

crohn colite

Nom de la voie de soins cliniques

Dysplasie du côlon/Surveillance du cancer

Objectif

Détection précoce du cancer du côlon/de la dysplasie

Population de patients

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

Dr Sanjay Murthy MD, MSc (Epid), FRCPC (Université d'Ottawa et The Ottawa Hospital IBD Centre)
Dre Irina Nistor NP-Adult, MN, PhD (Hôpital Mount Sinai et Crohn et Colite Canada)

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 (coloration colique/chromoendoscopie virtuelle).

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

Introduction

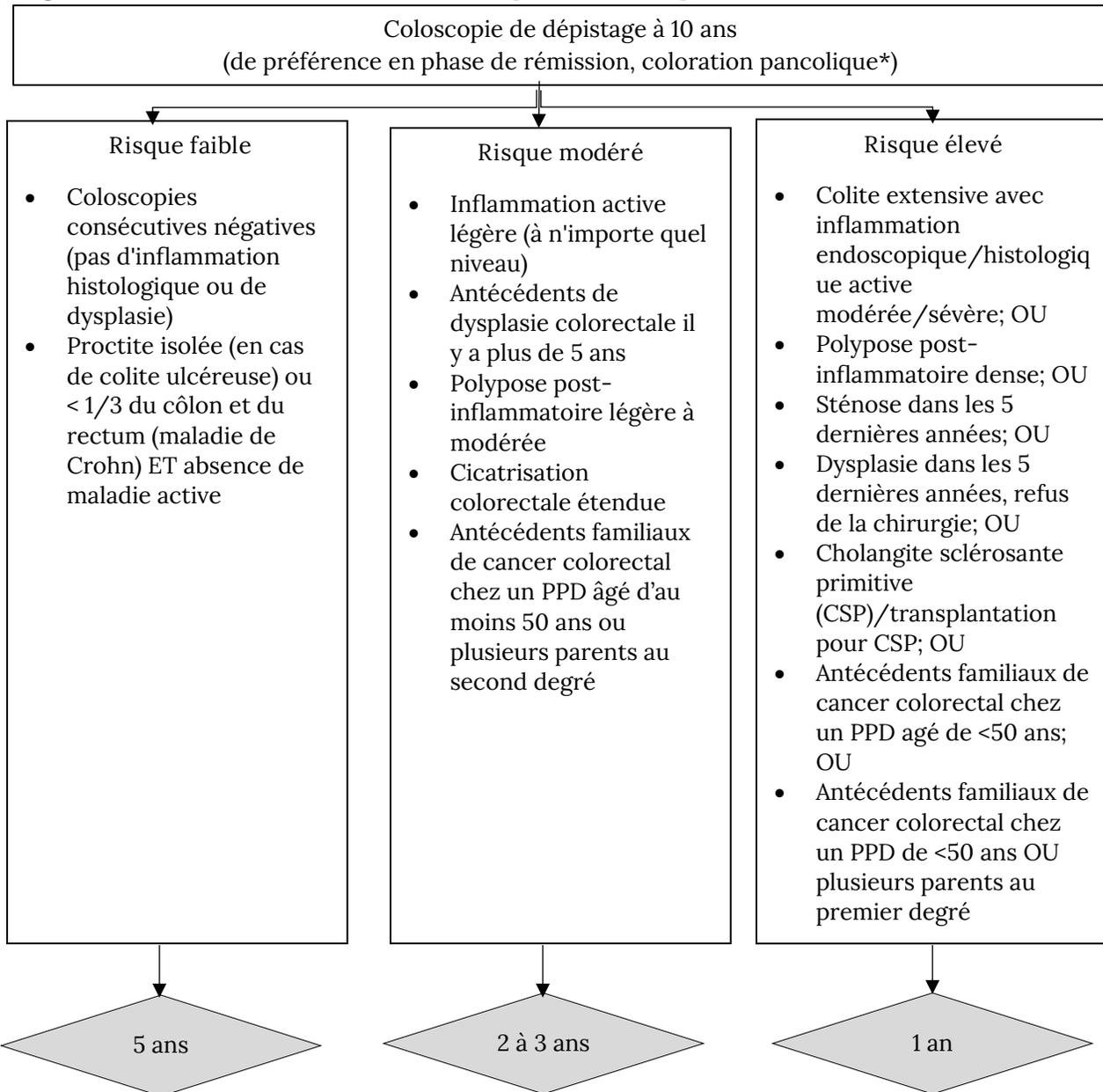
Ce protocole de soins vise à fournir aux prestataires de soins aux personnes vivant avec une MII des lignes directrices concernant la dysplasie du côlon/la surveillance du cancer selon les risques du patient.

Prestataire de soins aux personnes vivant avec une MII

Populations de patients	Recommandation
La colite ulcéreuse s'étend au-delà du rectum ou maladie de Crohn impliquant un tiers ou plus du côlon, et dont la maladie est présente depuis au moins 8 ans	Surveillance coloscopique recommandée; fréquence selon le risque (voir Figure 1) (PACE QPI 11)
Colite ulcéreuse ou colite de Crohn (quelle que soit sa durée) <u>et</u> présence concomitante d'une cholangite sclérosante primitive (CSP)	Surveillance coloscopique annuelle (PACE QPI 10)
Colite ulcéreuse ou colite de Crohn avec dysplasie confirmée dans la muqueuse plane	Surveillance coloscopique précoce répétée à l'aide d'une coloration pancolique ou une chromoendoscopie virtuelle (intervalle en fonction du risque de dysplasie). Envisager la référence chirurgicale dans les cas à très haut risque (c.-à-d. dysplasie de haut grade ou la dysplasie multifocale) (PACE QPI 19)
Colite ulcéreuse ou colite de Crohn avec dysplasie confirmée visible	Surveillance coloscopique continue en cas de résection endoscopique complète confirmée et d'absence de cancer invasif à l'histologie (intervalle selon le risque de dysplasie); sinon, référence chirurgicale.
Proctocolectomie totale avec anastomose iléo-anale (IAA) et réservoir en J	Surveillance endoscopique selon le risque (voir Figure 2)

MII avec colectomie subtotale	Envisager la référence chirurgicale pour une proctectomie comme alternative à la surveillance endoscopique continue de la dysplasie; sinon, surveillance endoscopique tous les 1 à 5 ans, selon les facteurs de risque de cancer colorectal (voir Figure 1). (PACE QPI 8)
-------------------------------	---

Figure 1: Recommandations de surveillance pour la coloscopie



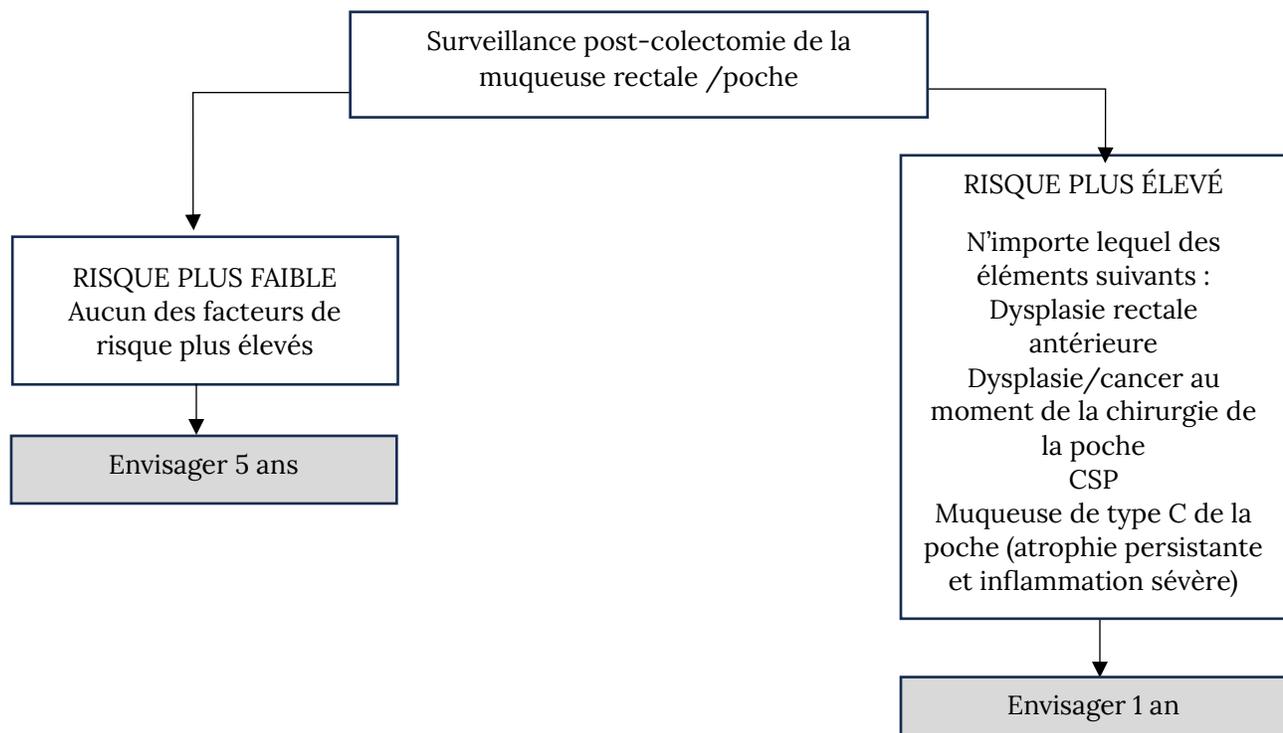
*Si disponible ; CRC - Cancer colorectal; PPD - Parent au premier degré ; CSP - Cholangite sclérosante primitive

Protocole de surveillance / dépistage

Coloration pancolique (si disponible) ou chromoendoscopie virtuelle (NBI, iscan) avec biopsies/résection ciblées des anomalies visibles ou coloscopie en lumière blanche haute définition avec biopsies/résection ciblées des anomalies visibles et biopsies non ciblées étendues dans tout le côlon et le rectum (recommandées 30-40).

Autres considérations : Préférence du patient, multiples polypes post-inflammatoires, âge et comorbidités, précision et exhaustivité de l'examen.

Figure 2: Recommandations de surveillance après 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>