



# JOURNÉE MONDIALE



## DES MICI



Maladie de **CROHN** et  
**RectoColite Hémorragique**

*Le 19 mai,  
tous  
en violet !*



**CHUV** Centre hospitalier  
universitaire vaudois

*Unil*  
UNIL | Université de Lausanne



## Surveillance endoscopique des maladies inflammatoires chroniques intestinales

Dr Sébastien Godat, MD  
Service de gastro-entérologie  
et d'hépatologie  
Mai 2018

# Processus diagnostique des MICI

- Ileocolonoscopie avec biopsies est la procédure de choix.
- Oesogastroduodéonoscopie pour la population pédiatrique. Peut être utile dans la population adulte. Recommandation débattue.
- Deux échantillons de biopsies au niveau des 6 segments (iléon, ascendant, transverse, descendant, sigmoïde, rectum)
- Répéter l'évaluation endoscopique en cas de doute diagnostique

# Suivi des MICI

- Pas d'endoscopie dite de routine en cas de rémission
- Réévaluation endoscopique en cas de récurrence, de maladie réfractaire, de nouveaux symptômes ou si une chirurgie est considérée
- Favoriser le 2ème trimestre en cas de grossesse
- Nouvelle évaluation par iléocolonoscopie 6 mois après une chirurgie digestive.
- Rectosigmoidoscopie en cas de symptômes liés à une poche iléo anale

# Score endoscopique en cas de colite ulcéreuse (UC)

**Table 9.3** Characteristics of the most commonly used scores for UC and CD (CDEIS: Crohn's disease endoscopic index of severity, SES-CD: Simple endoscopic score for Crohn's disease).

Score	Applicability	Variable	Grading
Mayo endoscopic subscore	UC	Mayo 0	Normal or healed mucosa
		Mayo 1	Faded vascular pattern, mild friability, erythema
		Mayo 2	Absence of vascular pattern, marked friability, erosions
		Mayo 3	Spontaneous bleeding, large ulcers

Rémission endoscopique si le score est  $< 1$   
Guérison muqueuse si le score est = 0

# Score endoscopique en cas de maladie de Crohn (CD)

Score	Segment	Description	Points		
CDEIS	Luminal CD	Deep ulcers (in all explored segments)	Absent (0 points) Present (12 points)		
		Superficial ulcers (in all explored segments)	Absent (0 points) Present (6 points)		
		Surface involved by disease (in all explored segments)	0–10 (as the result of visuoanalogic scale transformation representing a complete ileocolonic segment)		
		Surface involved by ulcers (in all explored segments)	0–10 (as the result of visuoanalogic scale transformation representing a complete ileocolonic segment)		
		Ulcerated stenosis (anywhere)	Absent (0 points) Present (3 points)		
		Non-ulcerated stenosis (anywhere)	Absent (0 points) Present (3 points)		
		SES-CD	Luminal CD	Ulcers (in all explored segments)	Absent (0 points) None (0 points) Small ulcers, <0.5 cm (1 point) Medium ulcers, 0.5–2 cm (2 points) Large ulcers, >2 cm (3 points)
				Stenosis (in all explored segments)	None (0 points) <10% of the segment (1 point) 10–30% of the segment (2 points) >30% of the segment (3 points)
Affected surface (in all explored segments)	None (0 points) <50% of the segment (1 point) 50–75% of the segment (2 points) >75% of the segment (3 points)				
Narrowings (in all explored segments)	None (0 points) Single, passable by endoscope (1 point) Multiple, passable by endoscope (2 points) Not passable, frank stenosis (3 points)				

**Pertinence dans l'activité clinique à déterminer**

# Score endoscopique après chirurgie

Rutgeerts' score	Post-operative	i0	No lesions in neoterminal ileum
	CD	i1	≤ 5 aftoid ulcers
		i2	>5 aftoid ulcers with normal mucosa in-between, or skip areas with larger lesions, or lesions/ulcers (<1 cm) confined to ileocolonic anastomosis
		i3	Diffuse aftous ileitis with extensively inflamed mucosa
		i4	Diffuse inflammation with large ulcers, nodules and/or stenosis

**Table 9.2** Most commonly used endoscopic scores for CD (CDEIS: Crohn's disease endoscopic index of severity, SES-CD: Simple endoscopic score for Crohn's disease).

Score	Variables included	Field of applicability	Strengths and weaknesses
Rutgeerts' score <sup>59,60</sup>	Aphthous ulcers, ulcers, aphthoid ileitis, erythema, cobblestone, stenosis (all to be evaluated at the anastomotic site or in the afferent ileal limb of an ileocolonic anastomosis)	Postoperative recurrence (only at the site of an ileo-cecal anastomosis, not suitable for other surgeries)	Strengths: Well known and widely accepted, easy and suitable for routine practice, relevant prognostic value Weaknesses: Potential agreement issues, no formal validation of the score

# Dysplasie et cancer colorectal (CRC)

Risque augmenté de dysplasie et de CRC dans

- Les MICI de longue date. Augmentation linéaire. 5,4% après 20 ans
- Colite étendue. Augmentation du risque > 4x comparé à la présence d'une simple proctite
- Inflammation sévère. Augmentation du risque > 2x
- Cholangite sclérosante primaire associée (PSC). CRC se produisent plus tôt dans le temps
- Antécédent familial de CRC. Augmentation du risque 2-3x

# Coloscopie de dépistage

- Amélioration du pronostique
- Doit être offert aux patients suivants:
  1. Patients avec UC, indépendamment de son extension
  2. Patients avec maladie de Crohn (CD) avec atteinte d'au moins 1/3 du colon ou avec une maladie péri-anale complexe
  3. Patients avec une poche iléo-anale
  4. Patients avec une colite indéterminée ou non classifiée (IC)
- 8 ans après le début des symptômes coliques chez tous les patients



**Table 2 Risk factors for the development of colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease and recommended surveillance** <sup>[1-7,9,11,13-15,17,18,24]</sup>

	High risk	Intermediate risk	Low risk
Risk factors	PSC Extensive involvement Moderate-severe active inflammation sustained over time (endoscopic or histological) First-degree relative with CRC at an age of less than 50 Stenosis or dysplasia detected during the previous five years Appearance of IBD at a young age <sup>1</sup> If ileo-anal pouch: Dysplasia Previous CRC PSC Type C mucosa in the pouch	Extensive colitis with mild or moderate sustained inflammatory activity (endoscopic or histological) Inflammatory polyps First-degree relative with CRC at an age of above 50	Other factors different from high and intermediate risk
Surveillance	Annual	Every three years	Every five years

<sup>1</sup>BSG<sup>[5]</sup>, CCFA<sup>[11]</sup>, WGO<sup>[14]</sup> and SVG<sup>[18]</sup>. CRC: Colorectal cancer; IBD: Inflammatory bowel disease; PSC: Primary sclerosing cholangitis.

**Pas de recommandation spéciale** pour les patients avec une atteinte rectale ou avec une maladie de Crohn atteignant uniquement un segment colorectal



Name ID Age Sex 13/Avr/20 16:24:



Comment  
Dr.  
CHUV

Name ID Age Sex 13/Avr/2018 16:33:45



Comment  
Dr.  
CHUV

# Dysplasie de bas et haut grade

- Augmentation du risque de CRC > 9x en cas de dysplasie de bas grade (DBG)
- Confirmation par un expert indépendant en pathologie gastro-intestinale
- Résection endoscopique de toute lésion visible avec dysplasie
- Une proctocolectomie doit être recommandée en cas d'échec de résection endoscopique, de dysplasie associée au niveau de la muqueuse environnante ou de dysplasie de haut grade sans lésion visible
- Contrôle chromoendoscopique rapproché trimestriel en cas de DBG non visible

NAME  
ID  
1

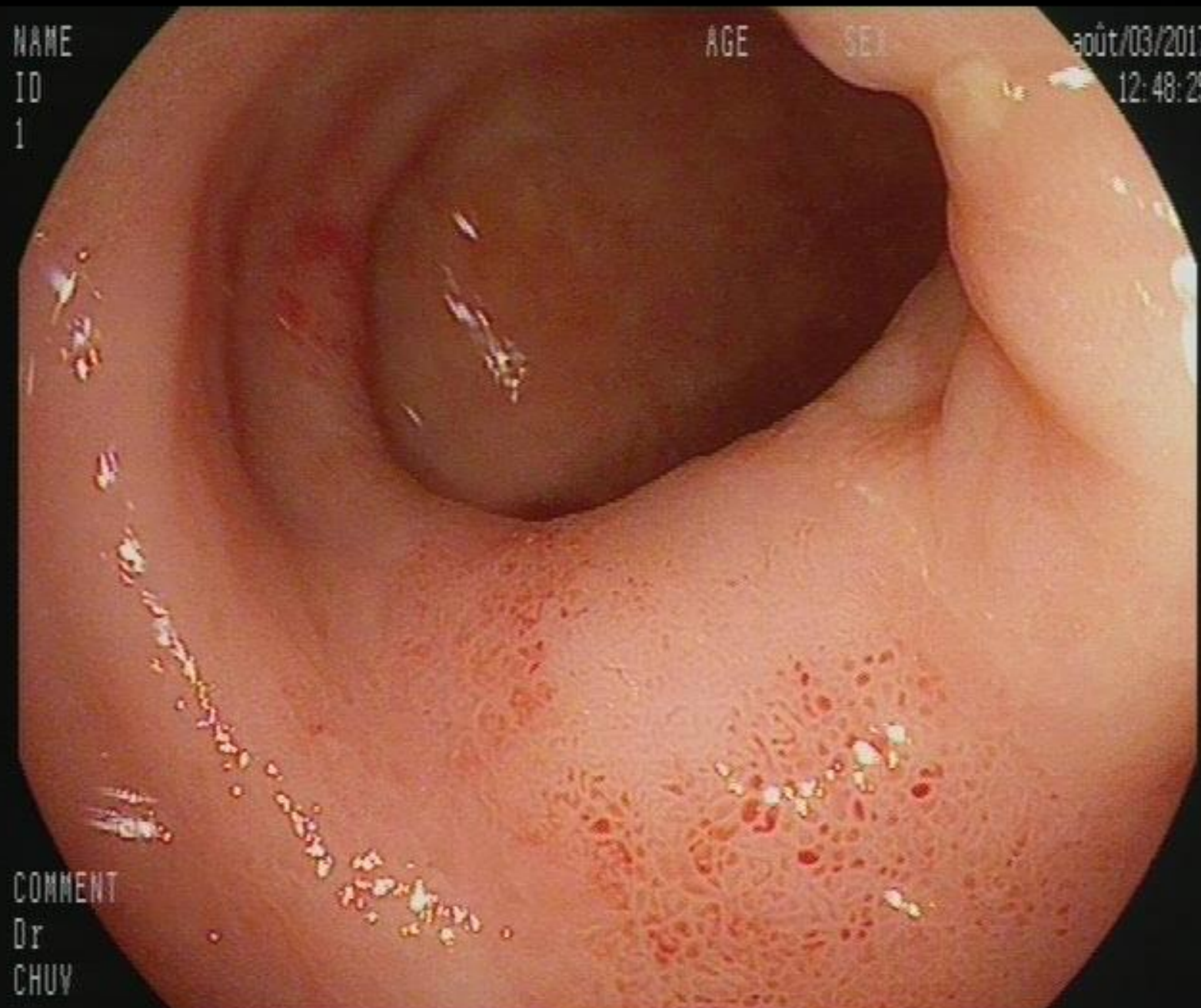
AGE

SEX

août/03/2017

12:48:25

COMMENT  
Dr  
CHUV



NAME  
ID  
1

AGE

SEX

févr/23/2017  
13:34:13

COMMENTAIRE  
Dr  
CHUV

i-scan 1



NAME  
ID  
1

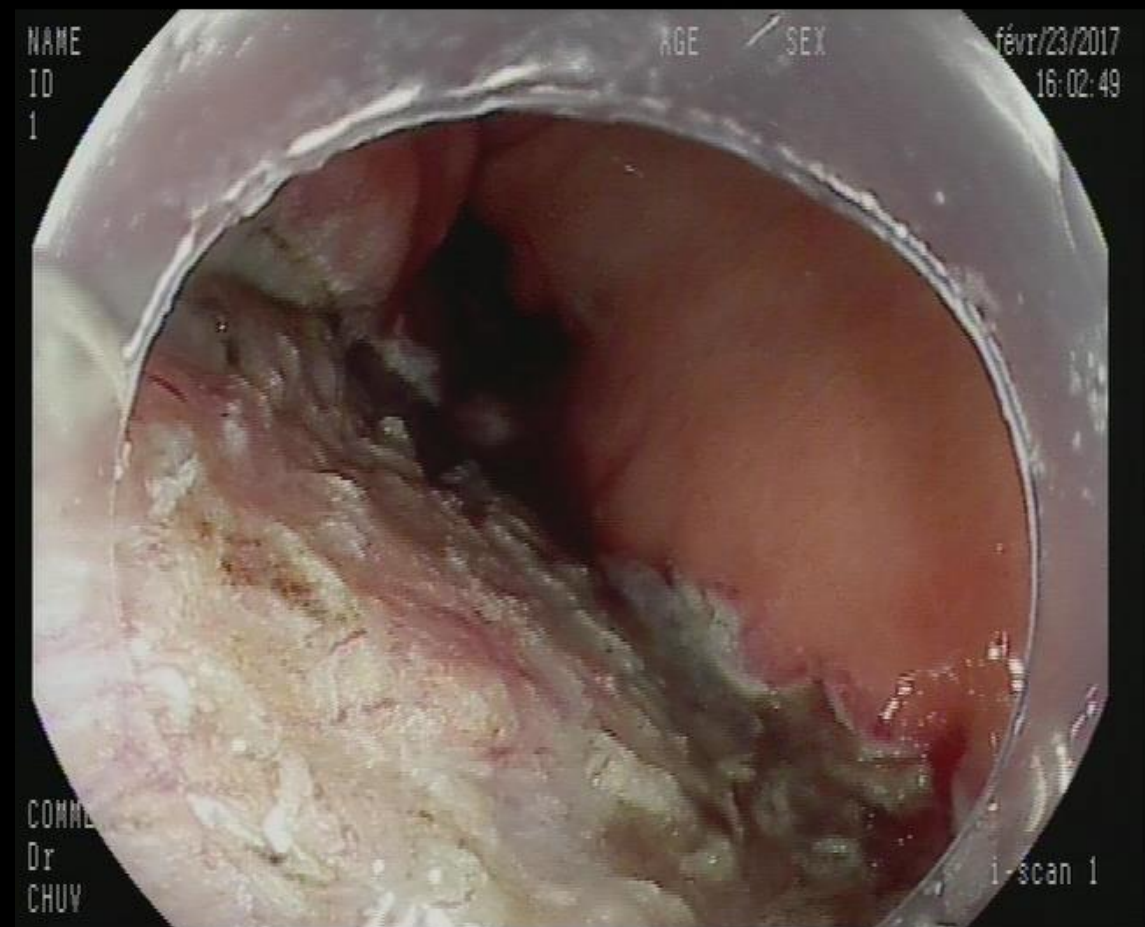
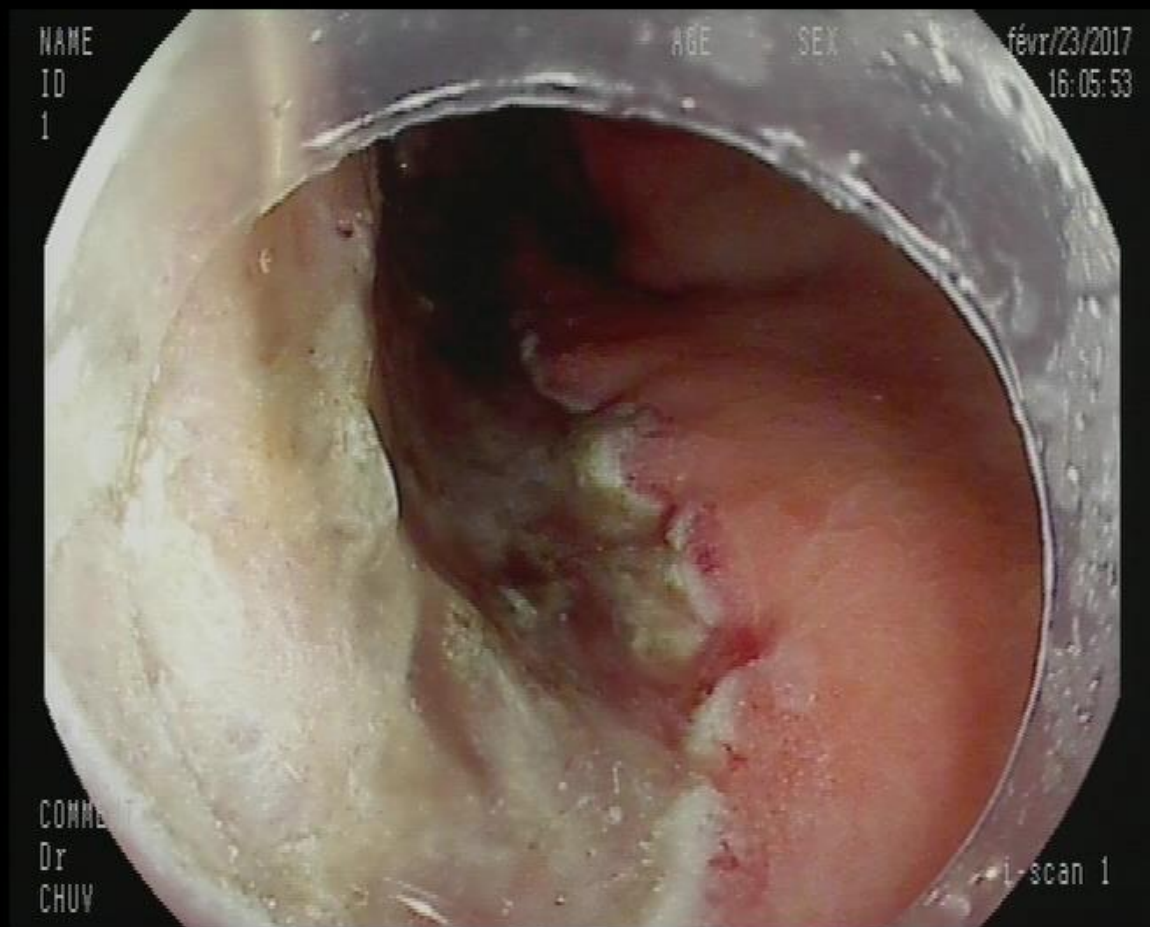
SEX

févr/23/2017  
13:41:47

COMMENT  
Dr  
CHUV

i-scan 1





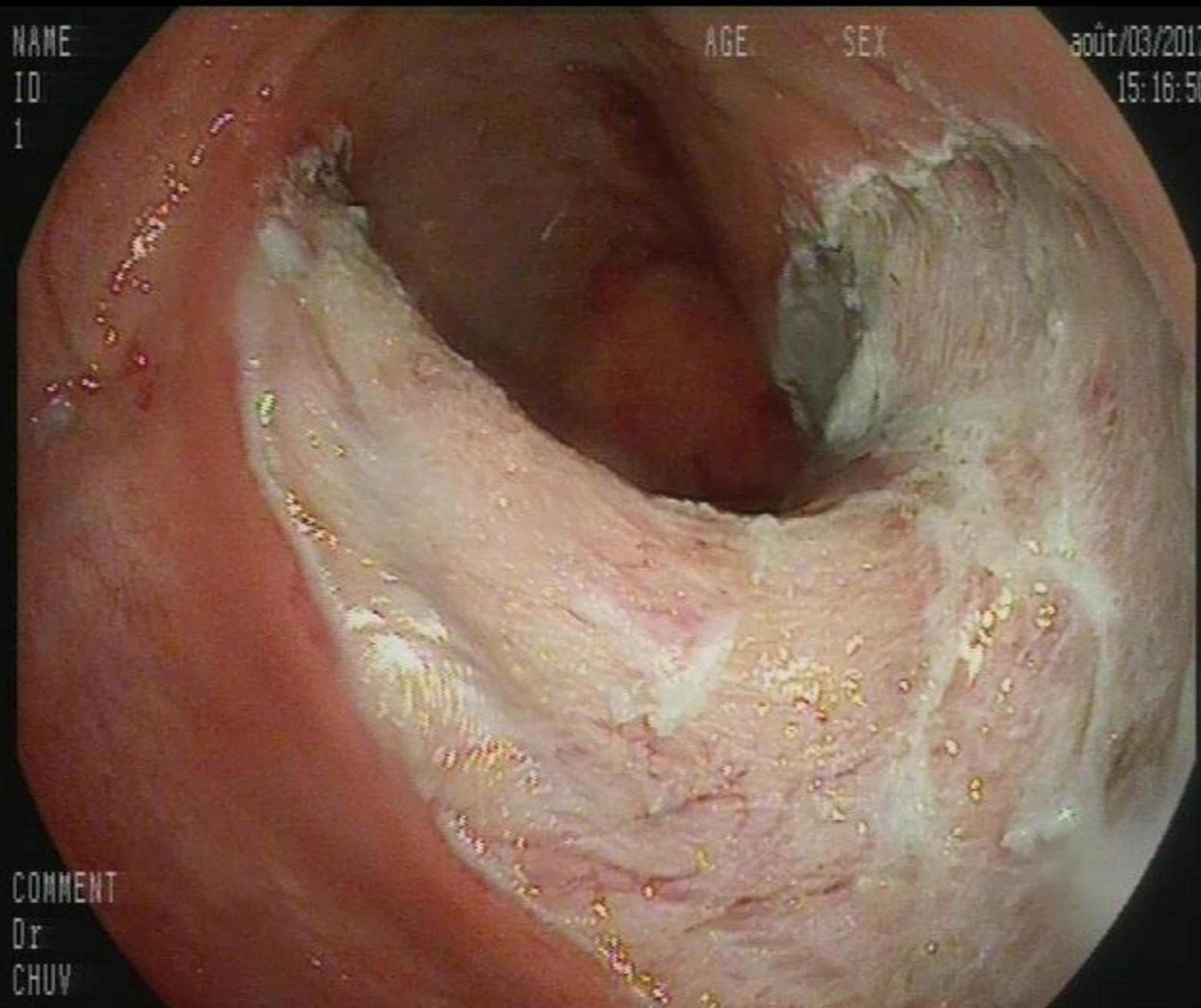


NAME  
ID  
1

AGE      SEX

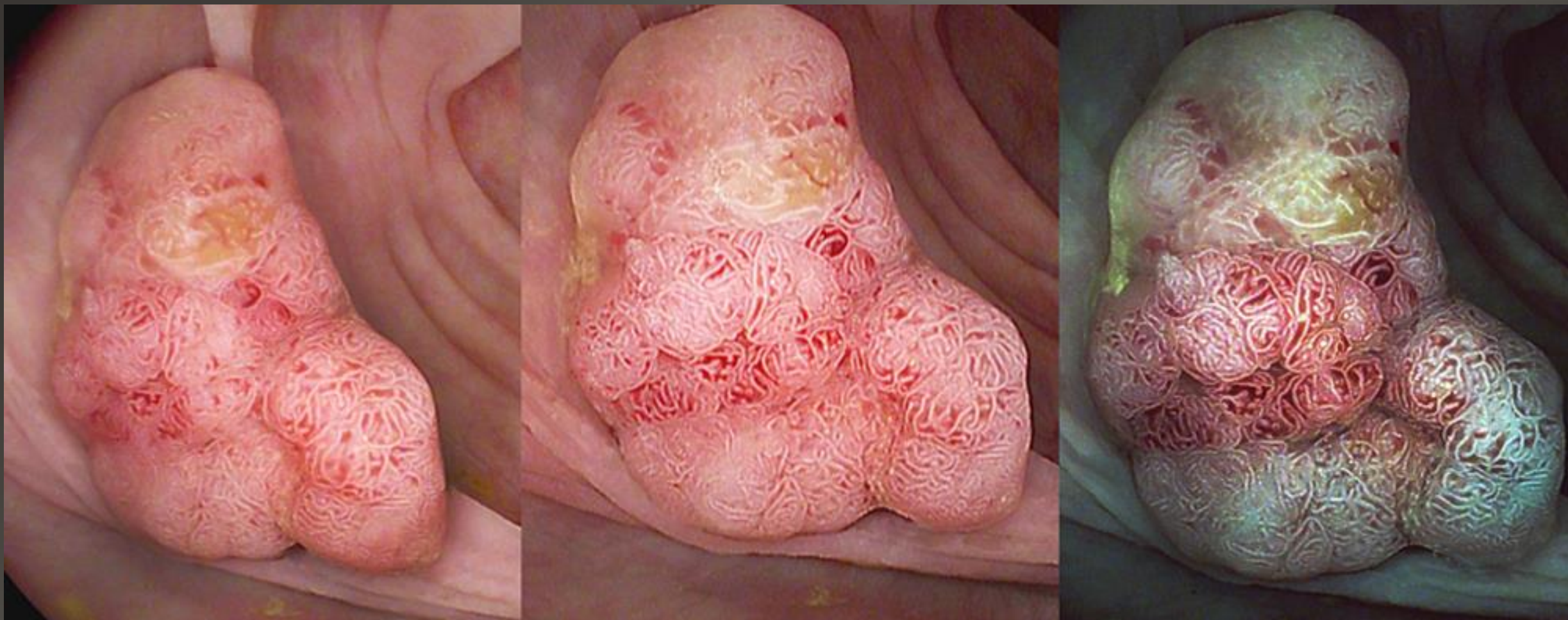
août/03/2017  
15:16:50

COMMENT  
Dr  
CHUV



# Optimisation de la surveillance

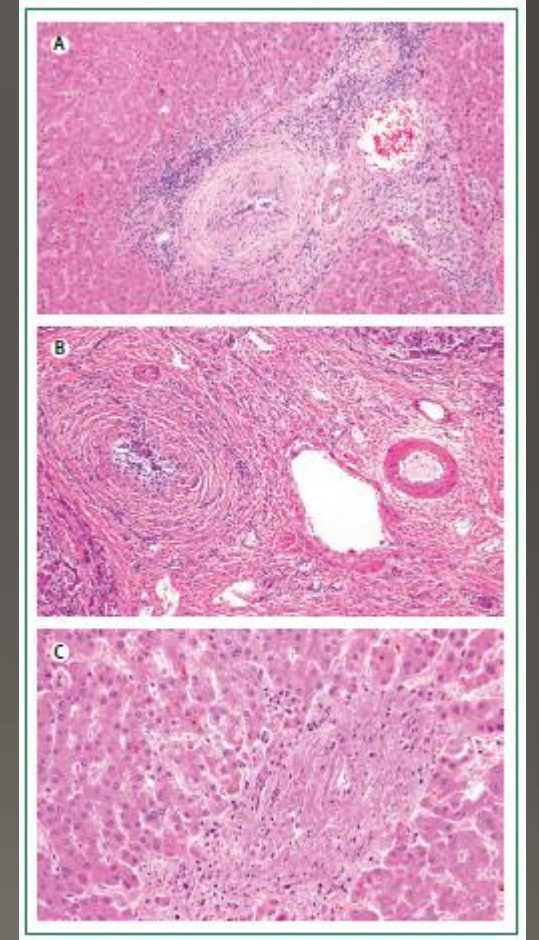
- Préparation colique efficace
- Inspection minutieuse par endoscopie à la lumière blanche
- Équipement endoscopique à haute définition
- Chromoendoscopie (0.04% to 0.1% bleu de méthylène ou 0.1% to 0.03% indigo carmin) au moins au niveau du colon droit avec réalisation de biopsies ciblées
- Alternative: biopsies aléatoires (4 tous les 10cm). Moins efficace
- Renforcement de l'image (ISCAN, NBI), endomicroscopie. Non recommandé.



ISCAN mode (Pentax)

# Cholangite sclérosante primaire

- Prévalence 16/100000. Sex ratio 65 à 70%♂
- 70% des patients avec PSC souffre d'une UC (inversément 5%)
- Maladie hépatique chronique cholestatique avec atteinte des voies biliaires
- Overlap avec les hépatites autoimmunes dans 7-14%
- Risque accru de fibrose, d'insuffisance hépatique, de transplantation hépatique, de tumeurs des voies biliaires, coliques, de la vésicule biliaire et du pancréas



# Surveillance en cas de cholangite sclérosante primaire

## Cholangiocarcinome

- Risque cumulé sur la vie 10 à 20%
- Dépistage à 6-12 mois par IRM (US, EUS) et dosage de CA 19-9
- Brossage, biopsie systématique (+/- FISH, Spyglass) de toute sténose significative
- Cholécystectomie si polype pariétal de > 8mm

# Surveillance en cas de cholangite sclérosante primaire

## Cancer du colon

- Coloscopie à 5 ans en cas d'absence de MICI
- Mode de dépistage identique en cas de MICI concomitante

## Cancer du pancréas

- Dépistage annuel

## Hépatocarcinome

- Prévalence jusqu'à 4% en cas de cirrhose
- Dépistage semestriel par échographie abdominale en cas de cirrhose

# Surveillance des poches iléo anales

- L'apparition de dysplasie est rare. Peut survenir dans la muqueuse de la poche ou dans toute muqueuse anorectale
- Principaux risques de néoplasie au niveau des poches: ATCD de dysplasie ou de cancer, PSC, atrophie persistante et inflammation sévère de la poche
- Surveillance annuelle chez les patients à hauts risques
- Surveillance aux 5 ans chez les patients sans critère de risque.



**Merci pour votre attention**