

*Endoscopy and
colorectal dysplasia
in inflammatory
bowel disease*

Fahd Ghalim
Isabelle Boytchev
Franck Carbonnel

CHU du Kremlin Bicêtre, Service de
gastro-entérologie, 78 rue du général
Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre

Correspondance : F. Carbonnel
fcarbonnel7@gmail.com

Endoscopie et dysplasie colorectale dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

▼ Résumé

Les colites inflammatoires sont un facteur de risque du cancer colorectal. L'endoscopie avec chromoendoscopie permet de détecter, caractériser et, parfois, de traiter les lésions dysplasiques. Le consensus international SCENIC, publié en 2015 a émis des recommandations de surveillance et de traitement des lésions dysplasiques colorectales dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

• **Mots clés :** dysplasie, endoscopie, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

▼ Abstract

Ulcerative colitis or Crohn's colitis are risk factors for colorectal cancer. Video endoscopy with chromoendoscopy should detect, characterize and provide endoscopic treatment of these dysplastic lesions. SCENIC international consensus has developed guidelines on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease.

• **Key words:** Dysplasia, endoscopy, inflammatory bowel disease

Le stress oxydatif induit par l'inflammation chronique de la muqueuse intestinale favorise l'apparition des mutations somatiques ponctuelles des gènes de prolifération et du cycle cellulaire, conduisant à l'apparition de la dysplasie [1].

Les facteurs de risque du cancer colique dans les colites inflammatoires sont la durée d'évolution supérieure à huit ans, l'extension microscopique de l'inflammation au-delà de l'angle colique gauche, la cholangite sclérosante primitive, la sévérité de l'inflammation, la présence de pseudo-polypes et les antécédents familiaux de cancer colorectal [2].

L'organisation européenne de la maladie de Crohn et de la RCH (ECCO) recommande une première coloscopie de surveillance à partir de six ans d'évolution. Les coloscopies de surveillance sont recommandées tous les trois à quatre ans pour les malades à faible risque, tous les un à deux ans pour ceux qui sont à haut risque et tous les ans chez ceux atteints de cholangite sclérosante primitive associée [2]. Le cancer d'intervalle est cependant trois fois plus fréquent chez les patients atteints d'une colite inflammatoire que dans la population générale [3]. Ceci est lié à des lésions dysplasiques non détectées lors des coloscopies. Il est donc important d'améliorer

Pour citer cet article : Ghalim F, Boytchev I, Carbonnel F. Endoscopie et dysplasie colorectale dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2019 ; 26 : 343-347. doi : 10.1684/hpg.2019.1761

la sensibilité du dépistage endoscopique de la dysplasie.

Le cancer d'intervalle est plus fréquent chez les patients atteints d'une colite inflammatoire, ce qui est lié à des lésions dysplasiques non détectées lors des coloscopies de surveillance

Les lésions dysplasiques observées dans les colites inflammatoires sont les suivantes :

- NARL (*Non adenoma Like Raised Lesion*) : dysplasie au sein et autour de la lésion ;
- ALRL (*Adenoma Like Raised Lesion*) : dysplasie uniquement dans la lésion en relief au sein d'une muqueuse inflammatoire ;
- dysplasie sur muqueuse plane ;
- adénomes sporadiques.

Le consensus international SCENIC (*Surveillance for Colorectal Endoscopic Neoplasia Detection and Mana-*

gement in inflammatory Bowel Disease patients : International Consensus Recommendations) [4] décrit également l'aspect des bords de la lésion en relief et les ulcérations (*figure 1*).

La préparation colique doit être parfaite. La coloscopie doit être effectuée quand la maladie est en rémission car la présence d'une inflammation intestinale rend difficile la reconnaissance de la dysplasie de bas grade et augmente le risque de faux positifs [5].

Une étude rétrospective anglaise de 369 patients suggère que les endoscopes haute définition (HD) détectent d'avantage de lésions dysplasiques que les endoscopes standards en lumière blanche [6]. Le consensus SCENIC recommande l'utilisation des endoscopes HD plutôt que les endoscopes standards en cas de dépistage à la lumière blanche (forte recommandation ; niveau de preuve faible) [4].

L'endoscopie HD améliore principalement la détection des lésions dysplasiques planes de couleur rouge (*figure 2*), situées fréquemment dans le côlon gauche

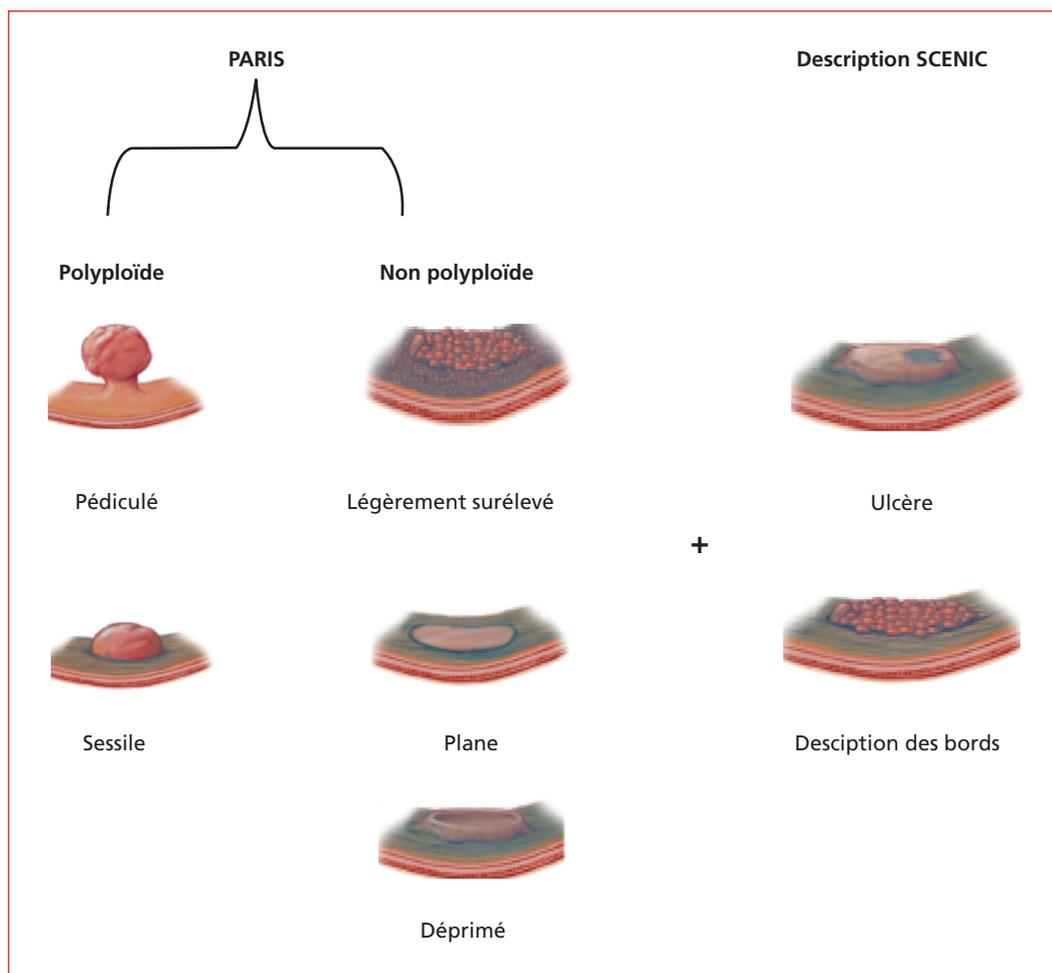


Figure 1 • Classification SCENIC des lésions dysplasiques sur colites inflammatoires : polypôïdes, non polypôïdes, présence d'ulcère, identification des bords.

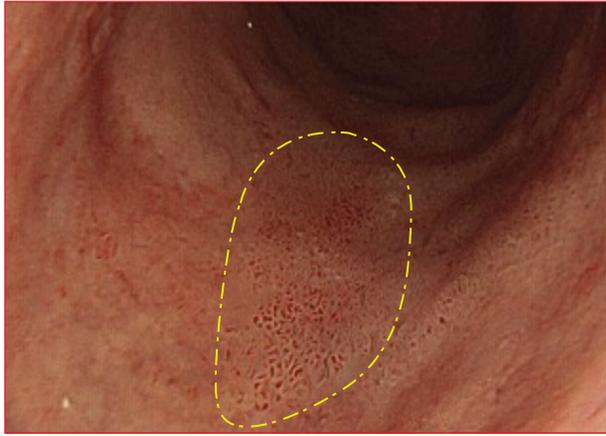


Figure 2 • Endoscopie haute définition d'une lésion plane (marquage), rouge en lumière blanche, en dysplasie de haut grade.

et le rectum [7]. Le grossissement permet d'analyser le pattern et les bords des lésions en relief avant un éventuel traitement endoscopique (figure 3).

La chromoendoscopie à l'indigo carmin (figure 3) a une place incontournable dans le dépistage de la dysplasie. Deux ampoules du colorant sont diluées dans 250 mL d'eau et le mélange est étalé d'une façon homogène sur la surface muqueuse en utilisant un cathéter spray ou la pompe à eau, qui a l'avantage de la rapidité et permet d'utiliser en même temps le canal opérateur. L'analyse plus détaillée du relief muqueux nécessite un mélange plus concentré d'une ampoule d'indigo dans 25 mL d'eau.

Une méta-analyse de huit études comparatives a montré la supériorité de la chromoendoscopie pour détecter la dysplasie par rapport à la lumière blanche en endoscopie standard [4]. Le consensus SCENIC recommande l'utilisation systématique de la chromoendoscopie (forte recommandation, niveau de preuve modéré) [4].

/// La chromoendoscopie est systématiquement recommandée lors d'une endoscopie standard ///

L'étude observationnelle prospective non randomisée de Picco *et al.* de 75 malades suggère que la chromoendoscopie avec des endoscopes HD a permis de détecter plus de lésions dysplasiques que la lumière blanche HD [8]. Le consensus SCENIC suggère l'utilisation de la chromoendoscopie avec le système HD (recommandation conditionnelle ; faible niveau de preuve) [4].

La chromoendoscopie permet de surseoir aux biopsies étagées à condition qu'elle soit faite par un endoscopiste expérimenté dans un côlon parfaitement préparé. Les analyses poolées ont montré que seulement une biopsie étagée sur 1 000 revient positive pour la dysplasie quand la chromoendoscopie est utilisée [4, 9, 10]. Cependant, la muqueuse colique des malades qui ont une colite ancienne est parfois remaniée dans son ensemble, ce qui rend nécessaire la réalisation de biopsies étagées, même au cours d'une chromoendoscopie.

La chromoendoscopie virtuelle par *Narrow Band Imaging*, NBI (Olympus, Tokyo, Japon), est la technologie la mieux évaluée. Jusqu'à une date récente, elle n'avait pas montré sa supériorité par rapport à la lumière blanche en endoscopie standard [11] et HD [12, 13]. Un essai randomisé récent a comparé la chromoendoscopie au NBI et n'a pas montré de différence dans le taux de détection de la dysplasie ; le temps du retrait de l'endoscope a été plus court avec le NBI [14].

Le traitement endoscopique des lésions dysplasiques est suffisant si les quatre critères de sécurité suivants sont réunis :

- 1) Marges de la lésion bien visibles endoscopiquement.
- 2) Résection endoscopique complète.
- 3) Résection histologique complète.
- 4) Biopsies sur la muqueuse adjacente indemne de dysplasie.

La mucosectomie, la dissection endoscopique sous-muqueuse ou la technique hybride peuvent être utilisées. Le soulèvement des lésions peut être difficile à cause de la fibrose associée à l'inflammation, surtout pour les lésions planes. Les patients avec des lésions planes et étendues doivent être confiés à un endoscopiste expert.

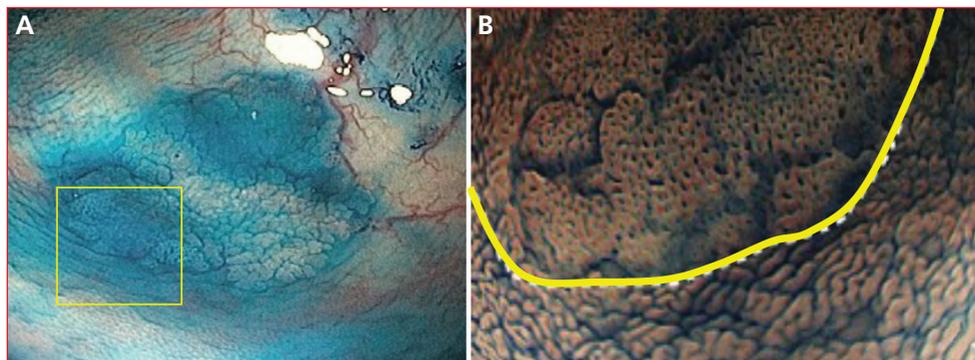


Figure 3 • A) Chromoendoscopie d'une lésion dysplasique légèrement surélevée. B) Grossissement autour du carré jaune et mélange indigo plus concentré. Les bords sont bien visibles, le pattern muqueux est Kudo IIIs.

Si au moins un des critères est absent, il faut discuter la colectomie.

L'incidence du cancer colorectal après la résection endoscopique d'une lésion dysplasique polypoïde est estimée à 0,5 % [15]. Pour ces lésions, le consensus SCENIC recommande une surveillance annuelle (forte recommandation ; très faible niveau de preuve). Le contrôle endoscopique de la résection est probablement nécessaire à 3-6 mois pour les lésions larges supérieures à 15 mm. Pour les lésions planes, le consensus SCENIC suggère une coloscopie 3-6 mois après la résection initiale souvent difficile et/ou en pièce-meal puis tous les ans (recommandation conditionnelle ; très faible niveau de preuve). Dans tous les cas, la colectomie doit être discutée en réunion multidisciplinaire [4].

Le traitement endoscopique doit être proposé pour toutes les lésions dysplasiques à condition que les critères de sécurité soient réunis

La colectomie doit être discutée à chaque étape comme une alternative au traitement endoscopique

La découverte d'une dysplasie invisible doit être confirmée par un second anatomopathologiste. Une seconde coloscopie HD avec chromoendoscopie effectuée par un endoscopiste expérimenté, est recommandée pour chercher les lésions dysplasiques pouvant être résecuées par voie endoscopique (recommandation conditionnelle ; très faible niveau de preuve) [4].

La dysplasie invisible en endoscopie est une indication à une seconde coloscopie haute définition avec chromoendoscopie par un endoscopiste expert

La dysplasie invisible en endoscopie est une indication à une coloprotectomie car le risque de cancer colique

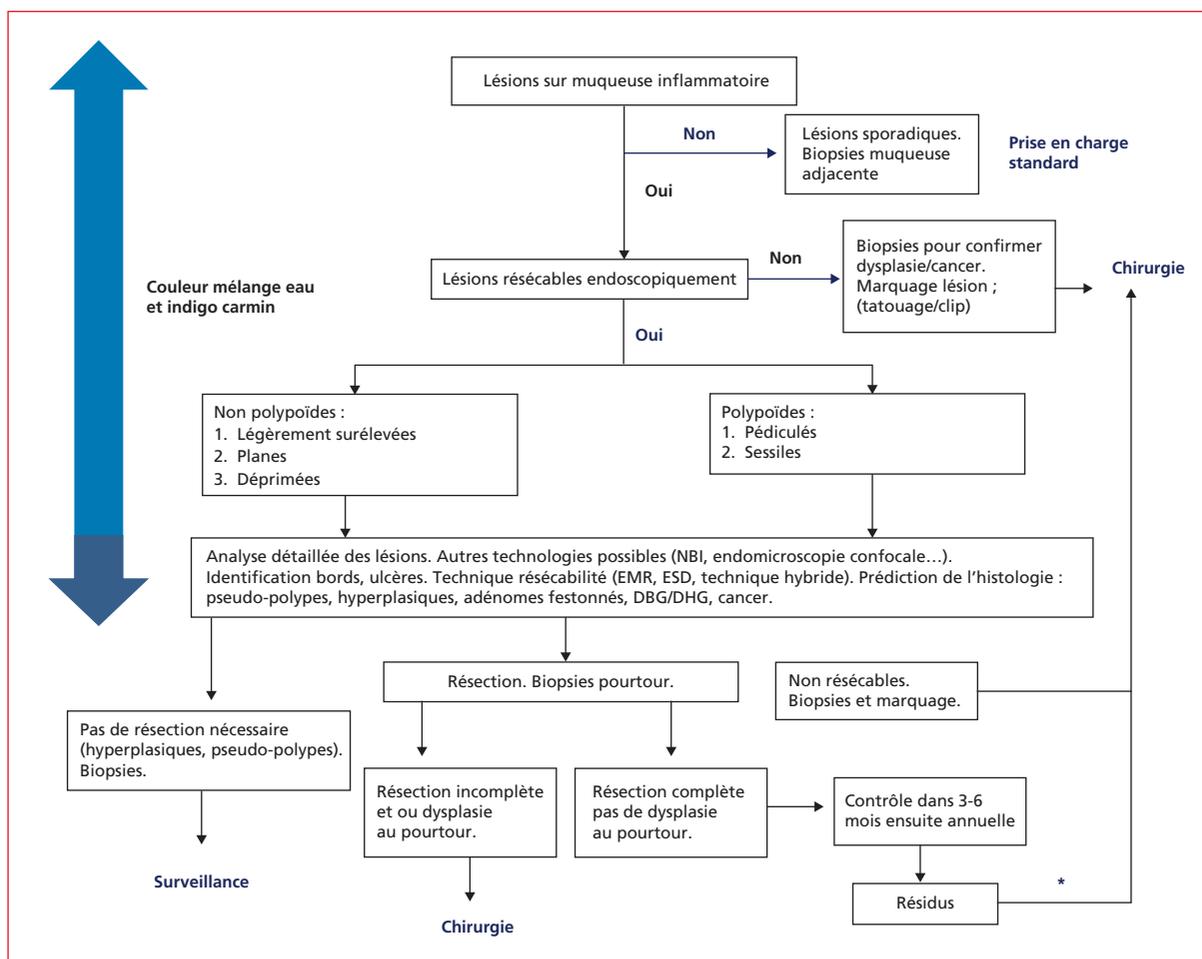


Figure 4 • Algorithme de prise en charge des lésions dysplasiques sur colites inflammatoires. *Un complément de résection endoscopique est possible à discuter au cas par cas. NBI, Narrow Band Imaging ; EMR, mucosectomie ; ESD, dissection endoscopique sous-muqueuse ; DBG, dysplasie de bas grade ; DHG, dysplasie de haut grade.

**TAKE HOME MESSAGES**

- Une coloscopie en rémission, avec une préparation parfaite, est nécessaire au dépistage de la dysplasie.
- La chromoendoscopie à l'indigo carmin reste à l'heure actuelle le meilleur moyen pour diagnostiquer la dysplasie, faite si possible avec un endoscope haute définition.
- Le traitement endoscopique est possible si les critères de sécurité sont réunis.

synchrone est d'environ 50 % si la dysplasie est de haut grade et de 20 % si elle est de bas grade [16]. De plus, le risque de cancer métachrone est de 6 % pour la dysplasie de bas grade et de 30 % pour la dysplasie de haut grade [17, 18].

La *figure 4* résume la prise en charge de ces lésions dysplasiques.

/// La dysplasie invisible en endoscopie confirmée par un second anatomopathologiste est une indication à la chirurgie ///



Liens d'intérêts :

les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

Les références les plus importantes apparaissent en gras.

- 1 • Beaugerie L, Itzkowitz S. Cancers complicating Inflammatory Bowel Disease. *N Engl Med* 2015 ; 372 (15) : 1441-1452.
- 2 • Van Assche G, Dignass A, Bokemeyer B, *et al.* Second european evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 3: Special situations. *J Crohn's Colitis* 2013 ; 7(1) : 1-33.

3 • Wang Y, Cangemi J, Loftuset *al.* Rate of early/missed colorectal cancers after colonoscopy in older patients with or without Inflammatory Bowel Disease in the United States. *Am J Gastroenterol* 2013 ; 108(3) : 444-9.

4 • Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, *et al.* SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in Inflammatory Bowel Disease. *Gastrointestinal Endoscopy* 2015 ; 81 (3) : 489-501.

5 • Eaden J, Abrams K, McKay H, *et al.* Inter-observer variation between general and specialist gastrointestinal pathologists when grading dysplasia in ulcerative colitis. *J Pathol* 2001 ; 194(2) : 152-7.

6 • Subramanian V, Ramappa V, Telakis E, *et al.* Comparison of high definition with standard white light endoscopy for detection of dysplastic lesions during surveillance colonoscopy in patients with colonic inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2013 ; 19 (2) : 350-5.

7 • Sugimoto S, Naganuma M, Iwao Y, *et al.* Endoscopic morphologic features of ulcerative colitis-associated dysplasia classified according to the SCENIC consensus statement. *Gastrointest Endosc* 2017 ; 85 (3) : 639-646.

8 • Picco M, Pasha S, Leighton J, *et al.* Procedure time and the determination of polypoid abnormalities with experience: implementation of a chromoendoscopy program for surveillance colonoscopy for ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis* 2013 ; 19 : 1913-20.

9 • Farraye F, Odze R, Eaden J, *et al.* AGA Technical Review on the diagnosis and management of colorectal dysplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2010 ; 138 : 746-74.

10 • Van Assche G, Dignass A, Bokemeyer B, *et al.* Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 3: Special situations. *J Crohn's Colitis* 2013 ; 7 :1-33.

11 • Dekker E, van den Broek FJ, Reitsma JB, *et al.* Narrow-band imaging compared with conventional colonoscopy for the detection of dysplasia in patients with longstanding ulcerative colitis. *Endoscopy* 2007 ; 39 : 216-21.

12 • Ignjatovic A, East JE, Subramanian V, *et al.* Narrow band imaging for detection of dysplasia in colitis: a randomized controlled trial. *Amer J Gastroenterol* 2012 ; 107 : 885-90.

13 • van den Broek FJC, Fockens P, Van ES, *et al.* Narrow-band imaging versus high-definition endoscopy for the diagnosis of neoplasia in ulcerative colitis. *Endoscopy* 2011 ; 43 : 108-15.

14 • Bisschops R, Bessissow T, Joseph JA, *et al.* Chromoendoscopy versus narrow band imaging in UC: a prospective randomised controlled trial. *Gut* 2018 ; 67 (6) : 1087-1094.

15 • Wanders LK, Dekker E, Pullens B, *et al.* Cancer risk after resection of polypoid dysplasia in patients with longstanding ulcerative colitis: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014 ; 12 : 756-64.

16 • Friedman S, Rubin P, Bodian C, *et al.* Screening and surveillance colonoscopy in chronic Crohn's colitis: results of a surveillance program spanning 25 years. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008 ; 6 : 993-8.

17 • Navaneethan U, Jegadeesan R, Gutierrez N, *et al.* Progression of lowgrade dysplasia to advanced neoplasia based on the location and morphology of dysplasia in ulcerative colitis patients with extensive colitis under colonoscopic surveillance. *J Crohn's Colitis* 2013 ; 7 : e684-91.

18 • Ullman T, Croog V, Harpaz N, *et al.* Progression of flat low-grade dysplasia to advanced neoplasia in patients with ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2003 ; 125 : 1311-9.