

PROTOCOLE DE SURVEILLANCE POST-POLYPECTOMIE *(hors contexte génétique)*

Élaboré sur la base des recommandations britanniques¹ (UK 2010), américaines² (US 2012) et européennes³ (EU 2012)

Ce protocole de surveillance sera adapté pour chaque patient, prenant en compte 3 types de facteurs

1. FACTEURS TECHNIQUES

TENUS POUR RESPONSABLES DE 70 A 85% DES CANCERS D'INTERVALLE (ESSENTIELLEMENT POLYPES « MANQUÉS » OU EXÉRÈSE INCOMPLÈTE)

■ QUALITÉ DE LA PRÉPARATION SUFFISANTE

→ Idéalement quantifiée par un score – type Boston.

■ CARACTÈRE COMPLET DE L'EXAMEN

- Visualisation de l'orifice appendiculaire.
- Examen complet et minutieux de la muqueuse lors du retrait du coloscope.

■ EXÉRÈSE MONOBLOC

→ L'exérèse des polypes doit être faite préférentiellement en un fragment, parfois une exérèse par fragments (piecemeal) peut s'avérer nécessaire.

■ RÉSECTION COMPLÈTE

- La résection peut avoir été incomplète :
 - soit pour des raisons techniques (complications locales, désaturation patient, etc.) ;
 - soit en raison de marges de sécurité macro ou microscopiques insuffisantes.

■ ABLATION DE LA TOTALITÉ DES LÉSIONS LORS DE LA MÊME SÉANCE

→ Pas toujours possible en cas de polypes multiples.

→ Si **NON** à un de ces critères* : **nouvel examen** à programmer **de manière rapprochée****.

- En cas d'**impossibilité** technique de réaliser une **coloscopie complète**, il convient d'envisager :
 - une **nouvelle coloscopie** en optimisant les conditions de réalisation (protocole de préparation, matériel, autre opérateur ?) ;
 - une **coloscopie virtuelle** ou à défaut, un **coloscanner** à l'eau.

* Pour les contrôles rapprochés en cas de résections par fragments (piecemeal), cela concerne uniquement les polypes supra-centimétriques, notamment si crainte de résection incomplète.

** À adapter aux règles médico-administratives en vigueur [item Coloscopie du dispositif de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)] → c'est à dire en 2013 : dans les 3 mois.

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline 118, Colonoscopic surveillance for prevention of colorectal cancer in people with ulcerative colitis, Crohn's disease or adenomas - March 2011.

2. Lieberman D et al. Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology 2012;143:844–857.

3. Atkin W et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Colonoscopic surveillance following adenoma removal. Endoscopy 2012; 44: SE151–SE163.

2. FACTEURS LIÉS AU PATIENT

■ ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE CCR / POLYPES ADÉNOMATEUX (Patient à risque élevé)

→ En l'état actuel des connaissances, aucune recommandation ne peut être faite de raccourcir les délais de surveillance post-polypectomie par rapport aux patients sans antécédents familiaux.

→ La décision* sera adaptée dans certains contextes particuliers (antécédents précoces ou multiples).

■ ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE POLYPES POUR LESQUELS ON NE DISPOSE D'AUCUNE DOCUMENTATION

→ Contrôle à discuter* en fonction de chaque cas particulier et de la disponibilité du dossier antérieur (CR endoscopique, examen anatomo-pathologique) qui doit faire l'objet d'une recherche spécifique.

■ ARRÊT / POURSUITE SURVEILLANCE EN FONCTION COMORBIDITÉS / SOUHAITS - MOTIVATION DU PATIENT

→ La décision* d'arrêt ou de poursuite de la surveillance coloscopique sera argumentée et partagée avec le patient notamment après information sur la balance bénéfices-risques de la coloscopie.

→ Au delà de 80 ans, le contrôle sera ou non indiqué* en prenant en compte l'espérance de vie estimée du patient (au moins 5 ans) et les risques spécifiques de réaliser une coloscopie à un âge avancé.

■ ÂGE, SEXE, TABAC, SURPOIDS

→ L'âge supérieur à 60 ans et le sexe masculin apparaissent comme facteurs de risque de récurrence d'adénome, mais ne sont pas retenus, à ce jour, comme nécessitant une augmentation de la fréquence des contrôles coloscopiques.

→ Le tabac et le surpoids n'apparaissent pas comme des facteurs de risque incitant à modifier la stratégie de surveillance post-polypectomie.

■ SURVENUE DANS L'INTERVALLE PRÉVU ENTRE 2 COLOSCOPIES

→ DE NOUVEAUX SYMPTÔMES DIGESTIFS

→ D'UN TEST HEMOCCULT POSITIF**

→ Contrôle à discuter* en fonction de chaque cas particulier, prenant notamment en compte l'ancienneté et la qualité de la coloscopie index et la nature du (des) polype(s) précédemment réséqués.

* La traçabilité de la décision doit apparaître dans le dossier patient.

** Test non recommandé dans une période d'intervalle entre 2 coloscopies.

3. FACTEURS LIÉS AU(X) POLYPE(S) // COLOSCOPIE DE QUALITÉ OPTIMALE & POLYPE(S) ENTIÈREMENT RÉSÉQUÉ(S)

Tableau 1. Évaluation du risque de récurrence d'un ou plusieurs polypes ou de survenue d'un CCR (cancer colo-rectal) en fonction des caractéristiques du (des) polype(s) enlevé(s)

PA : polype adénomateux ou PF : polype festonné <small>NB : Les PF, sont tenus pour responsable d'une part importante des cancers d'intervalle, notamment au niveau du colon droit</small>		Cas particulier des PH (polype hyperplasique)
PBR (Polype à bas risque)	PHR (Polype à haut risque)	<ul style="list-style-type: none"> Les PH < 10mm du RS (recto-sigmoïde), ne sont pas un facteur de risque de survenue de CCR et relèvent d'une surveillance endoscopique selon le niveau de risque du patient. Les PH ≥ 10mm ou en amont du RS doivent faire l'objet d'une concertation avec l'anatomo-pathologiste pour le diagnostic différentiel avec les PF.
<ul style="list-style-type: none"> nombre < 3 <u>ET</u> taille < 10 mm <u>ET</u> dysplasie de bas grade pour PA ou pas de dysplasie pour PF 	<ul style="list-style-type: none"> nombre ≥ 3 <u>OU</u> taille ≥ 10 mm <u>OU</u> dysplasie de haut grade (ou pTis) pour PA ou dysplasie pour PF 	

Les autres facteurs de risque liés au(x) polype(s)

- L'augmentation du risque de récurrence liée à la présence d'une composante villeuse n'est pas démontrée de façon probante quand cette caractéristique est considérée indépendamment des autres (notamment taille et nombre des adénomes). Donc, en l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible de formuler de recommandations en termes de délai de reconvoque sur cet argument histologique pris isolément.
- La **localisation proximale de l'adénome (en amont de l'angle colique gauche)** pour le moment non retenu dans les recommandations internationales apparaît comme un facteur pouvant modifier la décision, car son impact a une valeur proche, voire supérieure au facteur « dysplasie de haut grade ».

Tableau 2. Proposition de calendrier de suivi en cas de PA et PF

Les propositions suivantes (notamment à partir de la colo 4) reposent sur un avis d'experts.
 Ce calendrier indicatif sera à moduler en fonction des caractéristiques du cas clinique (âge pour la première coloscopie, âge du patient, etc.)

Colo Index	Colo 2		Colo 3		Colo 4 et ...
Évaluation risque	Date	Résultats	Date	Résultats	Date
PBR	→ 5 ans	PHR	→ 3 ans	PHR	→ 3 ans
		PBR	→ 5 ans	PBR	→ 5 ans
		Pas de polype	→ 5 ou 10 ans*	Pas de polype	→ 5-10 ans ou stop**
PHR	→ 3 ans	PHR	→ 3 ans	PHR	→ 3 ans
		PBR	→ 5 ans	PBR	→ 5 ans
		Pas de polype	→ 5 ans	Pas de polype	→ 5 ans

* Selon le niveau de risque du patient défini par les ATCD personnels ou familiaux de CCR ou d'adénomes: risque élevé (5 ans) ou risque moyen (10 ans). ** Selon le niveau de risque du patient défini par les atcd personnels ou familiaux de CCR ou d'adénomes : risque élevé (5 à 10 ans) ou risque moyen (stop et retour à la stratégie de dépistage national).

Tableau 3. Cas particulier du PH

