



Cancers colorectaux d'intervalle : comment les éviter ?

Irina Tchoumak

JFHOD – Jeudi 19 mars 2026

Liens d'intérêts

- L'orateur a déclaré sur le site des JFHOD, les liens d'intérêts suivants : Autre : études cliniques sous l'égide de la SFED, Abbvie, Pfiser, Takeda, Janssen, Norgine,

Objectifs pédagogiques

- *Connaître l'épidémiologie et les facteurs influençant la survenue des cancers colorectaux d'intervalle*
- *Connaître les caractéristiques et le site des lésions manquées et/ou à haut risque évolutif*
- *Connaître les critères de qualité et de performance de la coloscopie*
- *Savoir optimiser sa technique pour réduire les lésions manquées*

Introduction

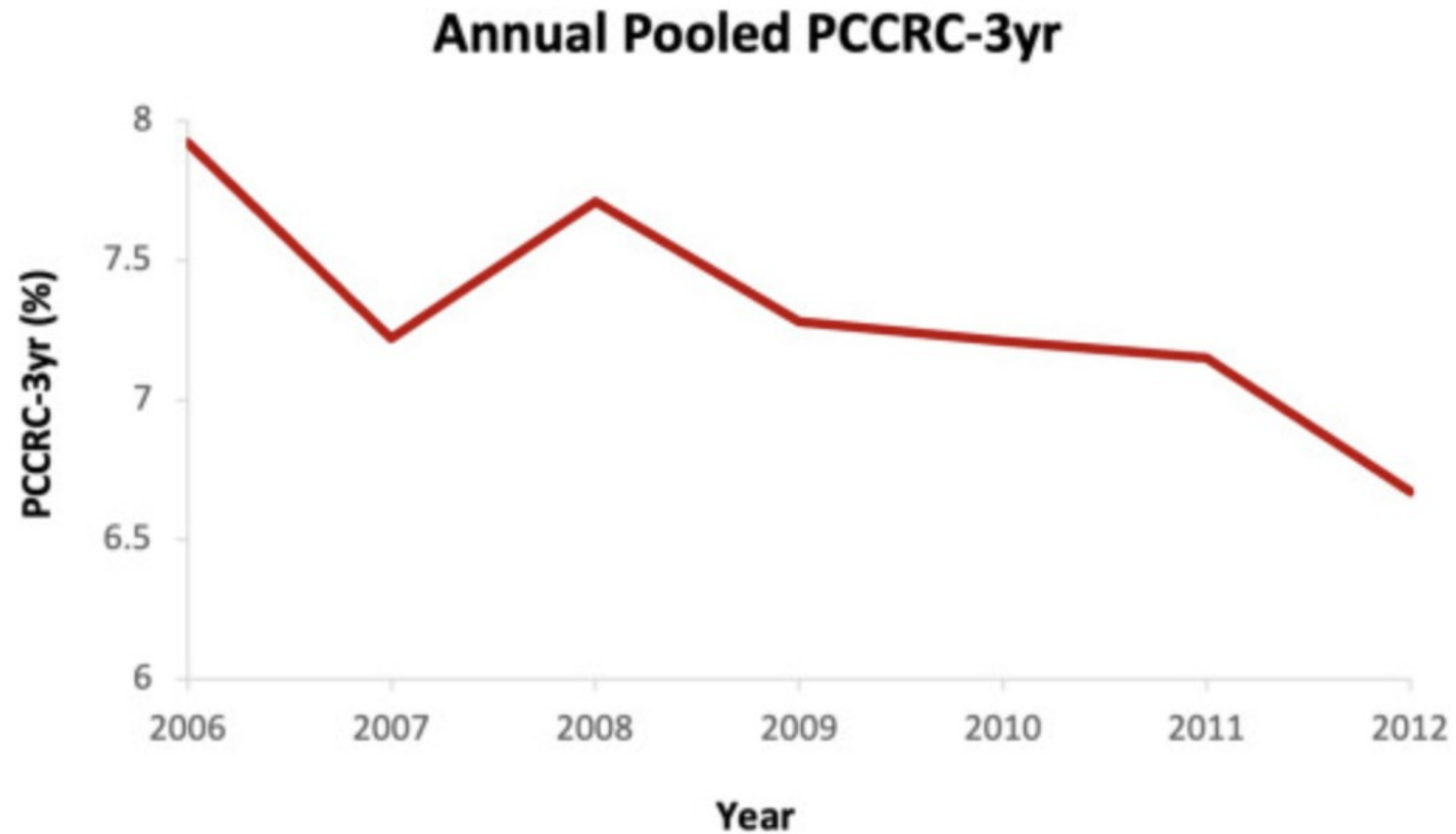
Le cancer colorectal d'intervalle (CCRi) est diagnostiqué après une coloscopie négative et avant l'examen de surveillance suivant

4 % des cancers colorectaux

Marqueur direct de la qualité de la coloscopie

Une part importante peut être prévenue par l'amélioration de la détection, de la résection et du suivi des lésions précancéreuses

Épidémiologie



Épidémiologie

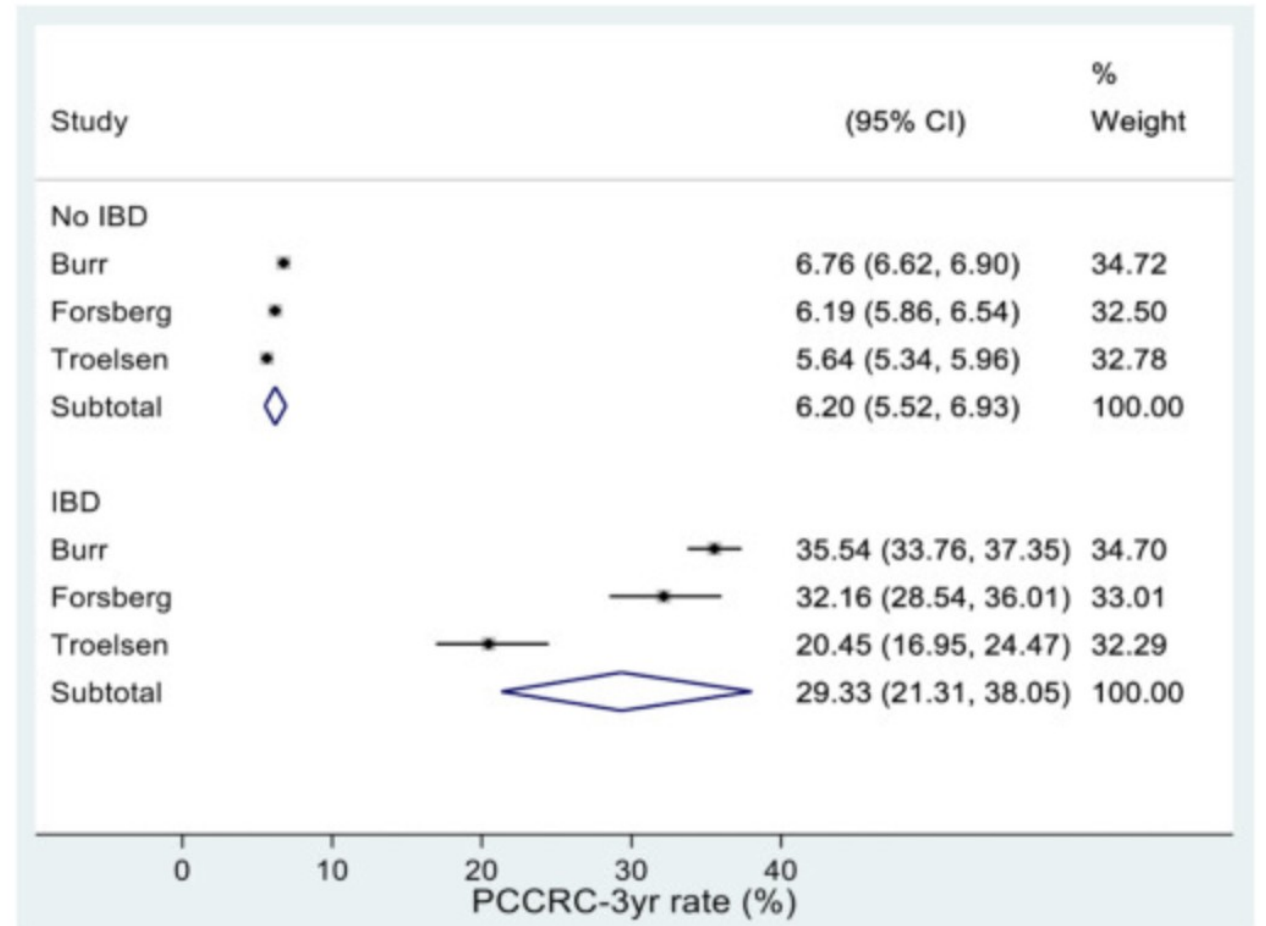
- **Méta-analyse : risque poolé de CCRi à 3 ans:**

FDR liés au patient :

- MICI: 29,3%
- Atcd perso de CCR: 29.8%
- Diverticulose: 11,2%
- Femmes: 7,9%

Fdr liés au cancer:

- Localisation proximale: 8,6%

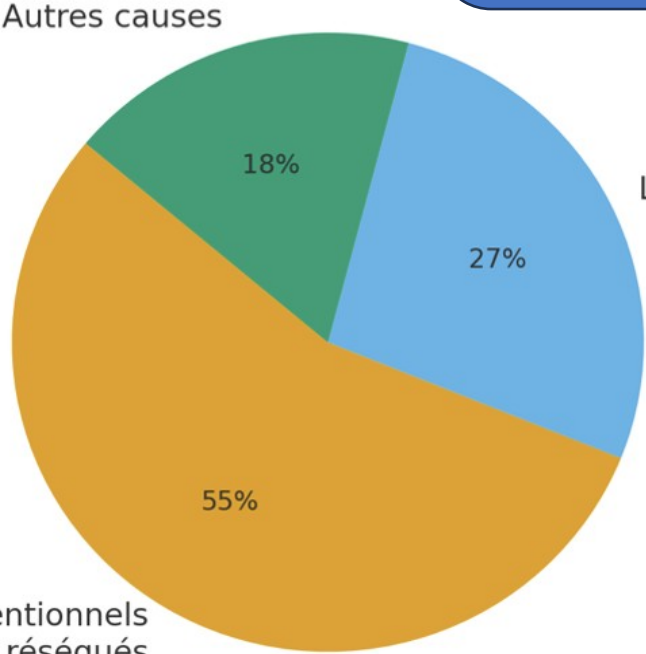


Épidémiologie

Lynch
PAF
Dysplasie sur colite AI
Erreur histologique...



Adénomes conventionnels
manqués/incomplètement réséqués



Lésions festonnées



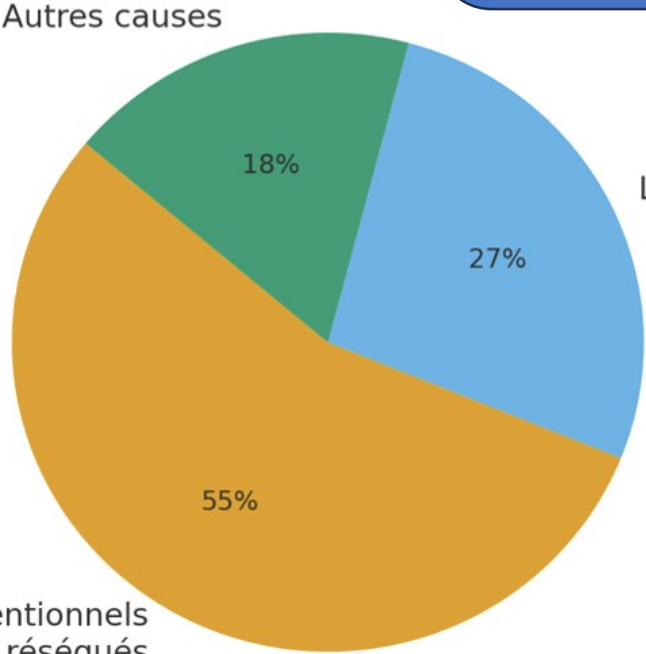
Les CCRI résultent principalement de lésions manquées, de résections incomplètes et plus rarement de cancers à croissance rapide ou de novo.

Épidémiologie

Lynch
PAF
Dysplasie sur colite AI
Erreur histologique...



Adénomes conventionnels
manqués/incomplètement réséqués

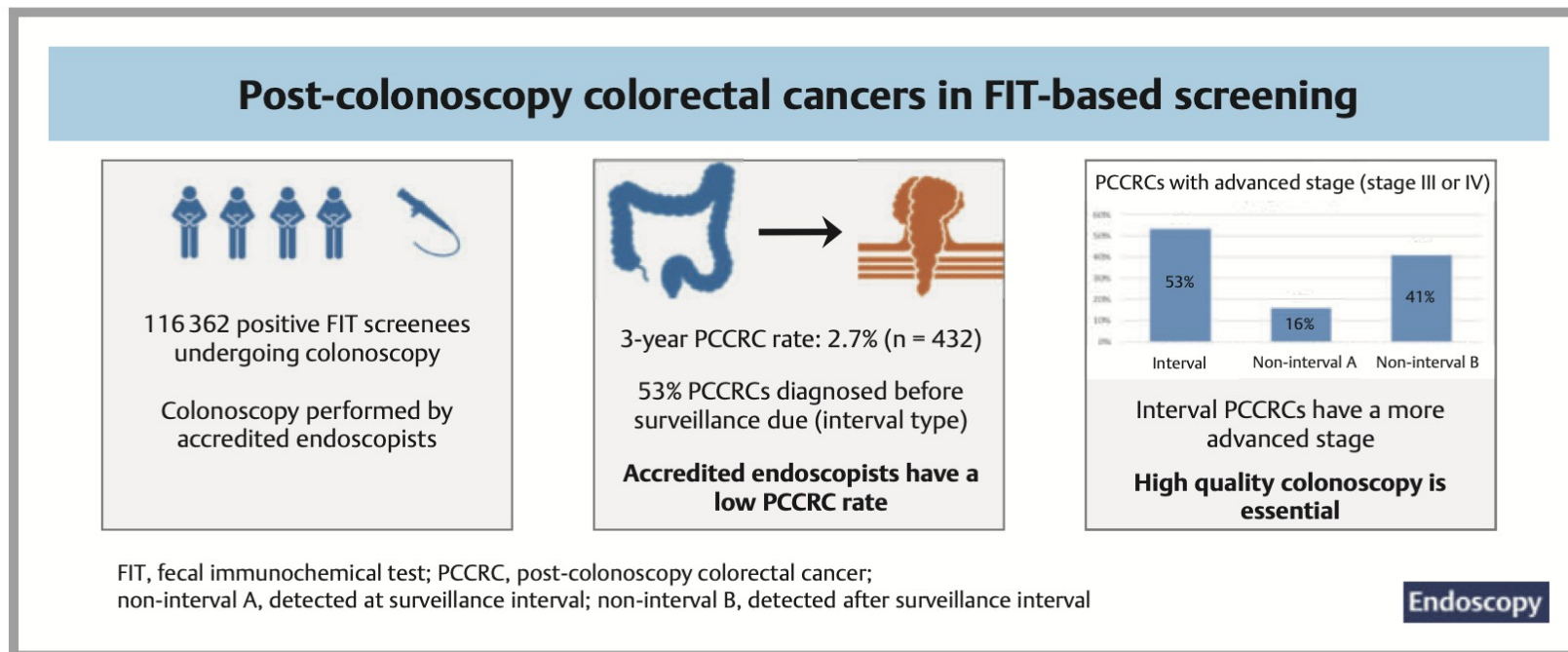


Lésions festonnées



Les CCRI résultent principalement de **lésions manquées**, de **résections incomplètes** et plus rarement de cancers à croissance rapide ou de novo.

Lésions manquées: données de vraie vie



**REFAIRE LES COLOS
OU RÉFÉRER**

54% des lésions dans le colon droit

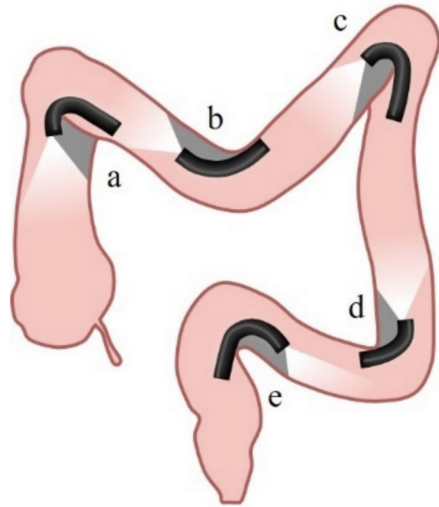
46% des CCR : lésion non détectée lors d'un examen adéquat (74% pour les CCRi)

20% des lésions après coloscopie incomplète (mauvaise préparation, caecum non atteint, lésion non réséquée d'emblée)

25% issus de lésions réséquées R1

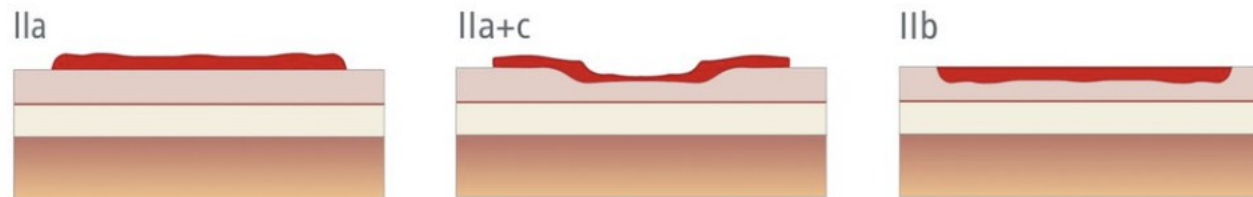
Lésions manquées, situations à risque

ANATOMIE



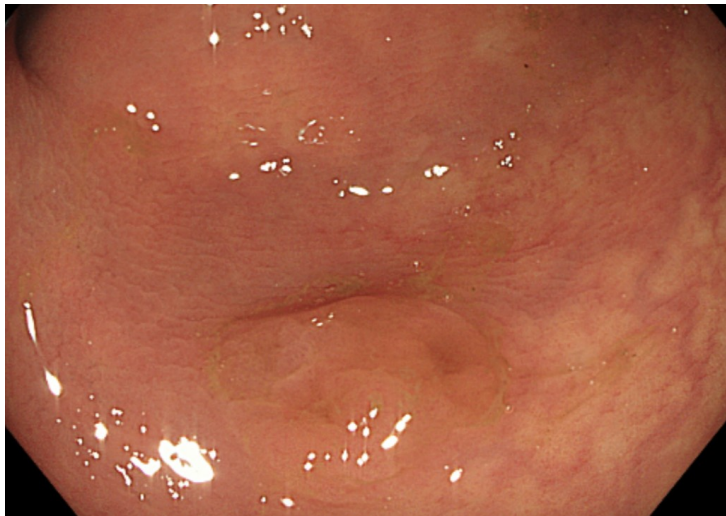
- ANGLES MORTS
- Côlon droit (qualité de la progression ?)
- Diverticulose et sigmoïde fixé

CARACTÉRISTIQUES
DES POLYPES

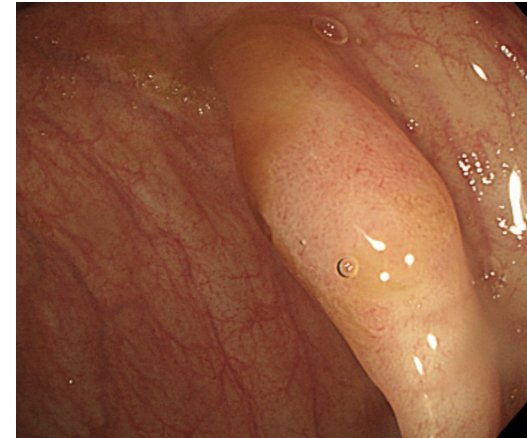


Lésions manquées, situations à risque

Lésions festonnées



20-30%



45-50%



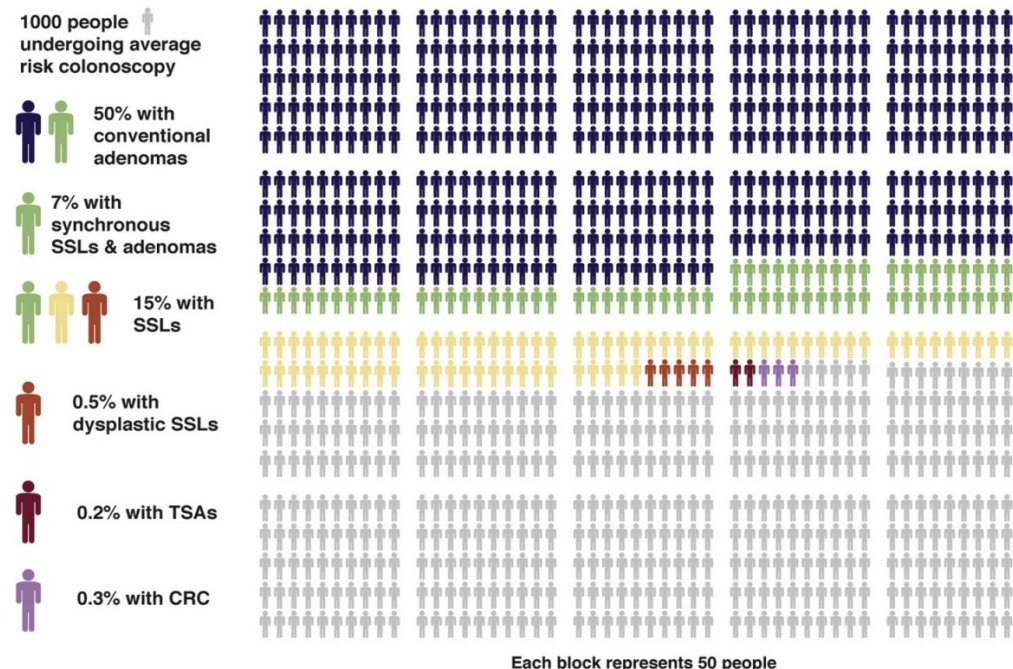
Finalement, le reflet de la qualité de la détection...

Lésions manquées: craindre les festonnés?

4 à 8% de festonnés avec dysplasie

Voie dentelée: 20 à 25 % de tous les CCR sporadiques

Évolution selon une voie moléculaire distincte,
cancérogénèse accélérée dans certains cas de dysplasie



Lésions manquées: situations à risque ?

MICI

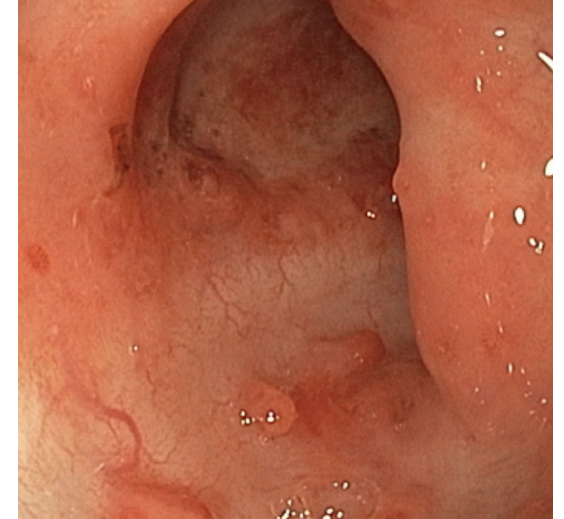


Lésions visibles vs lésions invisibles

Dysplasie conventionnelle
vs non conventionnelle

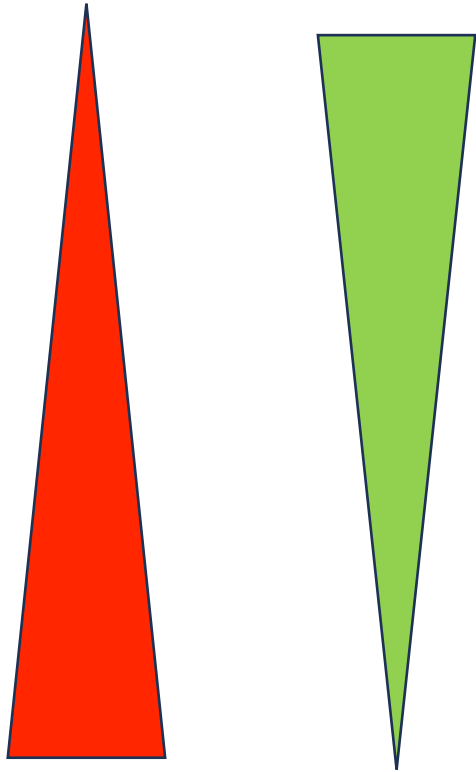
**Surveillance en rémission
avec rehaussement optique**

Pièges: pseudo-polypes, muqueuse
cicatricielle, sténoses



Comment diminuer le risque de lésions manquées ?

QUALITÉ DE LA COLOSCOPIE



RISQUE DE CCRi

Lapuelle et al, Critères de qualité de la coloscopie – Recommandations du CNP-HGE et de la SFED, HGOD 2019

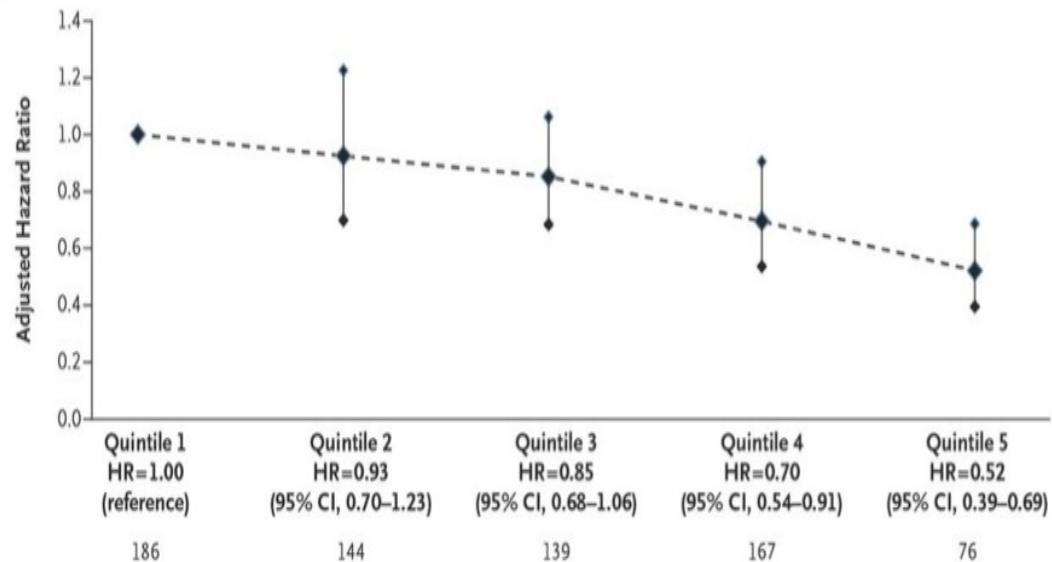
- Préparation optimale (Boston > 6, pas de segment < 2)
- Temps de retrait (7 min)
- Intubation caecale
- TDA élevé > 25%, > 45% si FIT + TDLF ?
- Résection complète
- Suivi conforme

Compte rendu : détaillé, illustré, médico légal

Une équation simple

- Augmenter son TDA (et TDLF) = diminuer le risque de CCRI

A Risk of Interval CRC



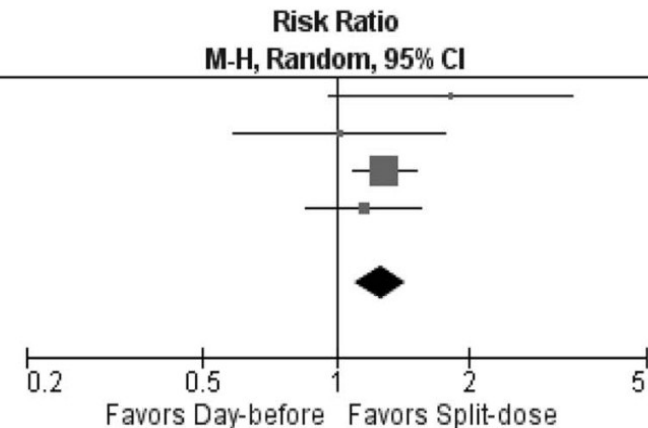
+ 1 % de TDA

- 3 % de risque de CCRI

Optimiser sa détection

- **Préparation optimale** : fractionnement !

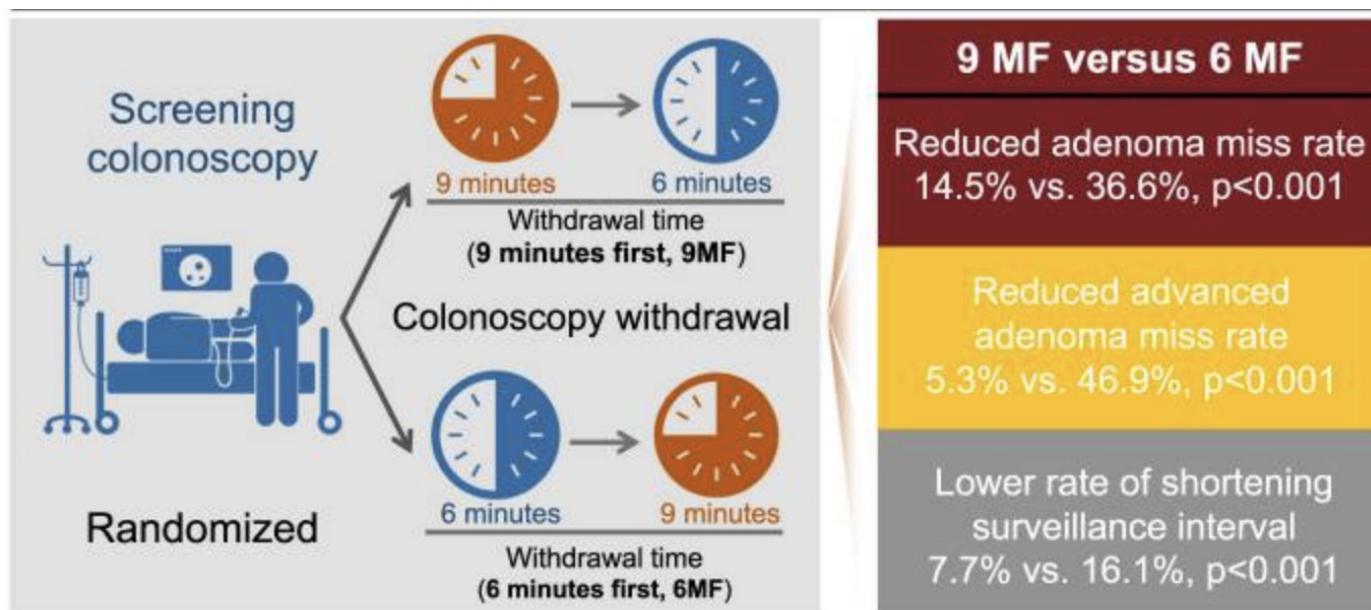
Study	Split-dose		Day-before		Weight	Risk Ratio
	Events	Total	Events	Total		M-H, Random, 95% CI
Cohen et al. 2010	20	55	11	55	4.5%	1.82 [0.96, 3.43]
Cesaro et al. 2013	17	51	17	52	6.0%	1.02 [0.59, 1.77]
Radaelli et al. 2015	183	354	141	350	68.9%	1.28 [1.09, 1.51]
Horton et al. 2016	63	173	53	168	20.6%	1.15 [0.86, 1.55]
Total (95% CI)		633		625	100.0%	1.26 [1.10, 1.44]
Total events	283		222			
Heterogeneity: Tau ² = 0.00; Chi ² = 2.24, df = 3 (P = 0.52); I ² = 0%						
Test for overall effect: Z = 3.34 (P = 0.0009)						



Augmentation du TDA, des adénomes avancés, des adénomes du colon droit et des lésions festonnées

Optimiser sa détection

- **Temps** suffisant à inspecter la muqueuse, surtout au côlon droit, reste le facteur le plus déterminant



Étude prospective multicentrique

+ 1 min de retrait
+ 6% de chance de détecter au moins un adénome

Optimiser sa détection

- **Méthodes d'exploration** : rétro-vision, double passage du côlon droit, utilisation de capuchons et immersion améliorent l'exposition muqueuse.
- **Outils**: L'évolution des techniques optimise ce dépistage.

Les colorations vitales restent le gold standard pour la surveillance des MICI et l'optimisation du dépistage des lésions festonnées.



Optimiser sa détection

- L'**IA** améliore la détection des petites lésions mais ...
quelles répercussions cliniques ?
- Attention à la perte de vigilance au long cours

Endoscopist deskilling risk after exposure to artificial intelligence in colonoscopy: a multicentre, observational study

Krzysztof Budzyń, Marcin Romańczyk, Diana Kitala, Paweł Kołodziej, Marek Bugajski, Hans O Adami, Johannes Blom, Marek Buszkiewicz, Natalie Halvorsen, Cesare Hassan, Tomasz Romańczyk, Øyvind Holme, Krzysztof Jarus, Shona Fielding, Melina Kunar, Maria Pellise, Nastazja Pilonis, Michał Filip Kamiński, Mette Kalager, Michael Bretthauer, Yuichi Mori

THE LANCET
Gastroenterology & Hepatology



Une autre utilisation pour prouver la qualité de l'examen!

Quel impact de la résection incomplète ?

- Facteur majeur et évitable de CCRi

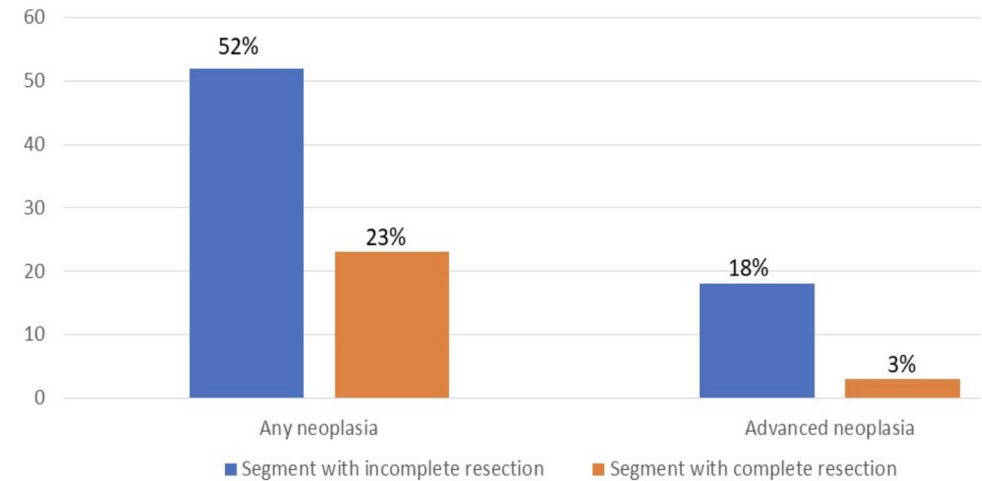


Figure 1. Risk of Metachronous Neoplasia at Surveillance Colonoscopy Following Polypectomy.

Risque particulièrement élevé:

- pour les polypes ≥ 10 mm,
- localisés dans le côlon proximal
- présentant une histologie festonnée

en BLOC ! => UNDERWATER , ANCRAGE

POSITION ENDOSCOPE ET ENDOSCOPISTE !

MARGES ?

La bonne technique pour la bonne lésion

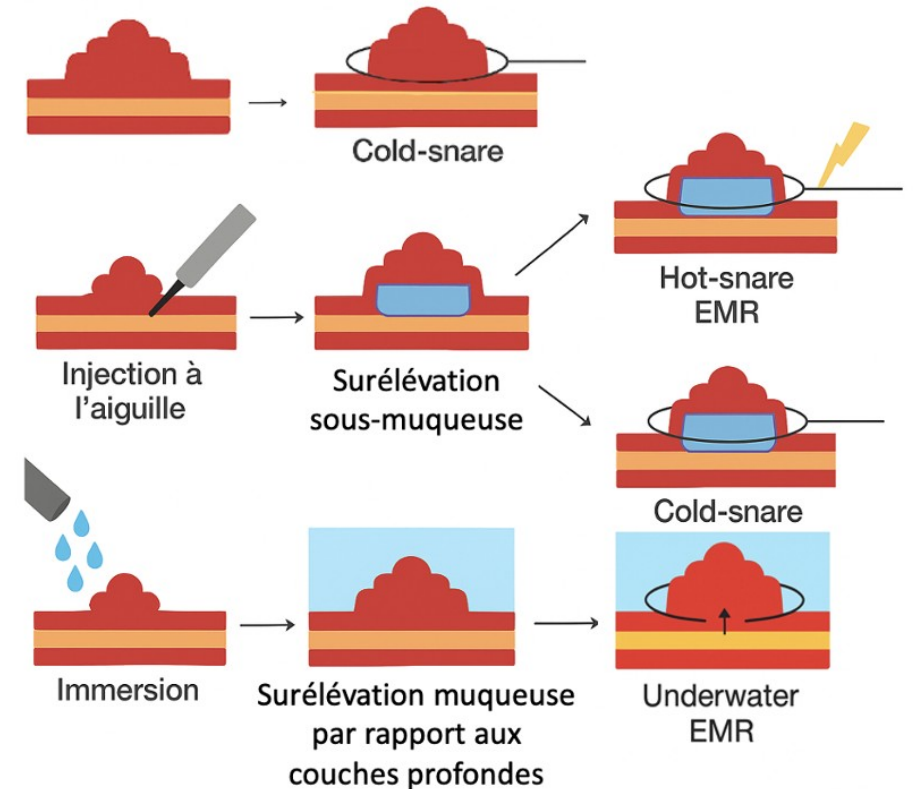
1. Analyse MACRO : taille + classification de Paris
2. Analyse MICRO : vaisseaux et cryptes

Polype < 10 mm = ANSE FROIDE

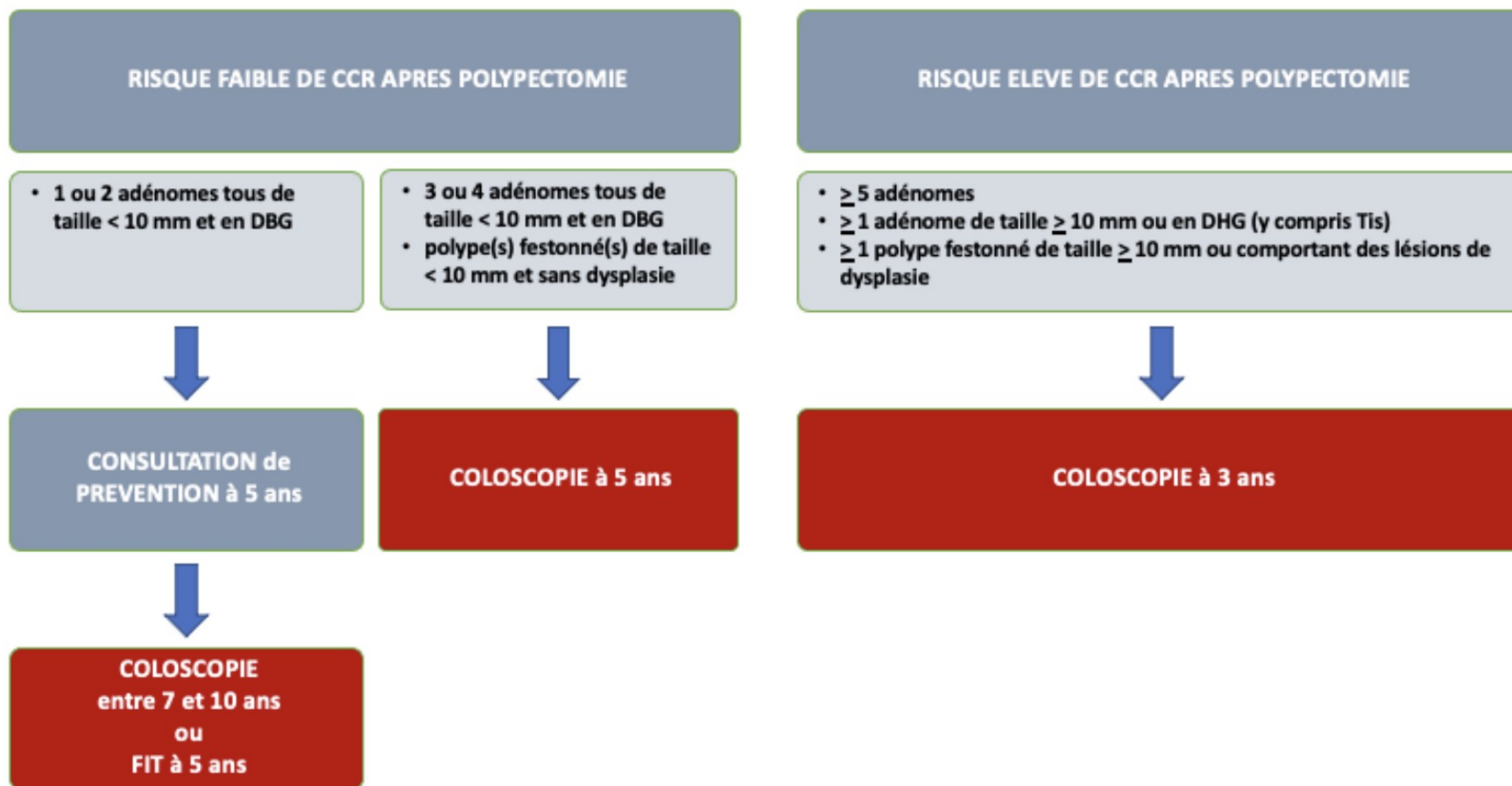
Polype > 20mm sans critère péjoratif
= CONECCT IIa

Polype > 20mm AVEC critère péjoratif
= CONECCT IIc

Techniques
avancées
ESD/ FTRD



Une surveillance appropriée



Optimiser sa pratique

POSITION	<p>du patient: AIDE A LA PROGRESSION</p> <p>du praticien : ERGONOMIE, MOBILITE</p> <p>de la lésion: PROGRESSION SANS BOUCLES, IMMERSION, ASPIRATION</p>
FORMATION	<p>L'évolution rapide des techniques impose une formation régulière et structurée</p> <ul style="list-style-type: none">⇒ Formations académiques (DIU)⇒ Formations SFED (curriculum, masterclass)⇒ ESGE
ÉVALUATION	<p>EPP, suivi du TDA et du taux de détection des lésions festonnées</p> <p>Validations grâce à l'IA ?</p> <p>Resect and discard ? Diagnose and leave ?</p>

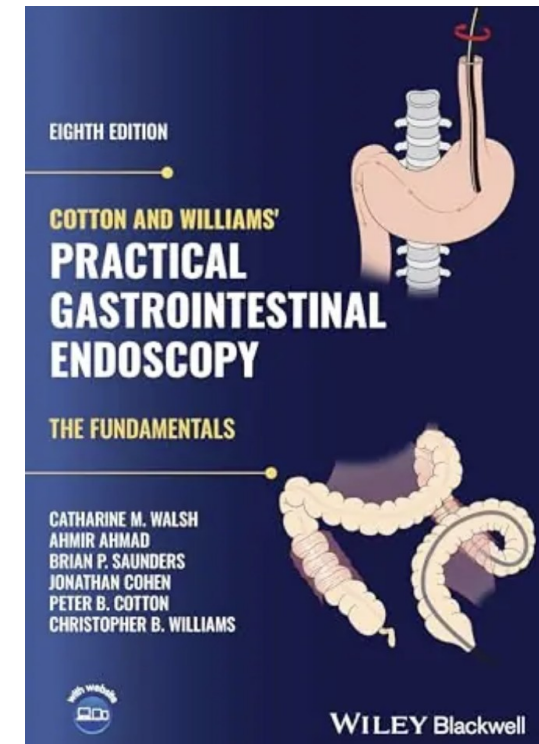
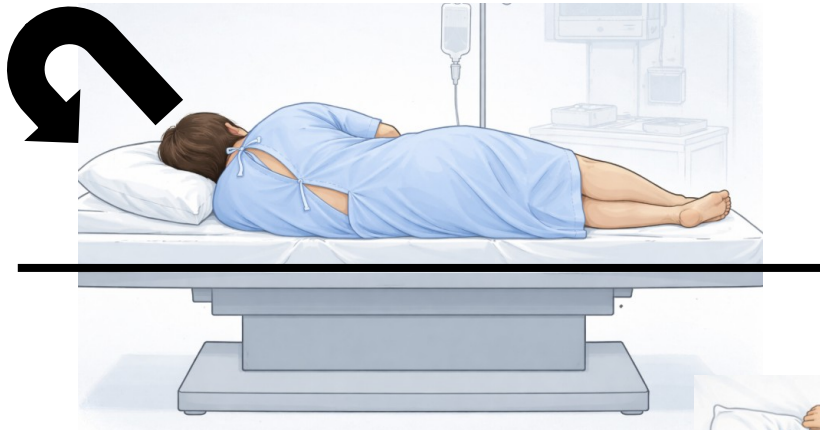
Optimiser sa pratique

POSITION

du patient: AIDE A LA PROGRESSION

du praticien : ERGONOMIE, MOBILITE

de la lésion: PROGRESSION SANS BOUCLES, IMMERSION, ASPIRATION



Optimiser sa pratique

POSITION

du patient: AIDE A LA PROGRESSION

du praticien : **ERGONOMIE, MOBILITE**

de la lésion: PROGRESSION SANS BOUCLES, IMMERSION, ASPIRATION

A Air & Light
Ajuster les conditions de température ambiante et d'éclairage

N Noise
Réduire le volume de l'alarme et suspendre l'aspiration. Limiter les conversations parallèles et les appels téléphoniques

S Stretching
Effectuer des exercices entre les procédures ou pendant les procédures longues.

W Water
Maintenir une hydratation adéquate

E Ergonomy
Ajuster la position de l'écran
Maintenir une posture neutre

R Rest
Limiter la durée hebdomadaire des endoscopies à moins de 16,5 heures. Veiller à respecter des pauses entre ou pendant les procédures

Recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive sur l'ergonomie en endoscopie digestive

Yzet et al, HGOD, 2025

Optimiser sa pratique

POSITION

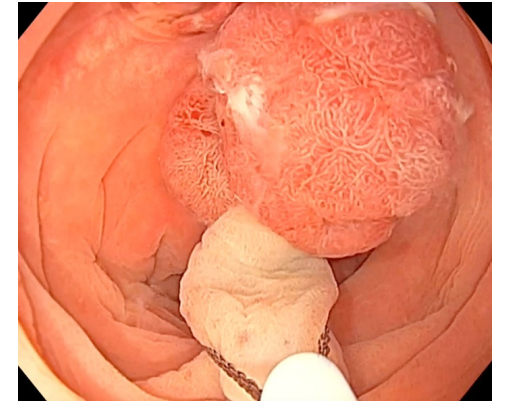
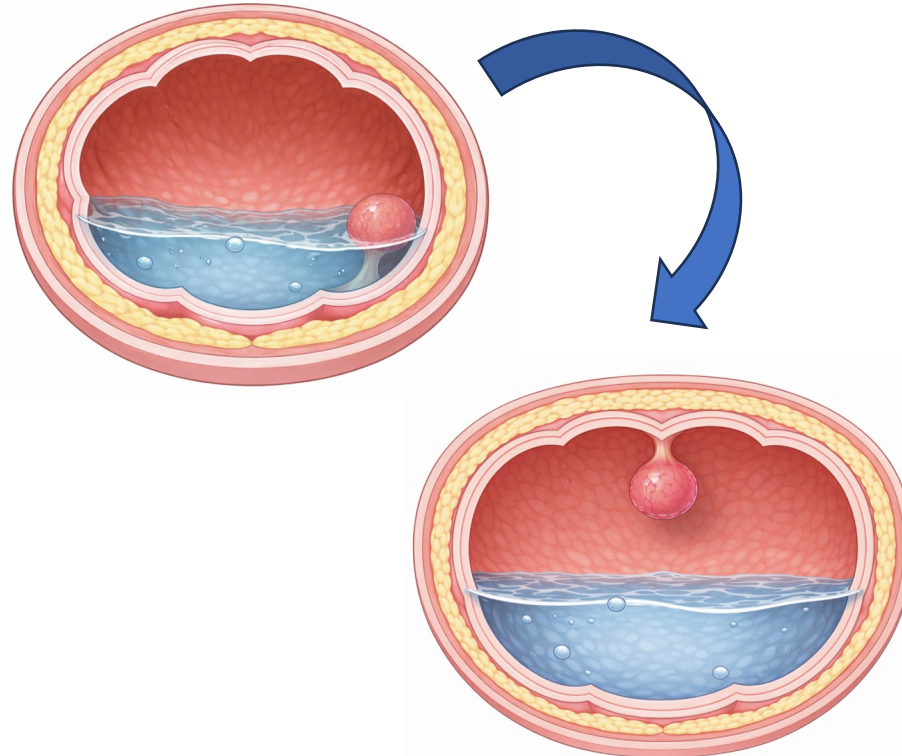
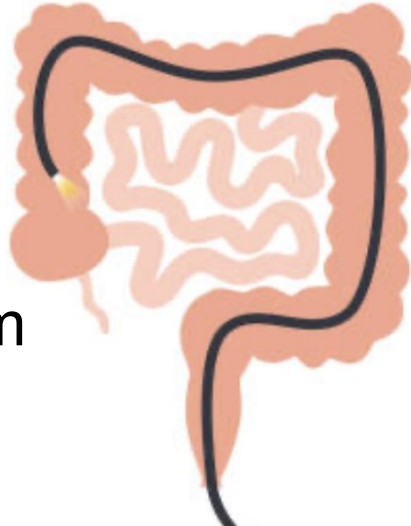
du patient: AIDE A LA PROGRESSION

du praticien : ERGONOMIE, MOBILITE

de la lésion: PROGRESSION SANS BOUCLES, IMMERSION, ASPIRATION, POSITION PATIENT



70 cm



Optimiser sa pratique

POSITION	du patient: AIDE A LA PROGRESSION du praticien : ERGONOMIE, MOBILITE de la lésion: PROGRESSION SANS BOUCLES, IMMERSION, ASPIRATION
FORMATION	L'évolution rapide des techniques impose une formation régulière et structurée ⇒ Formations académiques (DIU) ⇒ Formations SFED (curriculum, masterclass) ⇒ ESGE
ÉVALUATION	EPP, suivi du TDA et du taux de détection des lésions festonnées Validations grâce à l'IA ? Resect and discard ? Diagnose and leave ?

Optimiser sa pratique

POSITION	<p>du patient: AIDE A LA PROGRESSION</p> <p>du praticien : ERGONOMIE, MOBILITE</p> <p>de la lésion: PROGRESSION SANS BOUCLES, IMMERSION, ASPIRATION</p>
FORMATION	<p>L'évolution rapide des techniques impose une formation régulière et structurée</p> <ul style="list-style-type: none">⇒ Formations académiques (DIU)⇒ Formations SFED (curriculum, masterclass)⇒ ESGE
ÉVALUATION	<p>EPP, suivi du TDA et du taux de détection des lésions festonnées</p> <p>Validations grâce à l'IA ?</p> <p>Resect and discard ? Diagnose and leave ?</p>

Points forts

- Le cancer colorectal d'intervalle (CCRI) correspond à un cancer découvert entre deux examens de surveillance programmés. Son taux est stable, autour de 4%.
- Les situations à risque doivent être connues : coloscopies difficiles, localisations coliques droites, région sus anale et segments diverticulaires, présence de lésions festonnées, plages dysplasiques dans un contexte de MICI.
- Les lésions manquées au cours d'une coloscopie sont un des principaux facteurs de risque du CCRI. Les critères de qualité doivent être atteints et documentés dans les comptes rendus d'endoscopie.
- La résection incomplète est un des facteurs de risque des CCRI. De nouvelles techniques ont prouvé leur efficacité et leur sûreté pour la résection R0 des polypes.
- La connaissance de nos taux de détection d'adénomes et de lésions festonnées ainsi qu'une formation continue régulière doivent rentrer dans nos pratiques professionnelles.