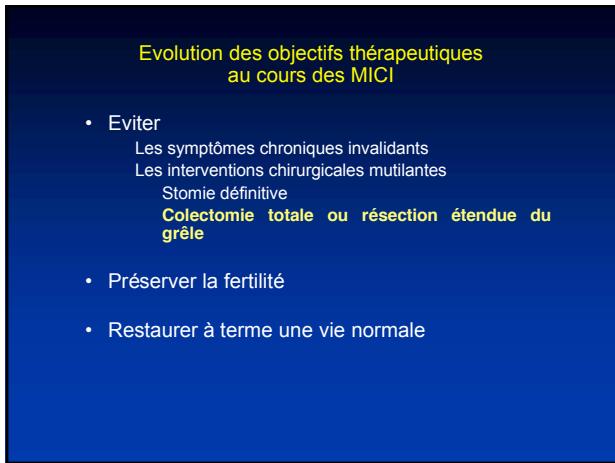
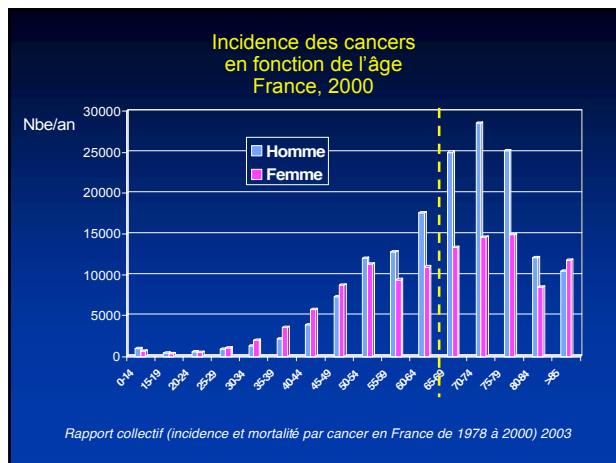
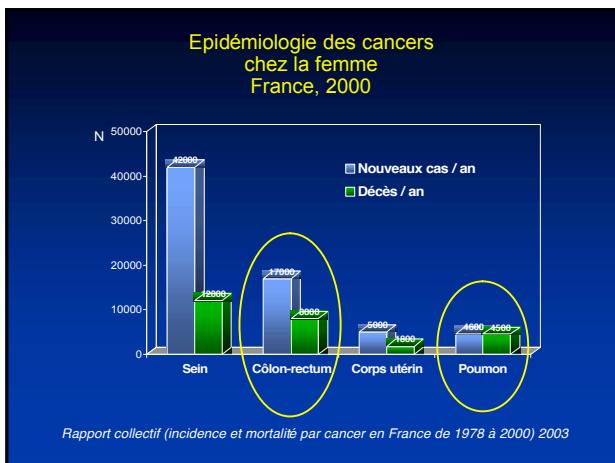
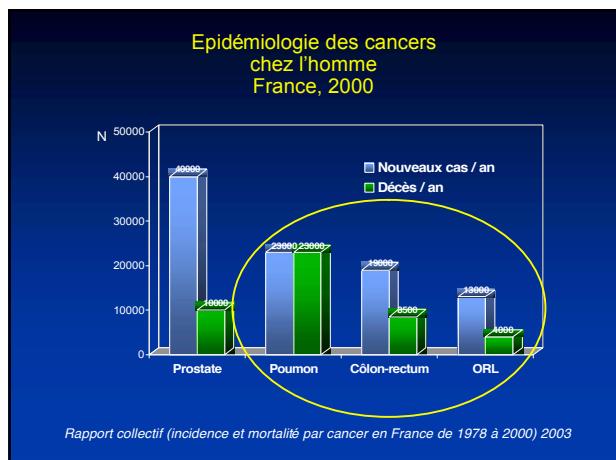
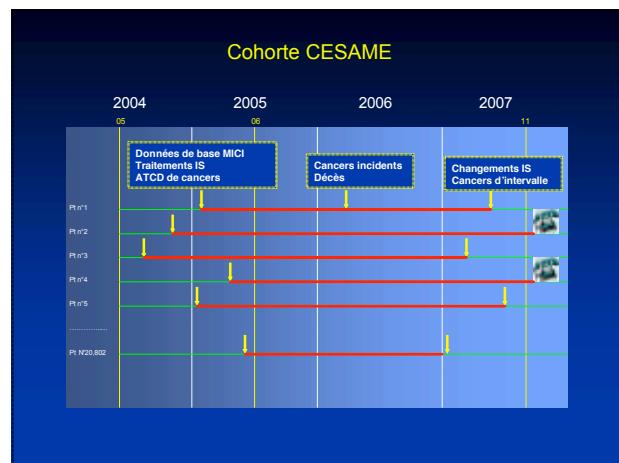
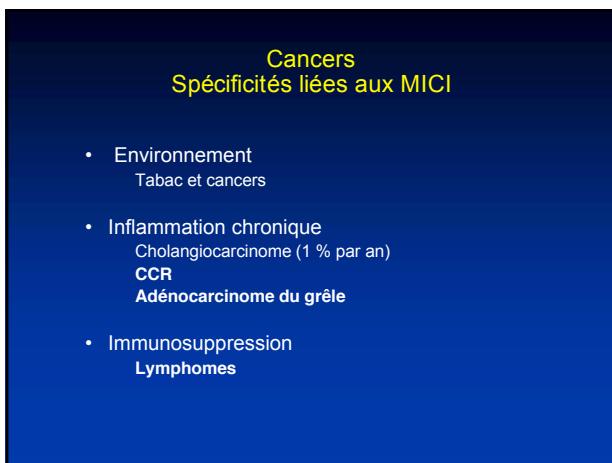


CANCER ET MICI : CÉSAME S'OUVRE

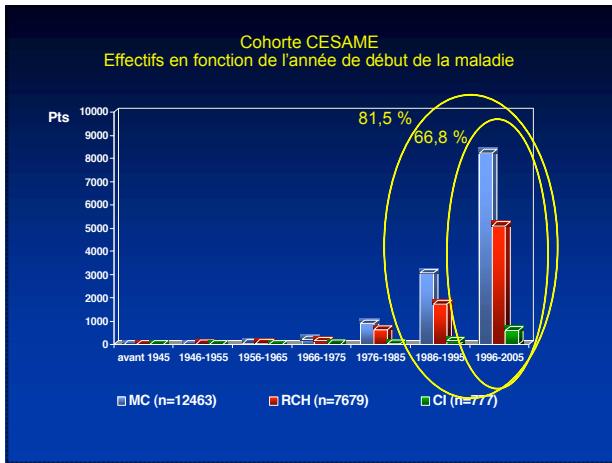
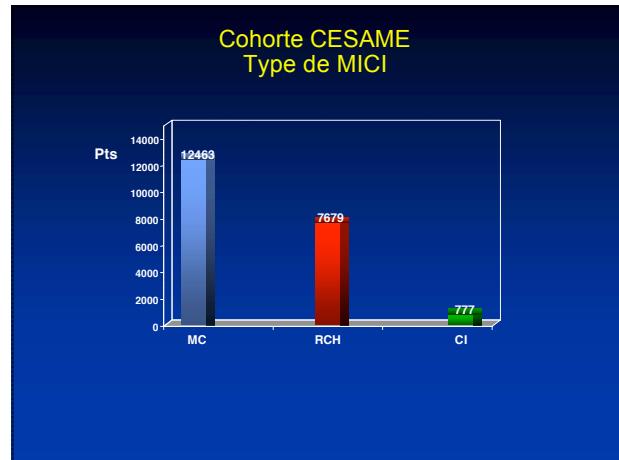
Professeur Laurent BEAUGERIE
Service d'Hépato-Gastroentérologie
Hôpital Saint-Antoine
184, rue du faubourg Saint-Antoine
75571 PARIS





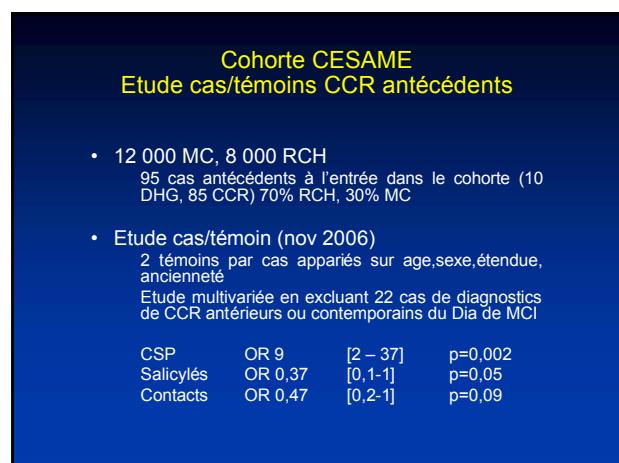
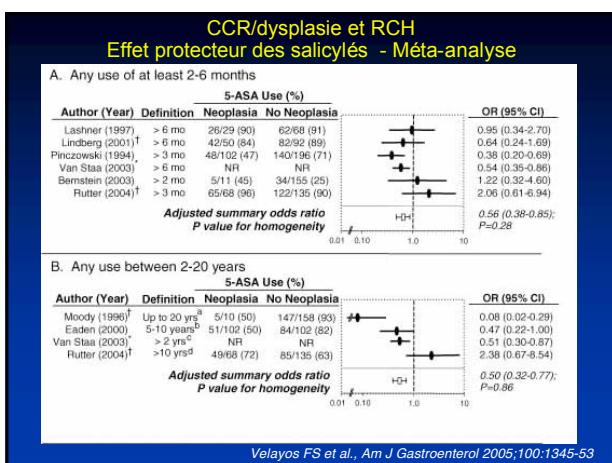
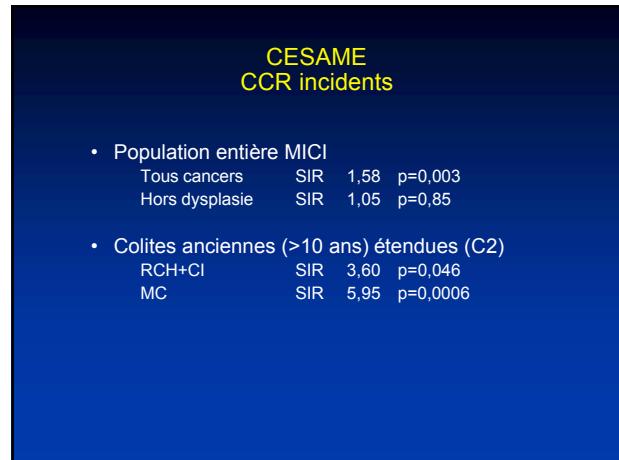
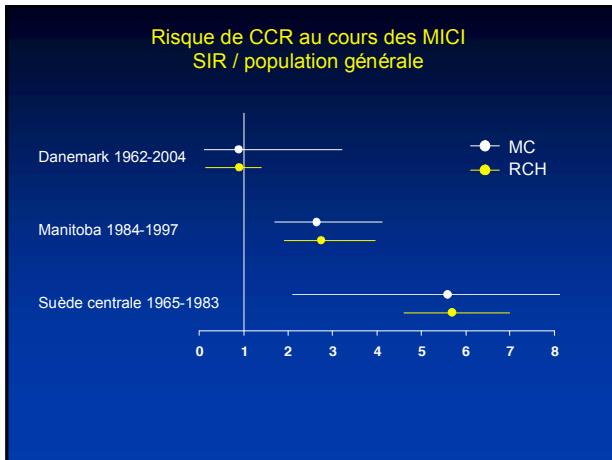
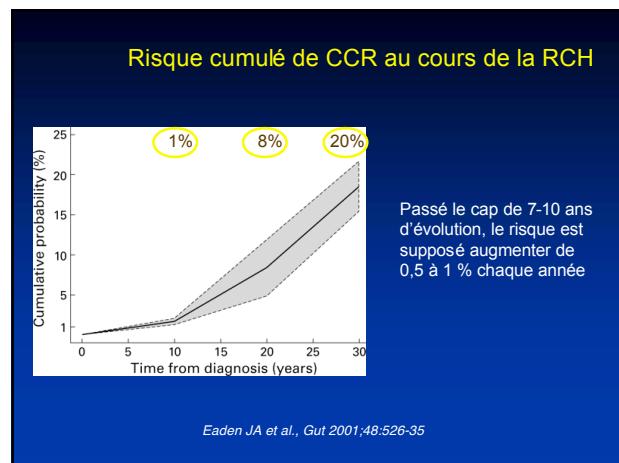
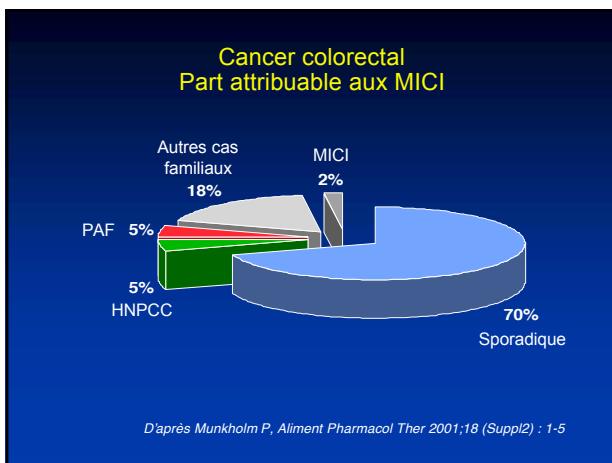
Cohorte CESAME
mai 2004 – mai 2005
Nombre de patients par investigateur

	Hospitaliers	Mixtes	Libéraux
N	322	200	297
Moy	37,7	19,6	20,0
Médiane	15	16	16
Min	1	1	1
Max	472	141	97
DS	68,3	17,4	15,8



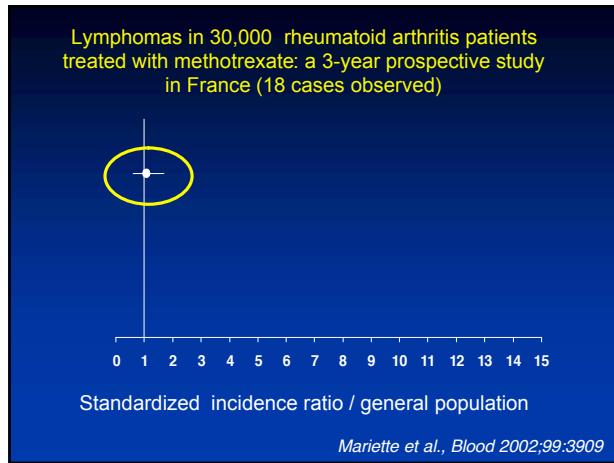
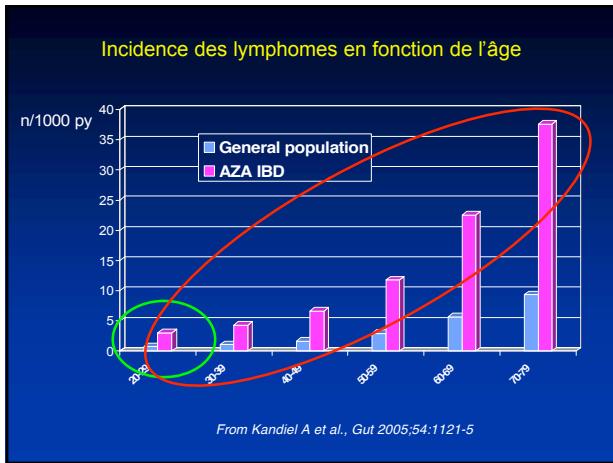
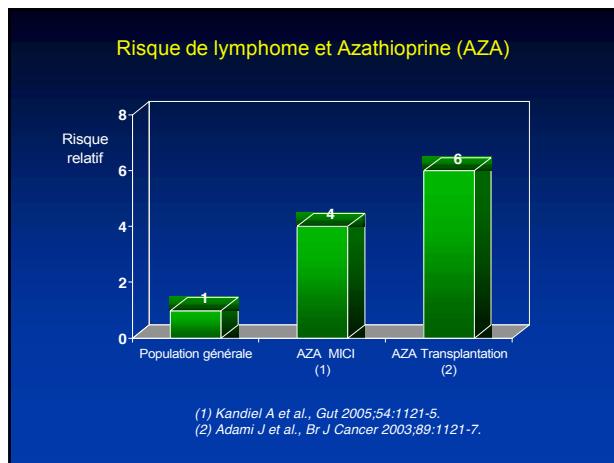
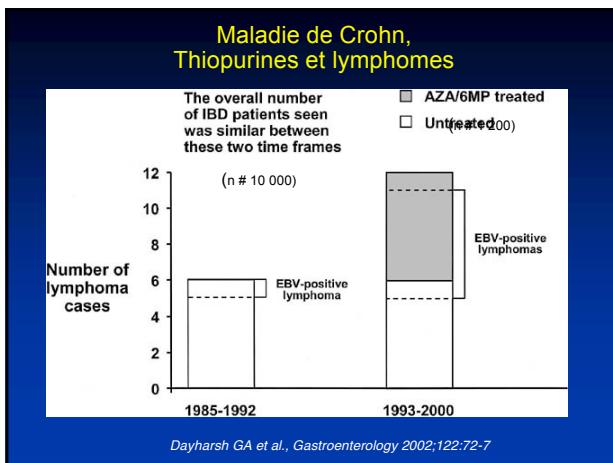
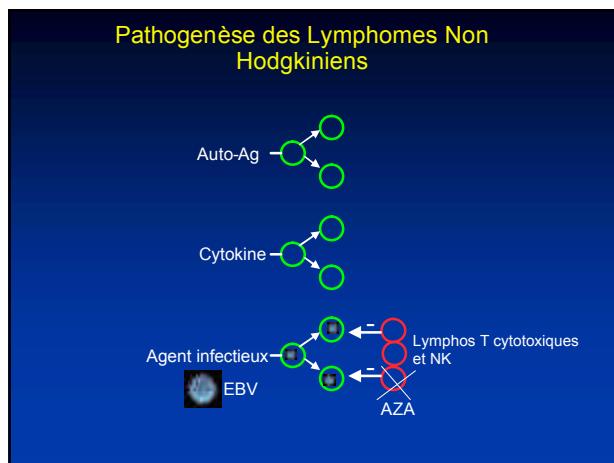
Cohorte CESAME (n=20 802)
Traitement immunosupresseur

	A l'inclusion	ATMC	Jamais
AZA/6-MP (%)	29,8	14,5	55,7
Méthotrexate (%)	3,5	3,3	83,2
Anti-TNF (%)	4,8	5,0	90,2
Tous IS (%)	35,3	10,0	54,7



Risque de cancer colo-rectal et RCH Chémoprévention

- La prise de dérivés aminosalicylés semble réduire environ de moitié le risque de dysplasie et de cancer
 - A condition d'être régulière
 - Dès les premiers mois de traitement
 - Quel que soit le type de dérivé
 - Sans que la dose ait un effet propre évident
 - Selon des mécanismes propres différents de l'effet anti-inflammatoire
 - Pour un temps indéterminé
 - En plus des autres traitements anti-inflammatoires s'il le faut
- Prescription déjà largement pratiquée, sans doute bientôt validée par les instances du médicamenteux



Eléments du risque de lymphome au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde et des MICI				
	Inflammation	AZA	MTX	Anti-TNF
PR	+++	?	0/+	?
MICI	0/+	++?	?	?

CESAME														
<ul style="list-style-type: none"> 16 SLP incidents 														
<ul style="list-style-type: none"> 1 Hodgkin 15 SLP non-Hodgkiniens 														
<ul style="list-style-type: none"> SIR vs. Population générale 														
<table> <tr> <td>Hodgkin</td> <td>0,70</td> <td>[0,01-3,92]</td> <td>p=0,82</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SLP-NH</td> <td>1,94</td> <td>[1,08-3,20]</td> <td>p=0,03</td> <td></td> </tr> </table>					Hodgkin	0,70	[0,01-3,92]	p=0,82		SLP-NH	1,94	[1,08-3,20]	p=0,03	
Hodgkin	0,70	[0,01-3,92]	p=0,82											
SLP-NH	1,94	[1,08-3,20]	p=0,03											

CESAME Patients naïfs d'IS						
Age (ans)	Sexe	MICL	Durée MICL (ans)	Organe	LPD	Décès
54	F	MC	21	Ganglions	B Folliculaire	Non
69	M	RC	6	Ganglions	B Folliculaire	Non
75	F	RC	12	Moelle/peau	B Gdes cellules	Non
76	M	MC	30	Moelle/peau	Plasmocytaire	Non

CESAME Patients sous IS au diagnostic de SLP								
Age (ans)	Sexe	MICL	IS	Organe	SLP	EBV		Décès
20	M	MC	AZA	Iléon	Polymorphe B	Positif	Oui	
22	F	MC	AZA	Ganglions	B Gdes cellules	ND	Non	
25	F	MC	AZA/Cic	Ganglions	Hodgkin	Positif	Non	
26	M	MC	AZA	Ganglions	B Gdes cellules	ND	Oui	
37	F	MC	AZA	Diffus	B Gdes cellules	Positif	Oui	
52	M	MC	AZA	Foie/Cerveau	B Gdes cellules	Positif	Non	
54	F	MC	AZA	Ganglions	Polymorphe B	Positif	Non	
56	M	MC	AZA	Ganglions	B folliculaire	ND	Non	
56	M	MC	AZA	Iléon	B folliculaire	ND	Non	
60	M	MC	AZA/IFX	Rectum	B Gdes cellules	ND	Non	
78	F	RCH	AZA	Moelle	Plasmocytaire	ND	Oui	
79	M	RCH	AZA	Cerveau	Polymorphique	Positif	Oui	

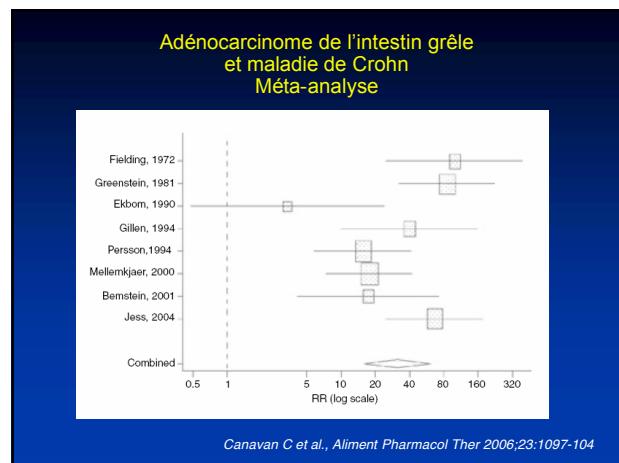
ND: non disponible

CESAME Syndromes lymphoprolifératifs non Hodgkiniens				
<ul style="list-style-type: none"> Global SIR = 1,94 [1,08-3,20] p=0,027 				
<ul style="list-style-type: none"> AZA=E SIR = 5,93 [2,95-10,62] p=10⁻⁵ 				
<ul style="list-style-type: none"> AZA=J SIR = 0,82 [0,22 – 2,09] p=0,92 				
<ul style="list-style-type: none"> RR E/J 7,30 [2,2 – 31,4] p=0,0002 				

MICI AZA et risque de lymphome				
<ul style="list-style-type: none"> Tenter d'identifier des marqueurs biologiques d'alerte 				
<ul style="list-style-type: none"> Considérer une interruption à 10 ans d'efficacité ? 				
<ul style="list-style-type: none"> Et le méthotrexate ? 				

Adénocarcinome de l'intestin grêle dans la population générale

- Cancer rare
- Quarante fois moins fréquent que le cancer colo-rectal
- Concerne environ une personne sur 1000



**CESAME
Adénocarcinome du grêle**

- Quarante fois moins d'adénocarcinomes de l'intestin grêle attendus que de CCR
- SIR versus population générale chez les patients ayant une maladie de Crohn touchant l'intestin grêle

35 [IC95%:13-76] p=0,0000007

Adénocarcinome de l'intestin grêle et maladie de Crohn

- Inflammation ancienne, évoluant en moyenne depuis plus de 15 ans¹
- Séquence inflammation-dysplasie-cancer suggérée déjà par quelques observations²

¹ Palascak-Juif V et al., Inflamm Bowel Dis 2005;11:828-32
² Sigel J et al., Am J Surg Pathol 1999;23:651-5

Adénocarcinome de l'intestin grêle et maladie de Crohn

- Détection :
 - Symptômes : vigilance
 - Transit baryté, entéro-scanner, entéro-IRM ?
 - PET-scan ?
 - Vidéocapsule ?
 - Entéroscopie ?
- Prévention – Perspectives :
 - Dérivés amino-salicylés (Carbonnel 2007)
 - Objectif de la cicatrisation muqueuse ?