires de l'intestin (MII), et sont basés sur leur interprétation des données probantes actuelles et des considérations spécifiques au système de soins de santé canadien. Des lignes directrices internationales provenant d'Europe et des États-Unis sont disponibles; elles peuvent toutefois refléter des facteurs régionaux qui ne sont pas directement applicables partout au Canada.

Abréviations

AIA	Anastomose iléo-anale
BLI	Blue Laser Imaging
CCR	Cancer colorectal
CSP	Cholangite sclérosante primitive
MII	Maladie inflammatoire de l'intestin
PPD	Parent au premier degré

À retenir

L'applicabilité de certaines recommandations suggérées dans ces lignes directrices pourrait être affectée par l'accès des praticiens en MII aux ressources recommandées (chromoendoscopie avec coloration colique / chromoendoscopie virtuelle).

C'est un domaine en pleine évolution dans lequel les normes et les intervalles de surveillance changent continuellement. De nouvelles modalités d'intervention, comme l'endoscopie assistée par l'IA et la surveillance personnalisée, sont activement étudiées.

Introduction

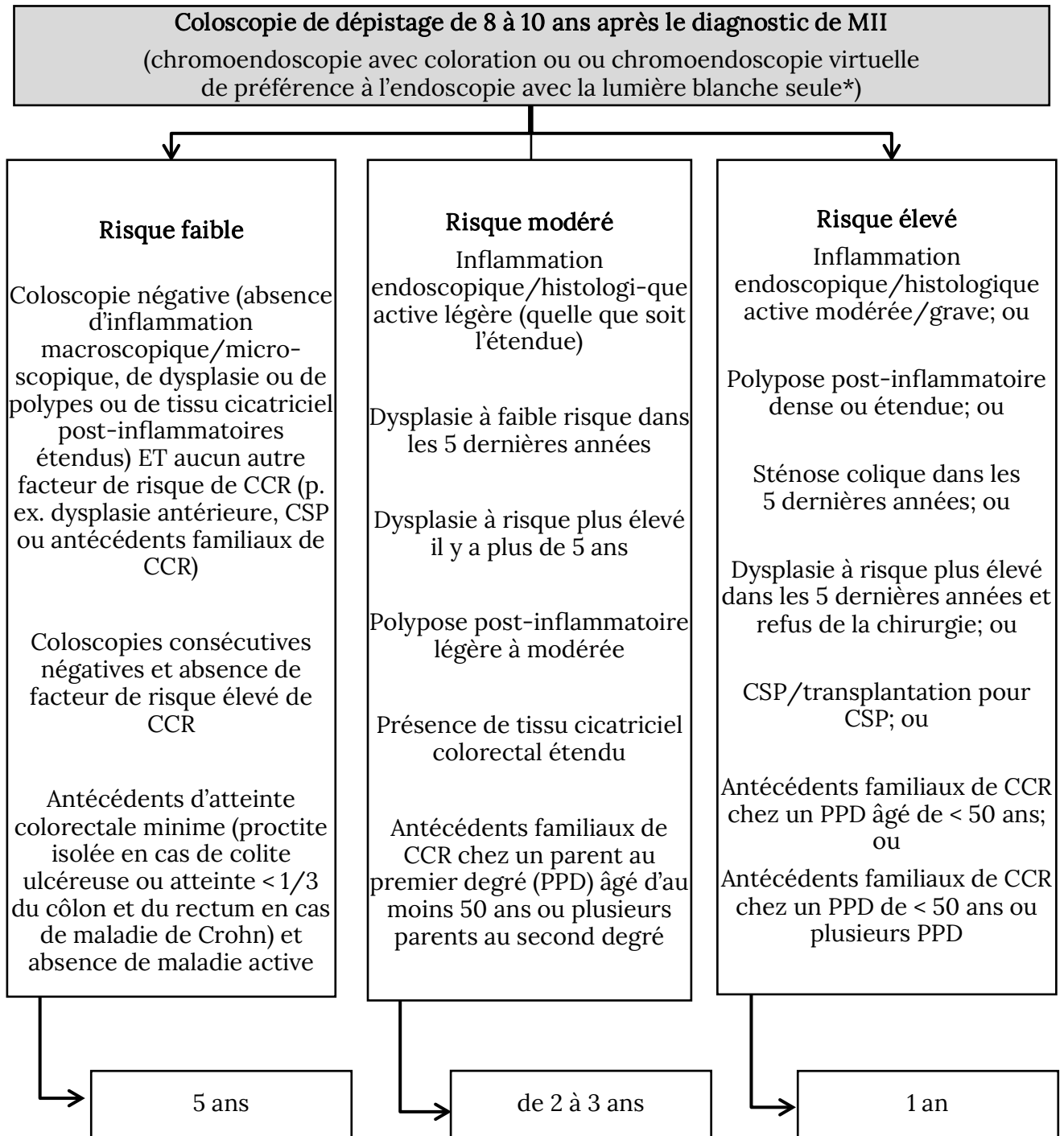
Ce protocole de soins vise à fournir aux prestataires de soins aux personnes vivant avec une MII des lignes directrices concernant la surveillance de la dysplasie / du cancer du côlon selon les risques du patient.

Prestataire de soins aux personnes vivant avec une MII

Populations de patients	Recommandations
Colite ulcéreuse ou maladie de Crohn, sans cholangite sclérosante primitive (CSP)	Coloscopie 8 ans après le diagnostic afin de déterminer l'étendue de la maladie selon le stade histologique; surveillance continue chez les patients dont la colite ulcéreuse s'étend au-delà du rectum ou dont la maladie de Crohn touche un tiers ou plus du côlon; fréquence déterminée selon le risque global de cancer colorectal (CCR) (voir Figure 1) (PACE QPI 11).
Colite ulcéreuse ou maladie de Crohn (quelle que soit sa durée) <u>ET</u> CSP concomitante	Surveillance coloscopique annuelle dès le diagnostic de MII (PACE QPI 10)
Colite ulcéreuse ou maladie de Crohn avec dysplasie « invisible » confirmée à l'examen pathologique (dysplasie détectée sur des biopsies aléatoires de la muqueuse d'apparence non	Surveillance coloscopique précoce répétée à l'aide d'une coloration (intervalle en fonction du risque de dysplasie) Envisager une orientation en chirurgie dans les cas à très haut risque (c.-à-d. dysplasie de haut grade ou dysplasie multifocale invisible) (PACE QPI 19)

suspecte) ou lésion dysplasique subtile visible avec absence de bordures distinctes	
Colite ulcéreuse ou maladie de Crohn avec dysplasie visible confirmée	<p>Surveillance endoscopique continue en cas de résection endoscopique complète confirmée (après une ou plusieurs coloscopies) et d'absence de cancer invasif à l'examen histologique.</p> <p>Fréquence selon les caractéristiques de la néoplasie/dysplasie (taille, morphologie, résection complète) et le risque global de CCR</p> <p>Orientation en chirurgie s'il est impossible de réaliser une résection complète de la lésion avec des bordures saines ou si l'analyse histologique révèle un cancer invasif.</p>
Proctocolectomie totale avec anastomose iléo-anale (AIA) et réservoir en J	Surveillance endoscopique selon le risque (voir Figure 2)
MII avec colectomie subtotale	<p>Envisager une orientation en chirurgie pour une proctectomie comme solution de rechange à la surveillance endoscopique continue de la dysplasie; sinon, surveillance endoscopique tous les 1 à 5 ans, selon le risque (voir Figure 1) (PACE QPI 8)</p>

Figure 1 : Recommandations de surveillance pour la coloscopie



* Si disponible; CCR : cancer colorectal; CSP : cholangite sclérosante primitive; PPD : parent au premier degré

Protocole de surveillance/dépistage

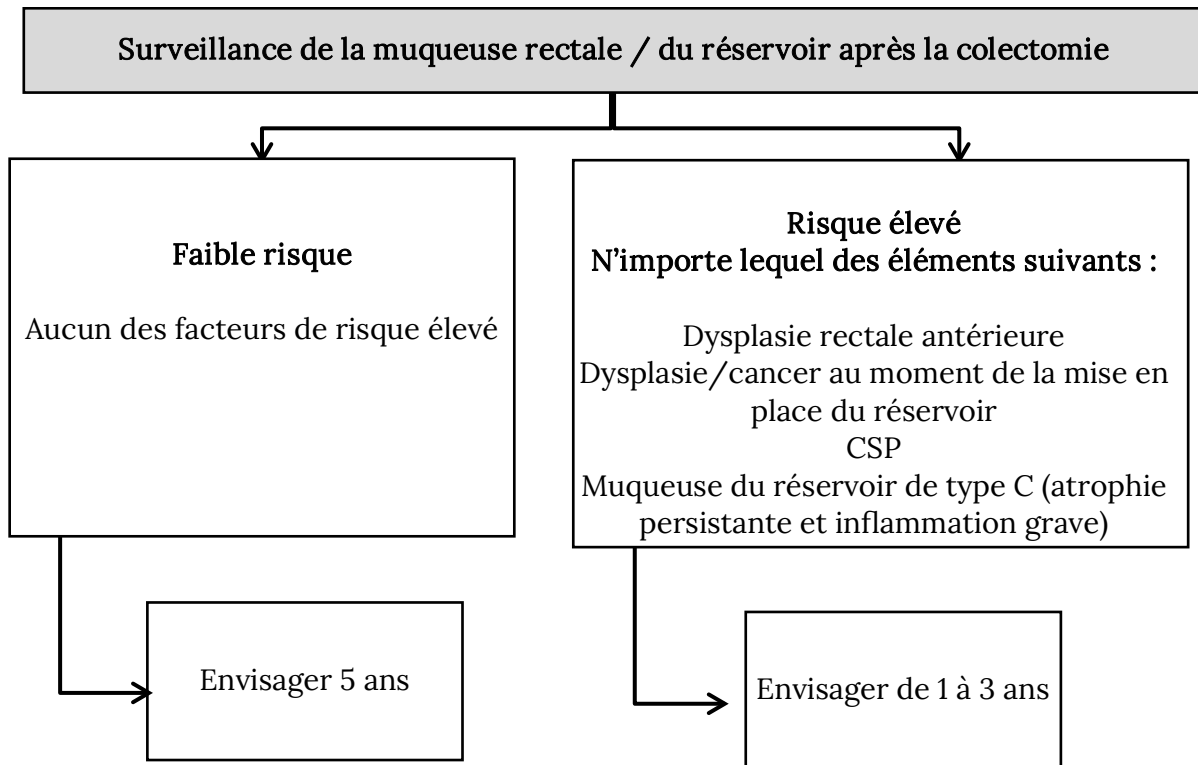
Chromoendoscopie avec coloration pancolique (si disponible) ou chromoendoscopie virtuelle (imagerie à bande étroite, BLI [blue laser imaging], iScan) avec biopsies/résection ciblées des anomalies visibles, avec ou sans biopsies non ciblées étendues

OU

Coloscopie avec la lumière blanche haute définition avec biopsies/résection ciblées des anomalies visibles et biopsies non ciblées étendues dans tout le côlon et le rectum (30-40) chez les patients présentant d'importants facteurs de risque de CCR (CSP, dysplasie colorectale antérieure invisible ou mal définie, polypose post-inflammatoire grave et étendue), avec ou sans biopsies non ciblées chez les patients ne présentant pas ces facteurs de risque.

Autres considérations : Préférence du patient, âge, maladies concomitantes et précision de l'examen de surveillance (par examen de grande précision, on entend une absence d'inflammation macroscopique, une préparation intestinale bonne ou excellente et la prise d'images jusqu'au cæcum/iléon terminal).

Figure 2 : Recommandations de surveillance après la colectomie



Références

Bisschops R, East JE, Hassan C, *et al.* Advanced imaging for detection and differentiation of colorectal neoplasia: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2019. *Endoscopy*. 12 2019;51(12):1155-1179. <https://doi.org/10.1055/a-1031-7657>

Cairns SR *et al.* Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high-risk groups (update from 2002). *Gut* 2010;59:666-89. <https://doi.org/10.1136/gut.2009.179804>

Feakins RM. Inflammatory bowel disease biopsies: updated British Society of Gastroenterology reporting guidelines. *Journal of Clinical Pathology* 2013; 66(12):1005-26. <https://doi.org/10.1136/jclinpath-2013-201885>

Lamb *et al.* British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2019; 68:s1-s106. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318484>

Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, *et al.* Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *J Crohns Colitis*. Jun 2017;11(6):649-670. doi:10.1093/ecco-jcc/jjx008 <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx008>

Murthy SK, Feuerstein JD, Nguyen GC, Velayos FS. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Surveillance and Management of Colorectal Dysplasia in Inflammatory Bowel Diseases: Expert Review. *Gastroenterology*. 09 2021;161(3):1043-1051.e4. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.05.063>