

**LES PARTICULARITÉS DE LA  
MICI ACCOMPAGNANT LA  
CHOLANGITE SCLÉROSANTE  
PRIMITIVE**

Docteur Harry SOKOL  
26 Av du Maine  
75015 PARIS

# LES PARTICULARITÉS DE LA MICI ACCOMPAGNANT LA CHOLANGITE SCLÉROSANTE PRIMITIVE

*Docteur Harry Sokol  
Hôpital Saint-Antoine, Paris*

La cholangite sclérosante primitive (CSP) est une maladie inflammatoire rare (1-14/100 000) touchant les voies biliaires et induisant une fibrose et des sténoses avec cholestase biologique. La cause de la CSP est inconnue. Le diagnostic est porté sur des critères morphologiques, biologiques et cliniques. Le traitement fait appel à l'acide ursodesoxycholique (AUDC), des immunomodulateurs, l'endoscopie et parfois la transplantation hépatique. Les associations CSP et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), particulièrement rectocolite hémorragique (RCH) sont décrites depuis de nombreuses années. La prévalence des MICI au cours des CSP est de plus de 70% dans les pays occidentaux, alors que la prévalence de la CSP au cours des MICI est nettement plus faible (2 à 7,5% pour la RCH).

Les MICI associées à la CSP ont des particularités cliniques. Il s'agit le plus souvent d'une pancolite peu active. Comparés aux patients atteints de MICI sans CSP, ces patients nécessitent moins d'hospitalisations, moins d'immunosuppresseurs, moins de chirurgie iléale et/ou colique et moins de colectomie totale et subtotal. On peut noter par ailleurs qu'il n'y a pas de corrélation entre la gravité de la MICI et celle de la CSP.

D'autre part, les patients atteints d'une CSP associée à une MICI pourraient un risque élevé de cancer colorectal. Pour tenter de répondre à cette question, nous avons conduit une étude portant sur la cohorte de l'Hôpital St Antoine en comparant des patients atteints de MICI et de CSP à des patients atteints de MICI sans CSP. Nous avons montré que les incidences cumulées de néoplasie et de cancer colique étaient de 13% et 16% respectivement dans le groupe MICI et CSP contre 0% ( $p=0,01$ ) et 1,5% ( $p=0,02$ ) dans le groupe témoin. En analyse multivariée, la seule variable indépendante associée au risque de néoplasie colique et de cancer colique était la CSP (respectivement : OR= 6,9 [3,2-14,9] et : OR= 10,8 [3,7-31,3]). La cause de cette augmentation du risque de cancer colorectal n'est pas univoque. La diminution

de l'excrétion des acides biliaires et l'augmentation de la proportion relative d'acides biliaires secondaires pourraient jouer un rôle, d'autant plus que les cancers du colon droit sont plus fréquents chez ces patients et que l'AUDC a montré des effets protecteurs.

En conclusion, une MICI doit être recherchée systématiquement devant toute CSP. Chez les patients atteints de MICI, un bilan hépatique doit être réalisé régulièrement. Les patients atteints de MICI et de CSP doivent bénéficier d'un dépistage du cancer colorectal par coloscopie annuelle.

**Objectifs :** Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin associées à la cholangite sclérosante primitive pourraient avoir un phénotype particulier et un risque élevé de cancer colorectal. Le but de cette étude était d'évaluer les risques évolutifs des patients atteints de ces deux pathologies et notamment celui de néoplasie colorectale.

**Méthode :** Les dossiers médicaux des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et de cholangite sclérosante primitive évalués à l'hôpital St Antoine entre 1963 et 2006 ont été analysés rétrospectivement. Les données cliniques, endoscopiques, histologiques et de suivis ont été comparées à celles d'un groupe de sujets atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin seule (2 témoins par cas soit 150 patients) apparié pour le sexe, la date de naissance, la date de diagnostic et la localisation initiale de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Le risque cumulé de néoplasie colorectale a été calculé en utilisant la méthode de Kaplan-Meier après censure des observations au moment de la colectomie.

**Résultats :** Sur 5274 patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, 75 avaient également une cholangite sclérosante primitive (0,97%). La topographie cumulée de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin était non différente entre les 2 groupes. Dans le groupe maladie inflammatoire chronique de l'intestin et cholangite sclérosante primitive, 66% des patients avait une atteinte pancolite, 20,3% une épargne rectale et 18,7% une iléite (pour le groupe contrôle : respectivement 60,7%, 13,3% et 24% ; Non significatif). Comparés au sujets témoins, les patients atteints d'une cholangite sclérosante primitive nécessitaient moins d'hospitalisations (6 vs 12 % des patient/années;  $p < 0,001$ ), d'immunosuppresseurs (24 vs 46% à 10 ans ;  $p < 0,001$ ) et de chirurgie iléale et/ou colique (10 vs 44% à 10 ans;  $p < 0,001$ ). Ces patients avaient un taux cumulé de colectomie totale et subtotalaire inférieur à celui des

témoins (19,8% vs 37,3% ; $p=0,002$ ). Les incidences cumulées de néoplasie et de cancer colique étaient de 13% et 16% respectivement dans le groupe maladie inflammatoire chronique de l'intestin et cholangite sclérosante primitive contre 0% ( $p= 0,01$ ) et 1,5% ( $p=0.02$ ) dans le groupe témoin.

**Conclusion** : Chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin et de cholangite sclérosante primitive, le risque de néoplasie et de cancer colique est élevé malgré une faible activité de la maladie.