



✓ Post-test > QCM

1 / Quels sont les cancers directement associés aux maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) ?

- a • Les cancers colorectaux
- b • Les cancers cutanés (mélanomes exclus)
- c • Les cancers du canal anal
- d • Les cancers de la vésicule biliaire
- e • Les adénocarcinomes de l'intestin grêle

▼ Bonnes réponses :

a, c, e. Les cancers colorectaux sont ceux les plus fréquemment directement associés aux MICI. Les adénocarcinomes du grêle et les cancers du canal anal sont plus rares, mais sont aussi directement la conséquence de la MICI. Les cancers cutanés ne résultent pas directement de la MICI mais sont une complication du traitement prolongé par thiopurines. Enfin, les cancers de la vésicule biliaire, sans être directement une complication de la MICI, peuvent compliquer une MICI colique quand celle-ci est associée à une cholangite sclérosante primitive.

2 / Comparé à la population générale, à combien estime-t-on aujourd'hui le sur-risque de cancer colorectal si on prend en compte tous les malades ayant une rectocolite hémorragique ?

- a • 1,5 fois supérieur
- b • 2,0 fois supérieur
- c • 3,8 fois supérieur
- d • 4,4 fois supérieur
- e • 6,7 fois supérieur

▼ Bonne réponse :

b. Plusieurs travaux ont montré qu'en population générale, ce risque était moins important que ce qui avait longtemps été avancé. La plupart des études en population générale ou les méta-analyses l'estiment autour de 2.

3 / Lesquels des éléments suivants augmentent le risque de développer un cancer colorectal dans les MICI coliques (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn colique) ?

- a • L'association à une cholangite biliaire primitive

- b • Une atteinte colique étendue
- c • L'ancienneté de la maladie (> 8 ans d'évolution)
- d • La sévérité de l'inflammation
- e • Un traitement prolongé (> 8 ans) par des thiopurines

▼ Bonnes réponses :

b, c, d. C'est l'association à une cholangite sclérosante primitive et non pas à une cholangite biliaire primitive qui est associée à un sur-risque de cancer colorectal dans les MICI colique (environ 4 fois). Aucune conclusion définitive ne peut être prise pour les thiopurines, plusieurs études (dont CESAME) n'ayant pas montré d'effet chimiopréventif, alors que d'autres études récentes suggèrent un effet chimiopréventif potentiel. La question reste donc ouverte.

4 / Quelles sont les affirmations vraies concernant le dépistage de la dysplasie dans les MICI coliques ?

- a • En cas d'antécédent de colite étendue de rectocolite hémorragique, la première coloscopie de dépistage est recommandée après 12 ans d'évolution de la rectocolite hémorragique chez les patients sans cholangite sclérosante primitive associée
- b • Les coloscopies de dépistage doivent idéalement être réalisées quand la maladie est quiescente
- c • Une chromoendoscopie au bleu de méthylène doit être réalisée sur chaque lésion suspecte en lumière blanche
- d • L'utilisation de coloscopes à haute définition avec possibilité de grossissement (zoom) est recommandée
- e • La préparation colique doit être satisfaisante avec un score de Boston global d'au moins 6/9 et d'au moins 2/3 pour chacun des segments

▼ Bonnes réponses :

b, d, e. En cas de colite étendue de rectocolite hémorragique (dépassant l'angle colique gauche), la première coloscopie de surveillance est recommandée à partir de 8 ans suivant le diagnostic (ECCO), idéalement lorsque la

maladie est quiescente. La haute définition est recommandée ainsi que la coloration à l'indigo carmin, mais cette dernière doit être réalisée sur toute la muqueuse colique (pas uniquement sur les lésions suspectes en lumière blanche). La préparation doit être satisfaisante (au minimum telle qu'indiquée dans la proposition « e »).

5 / Quelles définitions des lésions la classification SCENIC a-t-elle retenu ?

- a • Les NALRL : *non-adenoma-like raised lesions*
- b • Les lésions non-polypoïdes d'allure adénomateuse, surélevées (< 2,5 mm), planes ou déprimées
- c • Les DALM : *dysplasia-associated lesions or masses*
- d • Les ALM : *adenoma-like masses*
- e • Les lésions polypoïdes d'allure adénomateuse, surélevées de plus de 2,5 mm, pédiculées ou sessiles, bien délimitées, sans dysplasie au pourtour ou à distance de la lésion

▼ Bonnes réponses :

b, e. La classification SCENIC (*surveillance for colorectal endoscopic neoplasia detection and management in inflammatory bowel disease patients: International consensus recommendations*), reprise dans les dernières recommandations ECCO 2017 a aboli l'ancienne terminologie (ALM, DALM, NALRL).

6 / Quelles sont les affirmations vraies concernant l'adénocarcinome du grêle compliquant une maladie de Crohn de l'intestin grêle ?

- a • Le risque relatif d'adénocarcinome du grêle comparé à la population générale est de 46 en cas de maladie de Crohn touchant l'intestin grêle évoluant depuis plus de 8 ans (données cohorte CESAME)
- b • Sa localisation est jéjunale dans près de 30 % des cas
- c • L'âge de survenue de l'adénocarcinome du grêle compliquant une maladie de Crohn est inférieur à celui de l'adénocarcinome du grêle sporadique
- d • Le risque relatif de survenue d'un adénocarcinome du grêle est plus important dans la maladie de Crohn iléale pure que dans la maladie de Crohn iléo-colique

- e • Certaines techniques chirurgicales conservatrices de l'intestin grêle seraient aussi associées à un sur-risque d'adénocarcinome de l'intestin grêle dans la maladie de Crohn

▼ Bonnes réponses :

a, c, d, e. Dans la maladie de Crohn, l'adénocarcinome du grêle est le plus souvent localisé dans l'iléon, survient plus tôt que dans les formes sporadiques, avec certaines études suggérant un risque double pour les formes iléales pures comparées aux formes iléo-colique (le risque global restant néanmoins très faible). Certaines études suggèrent que certaines techniques chirurgicales conservatrices de l'intestin grêle notamment les stricturoplasties et les interventions engendrant la présence d'anses exclues seraient elles aussi associées à un sur-risque.

7 / Quelles affirmations sont vraies concernant le diagnostic et la prise en charge de l'adénocarcinome de l'intestin grêle dans la maladie de Crohn ?

- a • Le diagnostic est souvent fait à un stade avancé avec des métastases synchrones chez près de 40 % des patients
- b • Le syndrome occlusif en est la manifestation la plus courante
- c • La recrudescence des symptômes après une longue période de quiescence doit faire suspecter un adénocarcinome du grêle
- d • Une entéro-IRM iléale annuelle de surveillance est recommandée chez les patients à risque élevé
- e • Un examen annuel par vidéocapsule endoscopique du grêle est recommandé pour son dépistage chez les patients à risque élevé

▼ Bonnes réponses :

a, b, c. Une étude rapporte effectivement 38 % de patients ayant des métastases synchrones au moment du diagnostic d'adénocarcinome du grêle qui se révèle effectivement le plus souvent par un syndrome occlusif ou par la reprise évolutive de la maladie iléale qui était longtemps restée quiescente. Aucune méthode de dépistage (surveillance) n'a été validée.

8 / Quelles propositions concernant le cancer du réservoir après anastomose iléo-anale sont exactes ?

- a • Il survient chez environ 15 % des patients
- b • Une surveillance endoscopique du réservoir tous les trois ans, avec biopsies multiples est recommandée
- c • Le risque est augmenté chez les patients chez lesquels une inflammation persiste au niveau du réservoir
- d • Une endoscopie annuelle est recommandée chez les patients ayant une cholangite sclérosante primitive associée
- e • Une endoscopie annuelle est recommandée chez les patients ayant un cancer colorectal sur la pièce de colectomie

▼ Bonnes réponses :

c, d, e. Le risque de cancer sur réservoir est plus faible, inférieur à 5 %. Chez les patients à risque (cf. c, d et e), une endoscopie annuelle du réservoir avec biopsies systématiques est recommandée.

9 / Quelles affirmations sont vraies concernant le cancer du canal anal dans la maladie de Crohn ?

- a • Sa prévalence est d'environ 7 % lorsqu'il est développé secondairement à des lésions ano-périnéales
- b • Un antécédent de sténose anale en constitue un facteur de risque
- c • L'utilisation prolongée de thiopurines augmente ce risque chez les patients ayant une maladie de Crohn avec atteinte péri-anale
- d • En l'absence d'atteinte anale ou péri-anale le taux d'incidence du cancer anal était de 0,08 pour 1 000 patients par an dans la cohorte CESAME

- e • Une surveillance annuelle est recommandée en cas de sténose anale, notamment la réalisation d'un examen proctologique sous anesthésie générale

▼ Bonnes réponses :

a, b, d, e. Aucun lien entre les différents traitements et le risque de cancer du canal anal n'a été montré dans la maladie de Crohn.

10 / Parmi les affirmations suivantes, lesquelles sont exactes ?

- a • On estime qu'une cholangite sclérosante primitive est associée à une MICI dans deux tiers des cas
- b • Le diagnostic de MICI précède le plus souvent le diagnostic de cholangite sclérosante primitive
- c • Au cours de la cholangite sclérosante primitive, le risque de cholangiocarcinome est 400 fois plus élevé que dans la population générale
- d • Les recommandations pour la surveillance de la cholangite sclérosante primitive dans les MICI (à la recherche d'un cholangiocarcinome) ne sont pas formellement établies. La plupart des auteurs recommandent une échographie ou une cholangiopancréato-IRM annuelle
- e • La tomodensitométrie est le meilleur examen morphologique pour poser le diagnostic de cholangiocarcinome

▼ Bonnes réponses :

a, b, c, d. L'analyse de la littérature montre que la tomodensitométrie est moins performante que l'échographie ou la cholangiopancréato-IRM. S'il persiste encore un certain doute, la plupart des auteurs semblent s'accorder pour recommander une échographie ou une cholangiopancréato-IRM et un dosage du Ca 19.9 annuels chez les patients ayant une association MICI colique et cholangite sclérosante primitive avérée.