

SANJAY MURTHY

MD, MSc (Épid), FRCPC



Le Dr Murthy est professeur agrégé de médecine à l'Université d'Ottawa, gastro-entérologue au Centre des maladies inflammatoires de l'intestin (MII) de l'Hôpital d'Ottawa et scientifique à l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa. Il a obtenu son diplôme de docteur en médecine à l'Université d'Ottawa, a accompli sa résidence en médecine interne à l'Université du Manitoba et sa résidence en gastro-entérologie à l'Université de Toronto. Il a suivi des formations cliniques approfondies dans les domaines des MII (hôpital Mont Sinaï, Toronto), de la nutrition clinique (hôpital général de Toronto) et de l'endoscopie diagnostique (Université de Mainz, Allemagne). Il a obtenu une maîtrise en épidémiologie clinique et en recherche sur les soins de santé à l'Université de Toronto. Son programme de recherche repose sur l'utilisation des données cliniques et des données administratives relatives à la santé pour analyser l'épidémiologie du cancer, la qualité des pratiques de soins de santé, l'optimisation des interventions de santé et la médecine personnalisée, qu'il applique à l'étude des MII et des cancers gastro-intestinaux.

Affiliations de l'auteur :

Professeur agrégé, département de médecine et école d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa
Médecin membre du personnel du Centre des MII de l'hôpital d'Ottawa, division de gastro-entérologie
Scientifique, programme d'épidémiologie clinique, institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa
Scientifique associé, ICES uOttawa

SURVEILLANCE DES NÉOPLASIES COLORECTALES DANS LES MALADIES INFLAMMATOIRES DE L'INTESTIN — MISES À JOUR ET APPROCHES

Contexte

L'une des plus grandes difficultés auxquelles sont confrontés les gastro-entérologues qui prennent en charge les personnes atteintes de maladies inflammatoires de l'intestin (MII) est la surveillance clinique efficace et rentable des néoplasies colorectales dans cette population. Bien que le risque accru de cancer colorectal (CCR) chez les personnes atteintes de MII soit établi depuis longtemps, ce risque a diminué au fil du temps et, selon des rapports récents, il ne semble pas supérieur à 1,5 ou 2 fois par rapport aux membres de la population générale du même âge et du même sexe.¹⁻⁴ Toutefois, étant donné que le taux de CCR est toujours plus élevé dans cette population, les stratégies de surveillance actuelles sont inadéquates pour certaines personnes. À l'inverse, aucune lésion néoplasique n'est décelée chez 80 à 90 % des personnes atteintes de MII lors de la surveillance coloscopique⁵, ce qui suggère que de nombreuses

personnes atteintes de MII sont inutilement exposées aux risques de la coloscopie et que les coûts excessifs sont assumés par la société.

L'objectif de la surveillance des néoplasies colorectales est de réduire le fardeau du CCR et des décès liés au CCR dans la population atteinte de MII. Les lignes directrices sociétales recommandent le dépistage des néoplasies colorectales par coloscopie chez toutes les personnes atteintes de MII colorectales touchant au moins le rectosigmoïde (ou au moins 1/3 du rectocolon en cas d'inflammation discontinue) 8 à 10 ans après le diagnostic de la maladie et de poursuivre la surveillance à vie tous les 1 à 5 ans.⁶⁻⁸ Les principaux facteurs influençant la fréquence de surveillance sont notamment la gravité historique de la maladie, l'étendue de l'inflammation colorectale, les modifications post-inflammatoires chroniques, les antécédents familiaux de CCR, les antécédents

de néoplasme colorectal, la cholangite sclérosante primitive, les résultats de coloscopies antérieures et l'adéquation de la surveillance antérieure (**Tableau 1**).⁶⁻⁸ Toutes les lignes directrices recommandent également une résection ou un prélèvement ciblé des anomalies visibles suspects, et certaines sociétés continuent de recommander de nombreuses biopsies non ciblées pour détecter les néoplasies « non visibles », en particulier en l'absence d'autres modalités visuelles auxiliaires, telles que la chromo-endoscopie par pulvérisation de colorant (CEC) ou la chromo-endoscopie virtuelle (CEV), ou d'une visualisation insuffisante de la muqueuse, comme dans les zones d'inflammation importante, de polypose post-inflammatoire, ou en cas de mauvaise préparation de l'intestin.^{6,9} La plupart des sociétés préconisent désormais la CEC ou la CEV comme outil de dépistage primaire pour la surveillance des néoplasies des MII ou, au minimum, comme modalité de remplacement de l'examen classique par coloscopie à la lumière blanche avec des biopsies non ciblées lorsque les ressources et l'expertise sont disponibles.⁵⁻¹¹

Toutefois, aucune étude prospective n'a démontré une diminution de l'incidence du CCR ou des décès dus au CCR du fait des stratégies de surveillance actuelles chez les personnes atteintes de MII. De plus, les observations provenant de vastes études rétrospectives sont également contradictoires.^{12,13} Une analyse Cochrane de 3 études menées auprès de personnes atteintes de rectocolite hémorragique (RCH) n'a pas indiqué d'avantages significatifs sur le plan de la mortalité pour les stratégies de surveillance actuelles.¹⁴ Étant donné que les MII touchent de nombreuses personnes jeunes, que leur prévalence augmente au Canada et dans le monde¹⁵ et qu'elles nécessitent une surveillance intensive tout au long de la vie, la quantité de ressources endoscopiques consacrées à la surveillance des MII est potentiellement énorme. L'augmentation des demandes de ressources coloscopique due à l'élargissement des programmes de dépistage du CCR populationnel ainsi que le vieillissement de la population sont susceptibles de compliquer la capacité de continuer à assurer une surveillance renforcée de toutes les personnes atteintes de MII. Il est donc essentiel d'optimiser l'utilisation des ressources coloscopiques limitées pour maintenir des programmes de prévention du CCR dans cette population.

Les normes actuelles de surveillance des néoplasies dans les MII ont été mises à jour récemment.^{6,7,10} Shah et Itzkowitz ont rédigé un bilan complet qui comprend l'épidémiologie, la pathogenèse et la prise en charge des néoplasies colorectales, ainsi qu'un tableau qui compare les recommandations de surveillance proposées par de nombreuses sociétés.¹⁶ Cet article vise à souligner les nouvelles données influençant la surveillance des néoplasies et à fournir des approches pratiques pour la surveillance et la prise en charge des lésions néoplasiques dans la population atteinte de MII.

Données récentes influençant les stratégies de surveillance des néoplasies

1. *Valeur d'une coloscopie négative* : dans une étude multicentrique menée dans des centres d'Amérique du Nord et d'Europe auprès de 775 personnes atteintes depuis longtemps d'une MII de type rectocolite hémorragique sans facteurs de risque de néoplasie avancée, Ten Hove et ses collègues ont démontré que des résultats négatifs de 2 coloscopies consécutives étaient prédictifs d'un risque nettement réduit de développer une néoplasie de haut grade ou un CCR sur une durée médiane de 6,1 ans de suivi.¹⁷ Un résultat négatif de coloscopie a été défini comme étant un examen techniquement adéquat montrant l'absence de polypes post-inflammatoires, de sténoses, de maladie évolutive ou de néoplasie. Cette observation a conduit l'AGA (American Gastroenterological Association) à recommander une surveillance coloscopique tous les 5 ans chez les personnes présentant des résultats négatifs de coloscopies consécutives⁶, conformément aux recommandations de plusieurs sociétés médicales pour les personnes sans inflammation endoscopique ou histologique évolutive et/ou présentant des antécédents de colite dont l'étendue est limitée.^{6,7}
2. *Importance de la charge inflammatoire cumulée* : entre 2003 et 2012, Choi et ses collègues du St. Mark's Hospital au Royaume-Uni ont mené une étude rétrospective monocentrique auprès de 987 personnes atteintes de RCH étendue qui avaient fait l'objet d'une surveillance coloscopique tous les 1 à 2 ans durant les 8 à 10 ans suivant la survenue des symptômes de la maladie, soit 7 516 coloscopies et 13 884 années-patients de suivi, comportant des biopsies segmentaires aléatoires et des biopsies ciblées des régions suspectes.¹⁸ Ils ont conclu qu'un score de charge inflammatoire cumulée, reposant sur un score histologique moyen de gravité de l'inflammation établi par de nombreux examens de surveillance sur plusieurs années, était significativement associé au développement ultérieur d'une néoplasie colorectale (rapport de risque [RR] 2,1 par augmentation de 10 unités de charge inflammatoire cumulée, intervalle de confiance [IC] à 95 % de 1,4 à 3,0).¹⁸ L'âge au moment de la coloscopie, la présence d'une cholangite sclérosante primitive, d'une sténose colique et d'un côlon tubulaire, lisse et sans haustrations, ou d'un côlon raccourci étaient également des facteurs prédictifs du risque de néoplasie colorectale ultérieure, tandis que la gravité de l'inflammation évaluée par la coloscopie la plus récente ne l'était pas. Ces résultats ont également été confirmés

par Yvellez et ses collègues de l'Université de Chicago.¹⁹ Bien que la mise en œuvre de ces résultats dans la pratique clinique nécessite une surveillance endoscopique et histologique systématique, les cliniciens pourraient intégrer ces données lorsqu'ils décident du calendrier de la surveillance coloscopique en évaluant les antécédents de charge inflammatoire au cours des 5 à 10 années précédentes dans leur population de patients, au lieu de se concentrer sur les résultats de la dernière coloscopie.

3. *Modèle personnalisé d'évolution des néoplasies à risque* : dans une cohorte rétrospective multicentrique de 246 personnes atteintes de RCH, Curtius et ses collègues ont évalué 17 variables clinicopathologiques afin de déterminer leur association avec le délai avant progression d'une dysplasie de bas grade (DBG) vers une néoplasie avancée, définie comme une néoplasie de haut grade ou un CCR, chez les participants atteints de RCH qui présentaient une DBG lors de la coloscopie de référence. Ils ont élaboré un modèle comprenant 4 variables statistiquement significatives : DBG > 1 cm (RR 2,7; IC à 95 % 1,2 à 5,9), lésion non résecable ou résection endoscopique incomplète (RR 3,4; IC à 95 % 1,6 à 7,4), inflammation histologique modérée à grave dans les 5 ans suivant le diagnostic de DBG (RR 3,1; IC à 95 % 1,5 à 6,7) et multifocalité (RR 2,9; IC à 95 % 1,3 à 6,2).²⁰ Ils ont ensuite validé ce modèle dans une cohorte rétrospective de 3 centres comprenant 198 personnes atteintes de RCH et ont démontré une excellente capacité de discrimination (aire sous la courbe de la fonction d'efficacité du récepteur = 0,89) et d'étalonnage (observé/attendu de 1,01 [IC à 95 % 0,64 à 1,52]), ainsi qu'une erreur minimale de prévision (score de Brier = 0,068), pour la progression vers une néoplasie avancée sur 3 ans à compter de la date du diagnostic de DBG. Bien que des données de suivi à plus long terme et une validation dans d'autres juridictions soient nécessaires, ce groupe a développé un outil en ligne pour calculer la prédiction personnalisée du risque de néoplasie avancée d'après leur modèle. Cet outil est dénommé UC-CaRE (www.uc-care.uk) et est conçu pour une utilisation en pratique clinique.
4. *La chromo-endoscopie virtuelle comme outil de surveillance* : la CEC pancolique a démontré des avantages par rapport à l'endoscopie en lumière blanche de définition standard et de haute définition pour la détection des lésions néoplasiques colorectales chez les personnes atteintes de MII²¹, et de nombreuses sociétés l'ont recommandée comme modalité

privilegiée pour la surveillance des néoplasies colorectales dans ce contexte.⁵⁻¹⁰ Par contre, les technologies CEV, dont l'imagerie à bande étroite de la société Olympus et l'imagerie i-scan de la société Pentax, n'ont présenté aucun avantage similaire par rapport à l'endoscopie en lumière blanche pour la détection des néoplasies.²² Toutefois, plusieurs études contrôlées à répartition aléatoire menées récemment ont montré que l'imagerie à bande étroite pancolonique était aussi efficace que la CEC pour détecter les néoplasies chez les personnes atteintes d'une MII.²²⁻²⁴ D'après ces données, plusieurs sociétés plébiscitent désormais la CEV comme stratégie alternative à la CEC pour la surveillance coloscopique des personnes atteintes de MII^{6,11}, surtout en raison des limitations à l'adoption de la CEC dans de nombreux centres, notamment la formation inadéquate des gastro-entérologues, le coût des fournitures et la durée plus longue de l'examen. Actuellement, les technologies CEV dont sont couramment équipés les endoscopes de dernière génération sont simples d'emploi grâce à une fonction permettant le fonctionnement par « simple pression sur un bouton » et peuvent être aisément utilisées durant la coloscopie sans ressources ou durée d'examen supplémentaire. L'amélioration de la luminosité et la sophistication des technologies CEV les ont rendues plus aptes à une utilisation courante. Il est important de noter que la CEC et la CEV nécessitent toutes deux une préparation méticuleuse de l'intestin pour obtenir une visibilité optimale, et que ni l'une ni l'autre ne remplacent un examen minutieux pour détecter les anomalies visibles. De plus, la CEC reste la stratégie privilégiée pour déceler les lésions suspectes qui sont mal délimitées lors de l'endoscopie en lumière blanche.⁶

Modification épithéliale festonnée : alors que les adénomes tubulaires, tubulo-villeux et festonnés sont des entités pathologiques bien établies chez les personnes atteintes ou non de MII, la modification épithéliale festonnée (MEF) est un résultat histologique moins connu qui se retrouve le plus souvent dans les biopsies non ciblées de personnes dans la cinquantaine ou la soixantaine et atteintes depuis longtemps de colite.²⁵⁻²⁷ Une MEF se distingue des autres lésions festonnées colorectales présentes chez les personnes atteintes de MII, notamment par ses caractéristiques histologiques montrant une architecture désorganisée des cryptes, des festons irréguliers et un épithélium riche en cellules caliciformes.²⁸ Plusieurs études ont fait état d'une incidence plus élevée de néoplasies colorectales chez les personnes présentant une MEF.^{27,29} Bien que les implications cliniques, le diagnostic approprié et

≤ 1 an	≤ 2 à 3 ans	≤ 4 à 5 ans
Inflammation colorectale macroscopique et/ou microscopique modérée à grave ou inflammation légère étendue (optimiser le traitement médical)	Légère inflammation macroscopique et/ou microscopique limitée (optimiser le traitement médical)	Absence d'inflammation (endoscopique et histologique) et de néoplasie lors du dernier examen
Préparation insuffisante de l'intestin	Parent au premier degré ayant reçu un diagnostic de CCR après l'âge de 50 ans ou plusieurs parents au premier degré ayant reçu un diagnostic de CCR	ET l'un ou l'autre des éléments suivants :
Cholangite sclérosante primitive	Polypose post-inflammatoire étendue/grave, formation de cicatrices ou modification épithéliale festonnée	Résultats similaires lors d'une coloscopie antérieure
Parent au premier degré ayant reçu un diagnostic de CCR avant l'âge de 50 ans ou plusieurs parents au premier degré ayant reçu un diagnostic de CCR	Antécédents de néoplasie non visible ou de néoplasie visible à haut risque (haut grade, multifocale, morphologie complexe, récidivante) depuis plus de 5 ans	Antécédents de colite dont l'étendue est limitée (< 1/3 du rectocôlon)
Polypose post-inflammatoire étendue/grave, formation de cicatrices ou modification épithéliale festonnée	Néoplasie visible à faible risque (adénome tubulaire ou festonné isolé, complètement réséqué) au cours des 5 dernières années	ET
Antécédents de néoplasie non visible ou de néoplasie visible à haut risque (haut grade, multifocale, morphologie complexe, récidivante) au cours des 5 dernières années	Aucune caractéristique répondant aux critères d'une surveillance plus précoce	Aucune caractéristique répondant aux critères d'une surveillance plus précoce

Tableau 1. Calendrier recommandé pour le prochain examen de surveillance lorsque la dernière coloscopie n'a détecté aucune néoplasie* D'après Murthy et al.⁶

*Le calendrier exact doit également tenir compte d'autres facteurs, tels que l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, les affections concomitantes, les antécédents de tabagisme et la charge inflammatoire cumulée au cours des 5 à 10 dernières années.

Abréviation : CCR, cancer colorectal

la prise en charge de la MEF doivent encore être définis, une approche raisonnable pour le clinicien serait de procéder à une résection endoscopique de la MEF circonscrite visible, et d'envisager une surveillance endoscopique plus fréquente au moyen de prélèvements ciblés et non ciblés chez les personnes présentant une MEF étendue.

Approche pratique de la détection, de la surveillance et de la prise en charge des néoplasies

La **Figure 1** présente un schéma hypothétique de surveillance et de prise en charge des néoplasies associées aux MII

1. *Détection optimisée des néoplasies* : idéalement, une surveillance systématique devrait être effectuée au moyen d'une coloscopie en lumière blanche haute définition associée à une CEC ou à une CEV de nouvelle génération de tout le côlon. Si les ressources et/ou l'expertise en chromo-endoscopie ne sont pas disponibles, ou si une inflammation ou une préparation sous-optimale de l'intestin

limitent l'application de la CEC ou de la CEV, une autre stratégie appropriée est la coloscopie haute définition associée à des biopsies non ciblées étendues (30 à 40) de l'ensemble du rectocôlon. Des biopsies non ciblées étendues de la muqueuse non suspecte doivent toujours être réalisées chez les personnes présentant des facteurs de risque majeurs, tels qu'une cholangite sclérosante primitive, une légère inflammation chronique ou des modifications post-inflammatoires diffuses (c'est-à-dire une polypose post-inflammatoire étendue, des cicatrices étendues ou un raccourcissement du côlon, ou une MEF diffuse). Des biopsies non ciblées localisées doivent être systématiquement effectuées dans des zones où siègeraient préalablement des néoplasies non visibles ou visibles à haut risque. En l'absence de biopsies non ciblées étendues, 1 à 2 biopsies non ciblées doivent être réalisées par segment colique afin d'évaluer l'inflammation microscopique, car celle-ci

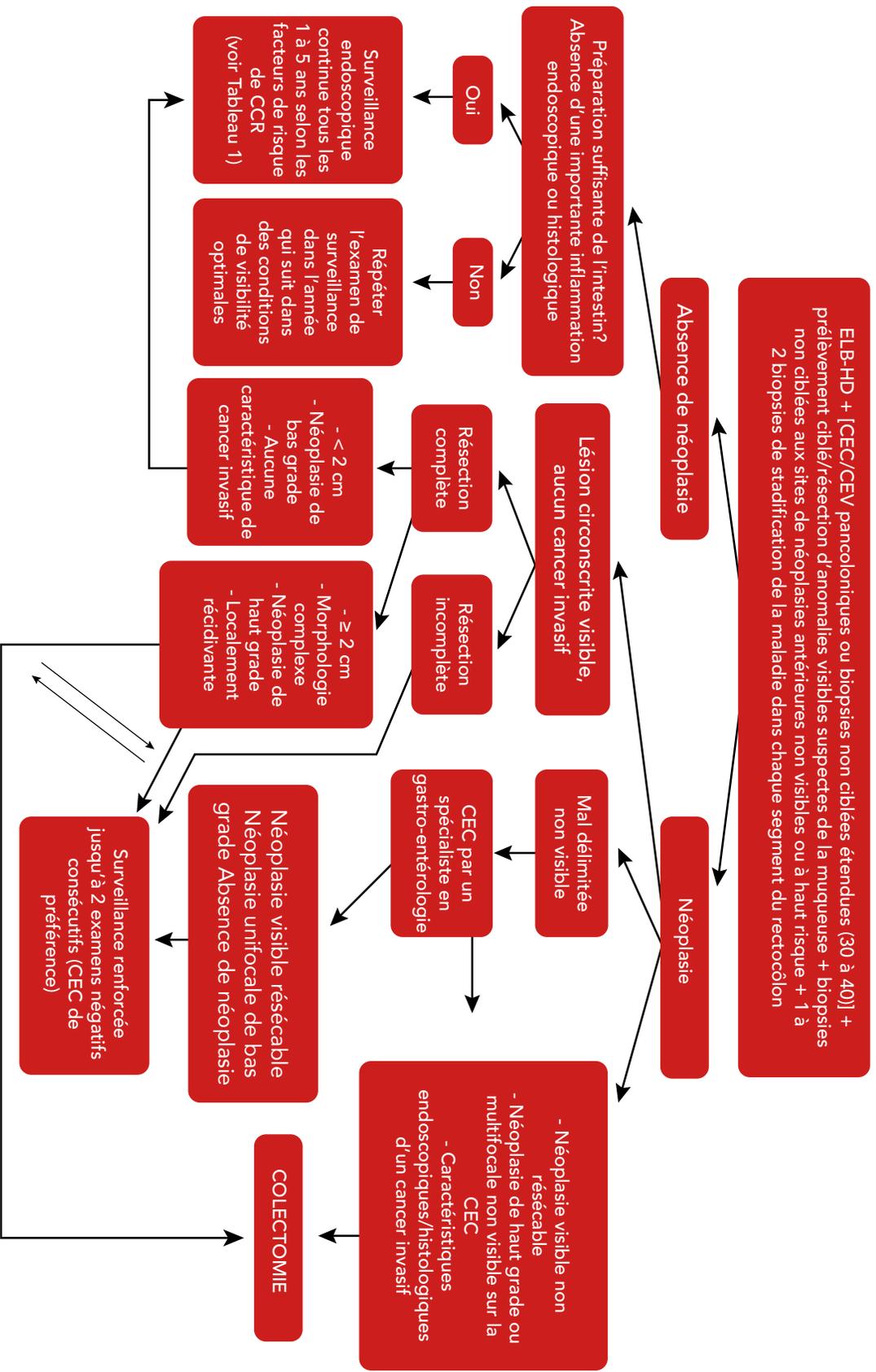


Figure 1. Schéma hypothétique pour la détection et la prise en charge des néoplasies colorectales chez les personnes atteintes d'une MI qui font l'objet d'une surveillance coloscopique ; avec l'aimable autorisation de Sanjay Murthy, MSc (Epid), FRCP

Abréviations : CCR, cancer colorectal; ELB-HD, endoscopie en lumière blanche haute définition; CEC, chromo-endoscopie par pulvérisation de colorant; CEV, chromo-endoscopie virtuelle

peut influencer sur le traitement et la surveillance ultérieure des néoplasies. Si une surveillance adéquate des néoplasies n'est pas possible en raison de la présence d'une inflammation importante, une nouvelle surveillance doit être effectuée après une période de traitement médical optimisé.

2. *Intervalles de surveillance* : la fréquence de la surveillance coloscopique doit généralement être comprise entre 1 et 5 ans, selon les facteurs de risque décrits plus haut (**Tableau 1**). Toutefois, comme le propose l'American College of Gastroenterology¹⁰, une approche rationnelle de la fréquence de surveillance devrait reposer sur la combinaison des facteurs de risque et des résultats des coloscopies antérieures. L'auteur est d'avis que la fréquence de surveillance doit également tenir compte des facteurs de risque de CCR établis dans la population générale, ainsi que des facteurs spécifiques aux MII reconnus plus récemment pour prédire le risque de néoplasie, notamment les résultats négatifs de coloscopies consécutives, la charge inflammatoire cumulée et la présence d'une MEF.
3. *Prise en charge des néoplasies* : les personnes présentant des lésions néoplasiques qui sont confirmées par l'examen pathologique et ne sont pas complètement résecables en raison de leur emplacement ou de leur morphologie, ou de signes de fibrose ou d'invasion de la sous-muqueuse, doivent être orientées vers une intervention chirurgicale. Les personnes présentant des lésions néoplasiques à haut risque complètement réséquées sans signes de cancer invasif, mais de grande taille (c.-à-d. plus de 2 cm), des néoplasies de haut grade, ayant une morphologie très complexe (c.-à-d. des tumeurs qui s'étendent latéralement avec des bords indistincts), ou localement récidivantes, sont admissibles à une surveillance endoscopique renforcée (tous les 3 à 6 mois jusqu'à l'obtention de résultats négatifs de 2 coloscopies consécutives) ou d'une intervention chirurgicale. Dans de telles situations, les cliniciens doivent parler des risques et des avantages avec le patient en tenant compte de sa capacité à adhérer au traitement de la MII et à la surveillance endoscopique, ainsi que des facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur le risque chirurgical, tels que l'âge, la masse corporelle et les affections concomitantes. Les personnes présentant des lésions néoplasiques à faible risque, visibles et résecables, sont admissibles à une surveillance endoscopique continue, dont les intervalles sont dictés par des facteurs tels que la taille, le nombre, le grade des néoplasies

et la possibilité d'une résection complète, alors que des intervalles plus courts (de 3 à 6 mois) sont suggérés pour les lésions de haut grade ou incomplètement réséquées. En cas d'incertitude, il convient d'orienter les patients vers un centre spécialisé aux fins d'une seconde opinion. De plus, les cliniciens peuvent envisager d'utiliser le modèle UC-CaRE pour établir le calendrier de la surveillance coloscopique chez les personnes présentant des néoplasies de bas grade.

- α. Les personnes dont les lésions néoplasiques ne sont pas visibles ou sont mal délimitées lors d'une endoscopie en lumière blanche doivent être orientées vers une CEC réalisée par un gastro-entérologue expérimenté, afin de déceler toute lésion potentiellement résecable. Au cours de la CEC, il y a lieu d'effectuer des biopsies non ciblées des zones où des anomalies ont été identifiées lors de l'endoscopie en lumière blanche, en plus des prélèvements ciblés et/ou de la résection. Si une lésion complètement résecable est identifiée et éliminée, ou si aucune lésion néoplasique n'est détectée pendant la CEC, il convient de poursuivre la surveillance endoscopique renforcée tous les 3 à 12 mois, selon les autres facteurs de risque, jusqu'à l'absence de toute lésion néoplasique confirmée par 2 examens consécutifs de haute qualité. Par contre, la persistance d'une néoplasie de haut grade ou multifocale non résecable au cours de la CEC doit inciter à une intervention chirurgicale. Une DBG non visible unifocale reste une zone d'incertitude, où les risques et les avantages d'une surveillance renforcée par rapport à une intervention chirurgicale doivent être évalués en fonction du patient dans le cadre d'une discussion avec celui-ci.

Limitations et orientations futures :

L'approche actuelle de la surveillance des néoplasies chez les personnes atteintes de MII comporte plusieurs lacunes qui devront être comblées dans les prochaines années : (i) l'absence de modèles personnalisés de stratification du risque permettant de guider le calendrier du dépistage et de la surveillance, qui tiennent compte de la valeur prédictive collective de multiples facteurs de risque et facteurs de protection au regard du risque de CCR; (ii) l'omission de facteurs tels que l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, les affections concomitantes, l'immunosuppression, les antécédents de tabagisme du patient ainsi que son exposition à une coloscopie antérieure dans les algorithmes de surveillance actuels; (iii) la capacité

limitée d'évaluer précisément les contributions cumulées au cours de la vie de la charge inflammatoire et des lésions néoplasiques au regard du risque de CCR; (iv) l'incapacité de tenir compte adéquatement de l'importance des lésions néoplasiques classiques, telles que les adénomes et les lésions festonnées, surtout en dehors du champ de la colite, vis-à-vis du risque global de CCR et des exigences de dépistage et de surveillance; (v) l'absence d'une définition normalisée des « néoplasies avancées » tenant compte de la taille, du nombre, de la morphologie, de l'histologie et de la résécabilité des lésions, ainsi que la capacité limitée de stratifier les personnes exposées à un risque élevé de néoplasie avancée aux fins d'une surveillance renforcée; et (vi) l'absence de données convaincantes concernant l'utilité des modalités d'appoint, dont la CEC, la CEV et les biopsies non ciblées, dans le contexte des endoscopes de dernière génération et des normes de pratique.

Études cliniques en cours

Plusieurs études canadiennes sont actuellement menées pour résoudre certaines de ces limitations importantes. IBD-Dysplasia est une étude multicentrique contrôlée à répartition aléatoire de non-infériorité visant à évaluer l'utilité des biopsies non ciblées étendues en complément de l'endoscopie en lumière blanche haute définition pour la détection des néoplasies colorectales

chez les personnes atteintes de MII colorectales. Cette étude a commencé en 2020 et, avec plus de 40 % des participants déjà recrutés, devrait se terminer en 2025. Predict IBD Neoplasia est une étude multicentrique qui vise à élaborer un modèle multivariable de prédiction des néoplasies colorectales pour guider le calendrier de la surveillance coloscopique chez les personnes atteintes de MII colorectales. Cette étude a débuté en 2022 et devrait se terminer en 2027.

Résumé

Malgré les données suggérant une réduction du risque de CCR et l'absence d'études prospectives démontrant une diminution de l'incidence du CCR ou des décès dus au CCR grâce aux stratégies de surveillance actuelles chez les personnes atteintes de MII, la surveillance joue toujours un important rôle clinique pour les gastro-entérologues qui assurent la prise en charge de cette population. De nombreux facteurs peuvent influencer sur le risque de néoplasie colorectale, les derniers facteurs reconnus étant notamment la charge inflammatoire cumulée, les coloscopies normales séquentielles et la MEF. La fréquence de la surveillance et les modalités de détection des néoplasies doivent être personnalisées et intégrer la contribution collective de tous les facteurs de risque et de protection. Cet article présente un schéma de surveillance et de prise en charge des néoplasies associées aux MII, compte tenu des nombreuses limites aux stratégies

Contre-indications :

- Patients présentant une hypersensibilité connue à l'ustekinumab ou à l'un des composants de STELARA®/STELARA® I.V.
- Patients présentant des infections graves telles que sepsis, tuberculose ou infections opportunistes.

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Potentiel d'augmenter le risque d'infection ou de réactiver des infections latentes.
- STELARA®/STELARA® I.V. ne doit pas être administré aux patients présentant une infection active cliniquement importante. Les patients doivent faire l'objet d'un dépistage de la tuberculose avant l'instauration du traitement et d'une surveillance visant à déceler une tuberculose active pendant et après le traitement.
- Potentiel d'augmenter le risque de néoplasies malignes.
- Tous les patients, notamment ceux ayant plus de 60 ans, ceux ayant déjà reçu un traitement prolongé par immunosuppresseurs, ou ceux ayant déjà reçu une PUVAthérapie, doivent faire l'objet d'une surveillance étroite pour détecter l'apparition d'un cancer de la peau.
- Réactions d'hypersensibilité, telles que des réactions allergiques graves (réaction anaphylactique et œdème de Quincke), une alvéolite allergique et une pneumopathie à éosinophiles.
- Peut causer des réactions allergiques chez les personnes sensibles au latex.
- L'administration concomitante de vaccins renfermant des bactéries ou des virus vivants n'est pas recommandée.
- On doit faire preuve de prudence lorsque l'emploi concomitant d'un immunosuppresseur et de STELARA®/STELARA® I.V. est envisagé.

- Pourrait avoir un effet sur une immunothérapie contre des allergies.
- Si l'on soupçonne un syndrome de leucoencéphalopathie postérieure réversible, on doit administrer un traitement approprié et arrêter le traitement par STELARA®/STELARA® I.V.
- Ne doit être administré à une femme enceinte que si les avantages l'emportent nettement sur le risque.
- Les femmes en mesure de procréer doivent utiliser une méthode de contraception et recevoir des conseils préconceptionnels avant de planifier une grossesse, car STELARA®/STELARA® I.V. reste dans la circulation pendant environ 15 semaines après l'arrêt du traitement.
- STELARA® I.V. n'a pas fait l'objet d'études pédiatriques. Aucune étude n'a été menée chez les patients pédiatriques atteints de rhumatisme psoriasique, de maladie de Crohn ou de colite ulcéreuse.

Pour de plus amples renseignements

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse www.janssen.com/canada/fr/our-medicines pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie qui n'ont pas été abordés dans ce document. Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1 800 567-3331.

Référence

1. Monographie de produit de STELARA®/STELARA® I.V. Janssen Canada Inc., 9 septembre 2021.



MEMBRE DE
MÉDICAMENTS NOUVEAUX CANADA



optimales de dépistage et de surveillance qui existent encore pour les personnes atteintes d'une MII. Des études cliniques sont en cours au Canada, dont on espère que les résultats résoudront certains de ces manquements.

Coordonnées :

Sanjay Murthy

Courriel : smurthy@toh.ca

Divulgence de renseignements financiers :

Aucune déclaration

Références :

1. Lutgens MW, van Oijen MG, van der Heijden GJ, Vleggaar FP, Siersema PD, Oldenburg B. Declining risk of colorectal cancer in inflammatory bowel disease: an updated meta-analysis of population-based cohort studies. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19(4):789-99. doi:10.1097/MIB.0b013e31828029c0
2. Jess T, Simonsen J, Jorgensen KT, Pedersen BV, Nielsen NM, Frisch M. Decreasing risk of colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease over 30 years. *Gastroenterology*. 2012;143(2):375-81 e1; quiz e13-4. doi:10.1053/j.gastro.2012.04.016
3. Coward S, Murthy SK, Singh H, Benchimol EI, Kuenzig E, Kaplan G. Cancers associated with inflammatory bowel disease in Canada: a population-based analysis of cases and their matched controls. *Gastroenterology*. 2023;164(6):S-425. doi:10.1016/S0016-5085(23)01988-1
4. Murthy SK, Kaplan G, Kuenzig E, et al. Temporal trends and relative risks of intestinal and extraintestinal cancers in persons with inflammatory bowel diseases: a population-based study from a large Canadian province. *Gastroenterology*. 2023;164(6):S-212. doi:10.1016/S0016-5085(23)01469-5
5. Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, et al. SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc*. 2015;81(3):489-501 e26. doi:10.1016/j.gie.2014.12.009
6. 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*. 2021;161(3):1043-51 e4. doi:10.1053/j.gastro.2021.05.063
7. Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2019;68(Suppl 3):s1-s106. doi:10.1136/gutjnl-2019-318484
8. 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*. 2017;11(6):649-70. doi:10.1093/ecco-jcc/jjx008
9. American Society for Gastrointestinal Endoscopy Standards of Practice Committee, Shergill AK, Lightdale JR, et al. The role of endoscopy in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc*. 2015;81(5):1101-21 e1-13. doi:10.1016/j.gie.2014.10.030
10. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, Sauer BG, Long MD. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(3):384-413. doi:10.14309/ajg.000000000000152
11. 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*. 2019;51(12):1155-79. doi:10.1055/a-1031-7657. La publication corrigée apparaît dans
12. Ananthakrishnan AN, Cagan A, Cai T, et al. Colonoscopy is associated with a reduced risk for colon cancer and mortality in patients with inflammatory bowel diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2015;13(2):322-29 e1. doi:10.1016/j.cgh.2014.07.018
13. Hansen TM, Nugent Z, Bernstein CN, Samadder NJ, Murthy SK, Singh H. Characteristics of colorectal cancer and use of colonoscopy before colorectal cancer diagnosis among individuals with inflammatory bowel disease: a population-based study. *PLoS One*. 2022;17(8):e0272158. doi:10.1371/journal.pone.0272158
14. Collins PD, Mpofu C, Watson AJ, Rhodes JM. Strategies for detecting colon cancer and/or dysplasia in patients with inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(2):CD000279. doi:10.1002/14651858.CD000279.pub3
15. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet*. 2017;390(10114):2769-78. doi:10.1016/S0140-6736(17)32448-0
16. Shah SC, Itzkowitz SH. Colorectal cancer in inflammatory bowel disease: mechanisms and management. *Gastroenterology*. 2022;162(3):715-30 e3. doi:10.1053/j.gastro.2021.10.035
17. Ten Hove JR, Shah SC, Shaffer SR, et al. Consecutive negative findings on colonoscopy during surveillance predict a low risk of advanced neoplasia in patients with inflammatory bowel disease with long-standing colitis: results of a 15-year multicentre, multinational cohort study. *Gut*. 2019;68(4):615-22. doi:10.1136/gutjnl-2017-315440
18. Choi CR, Al Bakir I, Ding NJ, et al. Cumulative burden of inflammation predicts colorectal neoplasia risk in ulcerative colitis: a large single-centre study. *Gut*. 2019;68(3):414-22. doi:10.1136/gutjnl-2017-314190
19. Yvellez OV, Rai V, Sossenheimer PH, et al. Cumulative histologic inflammation predicts colorectal neoplasia in ulcerative colitis: a validation study. *Inflamm Bowel Dis*. 2021;27(2):203-6. doi:10.1093/ibd/izaa047
20. Curtius K, Kabir M, Al Bakir I, et al. Multicentre derivation and validation of a colitis-associated colorectal cancer risk prediction web tool. *Gut*. 2022;71(4):705-15. doi:10.1136/gutjnl-2020-323546
21. Feuerstein JD, Rakowsky S, Sattler L, et al. Meta-analysis of dye-based chromoendoscopy compared with standard- and high-definition white-light endoscopy in patients with inflammatory bowel disease at increased risk of colon cancer. *Gastrointest Endosc*. 2019;90(2):186-95 e1. doi:10.1016/j.gie.2019.04.219
22. El-Dallal M, Chen Y, Lin Q, et al. Meta-analysis of virtual-based chromoendoscopy compared with dye-spraying chromoendoscopy standard and high-definition white light endoscopy in patients with inflammatory bowel disease at increased risk of colon cancer. *Inflamm Bowel Dis*. 2020;26(9):1319-29. doi:10.1093/ibd/izaa011
23. Bisschops R, Bessissow T, Joseph JA, et al. Chromoendoscopy versus narrow band imaging in UC: a prospective randomised controlled trial. *Gut*. 2018;67(6):1087-94. doi:10.1136/gutjnl-2016-313213
24. Watanabe K, Nishishita M, Shimamoto F, et al. Comparison between newly-developed narrow band imaging and panchromoendoscopy for surveillance colonoscopy in patients with longstanding ulcerative colitis: a prospective multicenter randomized controlled trial, Navigator study. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2016;83(5):AB172. doi:10.1016/j.gie.2016.03.147
25. Kilgore SP, Sigel JE, Goldblum JR. Hyperplastic-like mucosal change in Crohn's disease: an unusual form of dysplasia? *Mod Pathol*. 2000;13(7):797-801. doi:10.1038/modpathol.3880138
26. Johnson DH, Khanna S, Smyrk TC, et al. Detection rate and outcome of colonic serrated epithelial changes in patients with ulcerative colitis or Crohn's colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014;39(12):1408-17. doi:10.1111/apt.12774
27. Parian A, Koh J, Limketkai BN, et al. Association between serrated epithelial changes and colorectal dysplasia in inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc*. 2016;84(1):87-95 e1. doi:10.1016/j.gie.2015.12.010
28. Waters KM, Singhi AD, Montgomery EA. Exploring the spectrum of serrated epithelium encountered in inflammatory bowel disease. *Hum Pathol*. 2023;132:126-34. doi:10.1016/j.humpath.2022.06.018
29. Batts KP, Atwaibi M, Weinberg DI, McCabe RP. Significance of serrated epithelial change in inflammatory bowel disease. *Postgrad Med*. 2021;133(1):66-70. doi:10.1080/00325481.2020.1802138