

AUTEUR: DR. ANNELINE CREMER

---

# CANCER ET MICI

## Cancer et MICI

Les cancers au cours des MICI sont de 2 types :

Les cancers liés directement à la MICI tels que le cancer du côlon, le cancer de l'intestin grêle ou le cancer des voies biliaires en cas de cholangite sclérosante primitive.

Les cancers liés aux traitements tels que le lymphome (cancer des globules blancs) ou le cancer cutané.

### 1. Le cancer du côlon

Le cancer du côlon est le plus fréquent et est directement lié à l'inflammation chronique.

#### Quel est le risque ?

Les patients souffrant de **MICI colique**, Crohn ou RCUH, ont un **risque global** de développer un cancer du côlon **2 à 3 fois plus élevé** que dans la population générale. Ce risque varie fortement en fonction de la présence ou non de facteurs de risques.

Le risque de développer un cancer du côlon a fortement diminué ces 20 dernières années suite à l'implémentation de stratégies de prévention telles que la réalisation de coloscopies itératives afin de dépister précocement les lésions précancéreuses. La diminution du risque est également liée à l'utilisation de traitements permettant un meilleur contrôle de l'inflammation.

Le risque est plus élevé dans la rectocolite ulcéro-hémorragique que dans la maladie de Crohn.

#### Quels sont les facteurs de risque?

**La durée de la maladie** et **l'étendue de l'atteinte colique** jouent un rôle majeur dans le risque de développer un cancer du côlon. Le risque est d'autant plus grand lorsque la maladie évolue depuis plus de 10 ans et atteint une large portion du côlon (>50%).

**L'activité de la maladie** et plus précisément l'inflammation intestinale chronique est un des principaux facteurs de risques. Les témoins de la sévérité de cette inflammation ou de sa chronicité sont notamment **les pseudopolypes, un colon tubulisé, une sténose colique, une inflammation visible à l'œil ou au microscope.**

La présence d'une **cholangite sclérosante primitive** augmente fortement le risque de cancer du côlon de près de 4 fois par rapport à la population générale.

## **Les antécédents familiaux (1<sup>er</sup> degré) de cancer du côlon**

### **Les antécédents personnels de lésion précancéreuse**

#### Quand débiter le dépistage?

Une première **colonoscopie de dépistage** est recommandée **8 ans** après le début des symptômes pour toute **MICI à localisation colique** quelle que soit l'étendue et l'activité de la maladie

#### Quel rythme de surveillance ?

Une **surveillance endoscopique** est ensuite préconisée à intervalle régulier (tous les 1, 3 ou 5 ans) en fonction de facteurs de risque associés. Le rythme de surveillance des lésions précancéreuses est déterminé selon le niveau de risque individuel: 5 ans si le risque est faible, 3 ans si le risque est intermédiaire ou 1 an si le risque est élevé.

Les rectites ne justifient pas de surveillance spécifique.

Une colonoscopie annuelle est recommandée dès le diagnostic de la MICI en cas de cholangite sclérosante primitive, indépendamment de l'ancienneté de la MICI.

## **2. Le cancer de l'intestin grêle**

Le cancer de l'intestin grêle est un cancer rare dans la population générale. Il est 30 à 60 fois plus élevé en cas de maladie de Crohn iléale. Il n'existe pas des mesures de prévention établies. Un suivi régulier chez votre gastroentérologue est recommandé dans tous les cas.

## **3. Les cancers liés aux traitements des MICI**

Lorsque l'on débute un traitement, il est toujours important de discuter des bénéfices et des risques des différents traitements avec votre médecin.

Certains traitements augmentent très légèrement le risque de certains types de cancer alors que pour d'autres traitements, le lien n'est pas clairement établi. Les principaux risques sont les suivants:

- A. Certains traitements augmentent légèrement le risque de **lymphome** (cancer des globules blancs). Il s'agit principalement des thiopurines et des anti-TNF. Le risque est d'autant plus important en cas de combinaison de ces 2 traitements. Le risque est **5 à 6 fois plus important** chez les patients en cours de traitement par thiopurine par rapport à la population générale et augmente avec l'âge (surtout après 65 ans). Le sur-risque de lymphome disparaît à l'arrêt des thiopurines. Il s'agit en outre d'un risque temps-dépendant; l'augmentation du risque sous thiopurines augmente principalement après 2 à 3 ans de traitement en continu.
- B. Le traitement par thiopurine augmente le risque de **cancers non-mélaniques** (spinocellulaire et basocellulaire). Le risque persiste à l'arrêt du traitement indépendamment de la durée d'exposition. Le traitement par anti-TNF augmente quant à lui le risque de mélanome. Il est



**BIRD**

BELGIAN INFLAMMATORY  
BOWEL DISEASE RESEARCH  
AND DEVELOPMENT



**ba** | **BINA**storia

Belgian IBD nurses and study coordinators association

recommandé de réaliser un dépistage dermatologique répété sous traitement mais également de le poursuivre à l'arrêt du traitement.

