

La surveillance endoscopique après polypectomie colique en 2014

➔ Denis Heresbach, Philippe Marteau

(✉) Denis Heresbach, Unité d'endoscopie et de consultation digestive, CHG de Redon, 35600 Redon

Philippe Marteau, Université Paris 7 & Service d'hépatogastroentérologie, AP-HP Hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris

E-mail : philippe.marteau@lrb.aphp.fr

denis.heresbach@ch-redon.fr

Introduction

La détection suivie d'exérèse endoscopique de certaines lésions précancéreuses (adénomes et polypes festonnés) diminue le risque de cancer colorectal et améliore la survie. En France, il était réalisé 1,28 million de coloscopies en 2011, dont 60 % chez des sujets âgés de 50 à 74 ans et ces examens donnent lieu à un geste thérapeutique de polypectomie dans environ 1/3 des cas. Il existe un risque qu'une coloscopie ne visualise pas un adénome ou que de nouveaux adénomes apparaissent après exérèse. Des schémas de surveillance basés sur la répétition de coloscopies sont recommandés avec l'objectif de détecter des lésions à risque de récurrence et réduire les lésions dites d'intervalle. Un travail collectif entre la Haute Autorité de Santé (HAS), le Conseil National Professionnel des Hépatogastro-entérologues (CNP HGE) et la Fédération des Spécialistes des maladies de l'Appareil Digestif (FSMAD) a revu en 2013 l'évidence permettant de formuler les modalités de surveillance endoscopique après polypectomie dite « index » retirant un « polype colique » [1].

Méthodes utilisées pour déterminer les modalités et calendrier de surveillance

La recommandation 2013 est une mise à jour partielle de la recommandation pour la pratique clinique (RPC) de l'ANAES « Endoscopie digestive basse. Indications en dehors du dépistage en population », publiée en 2004 [2]. La démarche de cette mise à jour s'est inspirée d'une méthode proposée par la Haute Autorité de Santé en 2007

(« Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existante ») [3].

Ces nouvelles recommandations s'articulent autour de trois catégories de facteurs : les prérequis pour une surveillance de qualité (facteurs techniques), les modalités de surveillance en fonction du polype réséqué et les facteurs liés au patient [1]. Le groupe de travail a pris en compte les recommandations émanant d'autres sociétés, principalement les recommandations britanniques (2011), américaines (2012) et européennes (2010) [5-7], les 3 méta-analyses disponibles [8-10] et les avis d'expert [11]. Les RPC sources ont été analysées par deux systèmes différents de valorisation du niveau de preuve des données de la littérature : le système GRADE proposé par Guyatt *et al.* [4] et une échelle propriétaire pour les RPC européennes. De la même manière, les méta-analyses ont été évaluées, notamment sur les critères suivants : sélection des études, évaluation formelle de la qualité des études, méthode d'extraction des données, modalités d'expression du résultat de la méta-analyse (risques relatifs ou odds ratios), ajustement éventuel des variables, mis en œuvre de test d'hétérogénéité.

Les principaux résultats quantifiés des méta-analyses sont indiqués dans le Tableau I, en particulier les facteurs de risque de récurrence des adénomes (Rra) considérés comme significatifs (Intervalle de confiance > 1) et avec une pertinence clinique (Risque Relatif ≥ 1,5).

Les détails de méthodologie sont disponibles dans la fiche de pertinence de la HAS « Protocole de surveillance coloscopique post-polypectomie-Argumentaire » disponible sur le site [12].

Objectifs pédagogiques

- Quels sont les prérequis à une surveillance de qualité ?
- Quelles sont les modalités de surveillance en fonction des caractéristiques du ou des polypes réséqués ?
- Quel est l'impact de l'âge, des comorbidités et des facteurs de risque du patient ?

Conflits d'intérêt

DH : néant, PhM : néant

Tableau I. Résultats quantifiés du risque de récurrence d'adénome dans les méta-analyses

Critère de récurrence (comparateur)	Tout adénome [10]	Adénome non avancé [9]	Adénome avancé [9]	Adénome avancé [8]
Mesure du risque	RR* (IC 95 %)	OR ajusté (IC 95 %)	OR ajusté (IC 95 %)	RR* (IC 95 %)
Âge (vs. 50-59 ans)	> 60 ans 1,65 (1,38-1,93) TE 1,87 (1,28-2,46) EHQ	60-69 ans : 1,10 (0,98-1,24) 70-79 ans : 1,21 (1,05-1,38) > 80 ans : 1,24 (0,69-2,25)	60-69 ans : 1,39 (1,16-1,68) 70-79 ans : 1,72 (1,40-2,11) > 80 ans : 2,70 (1,31-5,57)	ND
Sexe masculin (vs. féminin)	1,22 (1,12-1,32) TE 1,24 (0,99-1,49) EHQ	1,45 (1,30-1,62)	1,40 (1,19-1,65)	ND
ATCD familial de CCR (vs. absence)	ND	1,15 (1,03-1,29)	1,17 (0,99-1,38)	ND
Tabagisme (vs. jamais)	ND	Passé : 1,07 (0,96-1,20) Actuel : 1,16 (1,00-1,35)	Passé : 1,08 (0,92-1,27) Actuel : 1,13 (0,90-1,42)	ND
IMC, kg/m ² (vs. < 25)	ND	25-29 : 1,10 (0,98-1,24) > 30 : 1,23 (1,08-1,41)	25-29 : 1,00 (0,84-1,19) > 30 : 1,13 (0,93-1,38)	ND
ATCD de polype	ND	1,37 (1,21-1,55)	1,76 (1,48-2,09)	ND
ATCD d'adénome avancé (vs. adénome non avancé)	1,81 (1,13-2,89) TE 2,34 (1,88-2,93) EHQ	ND	ND	ND
Nombre adénomes (vs. 1 à 2)	Nb ≥ 3 : 1,64 (1,37-1,97) TE 2,15 (1,36-3,41) EHQ	Nb = 3 : 2,05 (1,73-2,42) Nb = 4 : 2,23 (1,71-2,92) Nb > 5 : 3,63 (2,76-4,78)	Nb = 3 : 1,85 (1,46-2,34) Nb = 4 : 2,41 (1,71-3,40) Nb > 5 : 3,87 (2,76-5,42)	Nb ≥ 3 : 2,52 (1,07-5,97)
Localisation proximale (vs. distale)	1,43 (1,30-1,57) TE 1,53 (1,23-1,90) EHQ	1,29 (1,16-1,44)	1,68 (1,43-1,98)	ND
Taille du plus gros adénome, mm	(vs. < 10 mm) >10 mm : 1,66 (1,32-2,10) TE 1,95 (1,56-2,43) EHQ	(vs. < 5 mm) 5-9 mm : 1,01 (0,90-1,14) 10-19 mm : 0,94 (0,82-1,08) > 20 mm : 1,00 (0,80-1,25)	(vs. < 5 mm) 5-9 mm : 1,17 (0,95-1,42) 10-19 mm : 2,27 (1,84-2,78) > 20 mm : 2,99 (2,24-4,00)	(vs. < 10 mm) > 10 mm : 1,39 (0,86-2,26)
Présence d'un contingent vilieux (vs. tubuleux pur)	1,21 (0,97-1,45) TE 1,46 (1,06-1,86) EHQ	1,05 (0,92-1,20)	1,28 (1,07-1,52)	1,26 (0,95-1,66)

ATCD : antécédent ; RR : risque relatif *non ajusté ; OR : Odds ratio ; IC : intervalle de confiance à 95 % ; ND : non déterminé ; TE : méta-analyse de Toutes les Études ** ; EHQ : méta-analyse des Études de Haute Qualité

Prérequis à une surveillance de qualité

Les nouvelles recommandations ne s'appliquent qu'à la surveillance de patients ayant eu une première coloscopie et polypectomie index de qualité optimale.

Les critères de qualité indispensables sont

- Obtenir une préparation parfaite (score de Boston idéalement à 9 et au moins > à 7 ou score de Harefield de grade A ou B), ce qui nécessite d'avoir le matériel pour laver le côlon pour la parfaite pendant l'examen si nécessaire.
- Réaliser un examen complet et minutieux de la muqueuse au retrait.
- Ne rien omettre sur le compte-rendu en particulier les données et modalités techniques.
- Orienter les polypes pour l'anatomopathologie (marquer leur pied).
- Être formé et évaluer régulièrement son efficacité de détection des adénomes et lésions festonnées en le confrontant à des standards (ana-

lyse des pratiques professionnelles -APP-).

- Suivre une nouvelle formation médicale continue s'il existe un écart entre ses résultats personnels de détection et les données attendues selon la littérature.
- Discuter en réunion de morbi-mortalité (RMM) les cas de carcinomes d'intervalle.

Les endoscopistes n'ont pas tous la même acuité pour détecter les polypes et une auto-évaluation semestrielle ou au moins annuelle de son taux de détection d'adénomes (TDA) doit-elle être régulièrement faite par chacun d'entre nous. Le taux de détection des lésions festonnées (souvent planes et plus difficiles à voir) devrait aussi être surveillé.

Le soin apporté à bien voir la totalité de la muqueuse colique ne peut être résumé à la seule mesure du temps de retrait de l'appareil ; la durée précise du temps de retrait, proposée dans certaines publications, ne fait pour le moment l'objet d'un consensus et ce facteur peut être influencé par des éléments qui ne traduisent pas la qualité *stricto sensu* de l'examen – tels le temps de lavage-aspiration ou le temps de la

polypectomie elle-même. Ce critère n'est pas dans les recommandations, ni dans les recommandations de la SFED relatives au compte-rendu de coloscopie [13].

L'exérèse monobloc de la lésion permettant à l'anatomopathologiste d'affirmer la résection complète est capitale et la décision à prendre devant des résultats obtenus avec résection par morceaux (« *piecemeal* ») plus hasardeuse.

Quand faire une nouvelle coloscopie en cas d'examen incomplet ?

Quand une nouvelle coloscopie doit être effectuée à une date rapprochée, la date habituellement proposée dans la littérature est de 3 à 6 mois (voire 1 an) afin de permettre une évaluation à distance de la cicatrisation, sans prendre de risques carcinologiques. Afin de tenir compte des règles administratives en vigueur issues des négociations conventionnelles notamment celles relatives au ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique), le contrôle doit avoir lieu de préférence dans un délai de 3 mois.

Tableau II. Définitions des polypes à bas risque (PBR) et polypes à haut risque (PHR) (de récurrence ou d'apparition rapide d'un cancer)

Polype à « Bas Risque » (PBR)	Polype à « Haut Risque » (PHR)
3 critères doivent être présents :	1 seul critère suffit :
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre < 3 et • Taille < 10 mm et • Dysplasie de bas grade pour un adénome ou pas de dysplasie pour une lésion festonnée 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre ≥ 3 ou • Taille ≥ 10 mm ou • Dysplasie de haut grade pour un adénome (pTis) ou toute dysplasie pour une lésion festonnée

En cas d'impossibilité technique de réaliser une coloscopie optimale, il convient d'envisager une nouvelle coloscopie en optimisant les conditions de réalisation (autre protocole de préparation, matériel, opérateur ?). Un éventuel examen de substitution doit être choisi en fonction de la cause de l'échec et des techniques disponibles, coloscopie virtuelle de préférence à la vidéocapsule colique (VCC) qui est encore en cours de validation dans le cadre strict d'un observatoire national.

Les critères de qualité suivants doivent être respectés et une nouvelle coloscopie à 3 mois est recommandée si un seul ne l'est pas :

- Qualité de la préparation colique permettant la détection de toutes les lésions y compris celles de moins de 5 mm.
- Complétude de l'examen avec visualisation de l'orifice appendiculaire ET examen minutieux au retrait.
- Résection complète non seulement macroscopique quelle que soit la lésion et microscopique si carcinome *in situ*, intra- ou sous-muqueux.
- Exérèse monobloc toujours si la taille la lésion est < 1 cm et le plus possible si < 1,5 cm.
- Ablation de la totalité des lésions.

En cas d'impossibilité technique de réaliser une coloscopie complète, il est recommandé la réalisation d'une coloscopie virtuelle, d'un colo-scanner à l'eau, ou une seconde coloscopie en optimisant les conditions (en termes technique et de personnel) de réalisation.

Critères pris en compte pour établir le niveau de risque des poly-adénomes

Niveaux de risque

Les recommandations retiennent deux niveaux de risque global, exclusivement liés aux caractéristiques du polype.

Deux groupes de polypes sont identifiés pour leur risque de récurrence : les Polypes de Bas Risque (PBR) et les Polypes de Haut Risque (PHR), selon le nombre, la taille et le degré de dysplasie épithéliale. Le Tableau II donne la définition des niveaux de risques retenue dans la recommandation 2013 pour définir un PBR ou un PHR.

Le concept de groupe intermédiaire, identifié dans les recommandations anglaises et européennes, n'est pas retenu, d'une part en raison de critères de définition différents dans les deux recommandations, d'autre part en raison du facteur « lésion de grande taille » appréhendé ici dans les facteurs techniques (exérèse *piecemeal* ou monobloc).

Critères non retenus

- Le caractère vilieux n'est pas pris en compte comme facteur de risque dans la recommandation 2013 [1]. Il apparaît en analyse multivariée de manière divergente, avec une forte hétérogénéité et un Rra < 1,5. L'effet n'est pas statistiquement significatif en analyse multivariée pour la récurrence des adénomes non avancés et les résultats sont discordants entre les méta-analyses en ce qui concerne la récurrence des adénomes avancés : non significatifs dans le premier cas (RR 1,26 ; IC 95 % : 0,95-1,66), et significatifs dans le second (OR ajusté 1,28 ; IC 95 % : 1,07-1,52) mais avec une borne inférieure de l'IC 95 % (1,07) proche du seuil de non significativité (Tableau I). La composante vilieuse est donc un facteur prédictif de récurrence nettement moins fort que la taille et le nombre d'adénome(s). Ces considérations expliquent les divergences dans les recommandations internationales : les recommandations anglaises l'ont supprimé, les recommandations européennes l'ont notifié comme facteur optionnel et seules les recommandations américaines l'ont conservé.

- La localisation proximale de l'adénome (en amont de l'angle colique gauche) apparaît comme nettement associé, en analyse multivariée de la méta-analyse de Martinez, à une augmentation significative du risque de récurrence d'adénome avancé (OR : 1,68 ; IC 95 % 1,43-1,98) et non avancé (OR : 1,29 ; IC 95 % : 1,16-1,44). Avec un Rra significatif et > 1,5 dans 2 des 3 méta-analyses, l'impact de ce facteur apparaît comme plus probant que celui du facteur « dysplasie de haut grade ». Il n'est toutefois pas retenu pour l'instant dans les recommandations internationales mais ceci pourrait changer dans le futur. Cependant, ces résultats sont basés sur des études anciennes, de qualité méthodologique discutable, et dans lesquelles le taux de détection des lésions proximales incriminées dans certains CCR d'intervalle pouvait être techniquement diminué.
- Les antécédents familiaux. Dans la méta-analyse de Martinez, la seule qui aborde ce point, l'augmentation du risque de récurrence d'adénome avancé n'est pas statistiquement significative en analyse multivariée : OR (IC 95 %) : 1,17 (0,99-1,38) ; le risque d'adénome non avancé est augmenté de façon statistiquement significative, mais cette augmentation est faible (OR 1,15). Il n'y a donc pas de preuve suffisamment forte pour recommander des modalités de surveillance différentes de celles proposées pour les patients sans antécédents familiaux. Ce point est formellement reconnu par les recommandations européennes, les recommandations américaines mentionnent l'existence d'une élévation du risque en cas d'antécédents familiaux mais n'émettent pas de recommandations formelles à cet égard et les recommandations britanniques n'abordent pas ce point de manière spécifique.

Quelles sont les modalités pratiques de surveillance ?

Cas général en présence de polypes

Les délais du premier contrôle en cas de polypectomie d'un ou plusieurs adénome(s) de type PBR ou PHR selon ses caractéristiques sont résumés dans

Tableau III. Proposition de calendrier de suivi lors des coloscopies successives de contrôle en fonction des niveaux de risque des polypes adénomateux ou festonnés diagnostiqués lors de la coloscopie index ou des coloscopies de surveillance ultérieures. Polype à bas risque (PBR), polype à haut risque (PHR) ont été définis dans le Tableau I

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

le Tableau III. Le premier contrôle est respectivement fixé à 5 ans et 3 ans en cas de PBR et de PHR et cette règle s'applique pour les contrôles successifs jusqu'à la coloscopie 4 tant que des polyadénomes sont retrouvés.

En l'absence d'adénome

En l'absence d'adénome au cours d'une coloscopie de contrôle (« examen négatif ») :

- si un **PHR a été enlevé à l'une au moins** des coloscopies précédentes (incluant la coloscopie index), une surveillance tous les 5 ans est requise à partir de celle-ci jusqu'à la coloscopie n+4 ;
- si les lésions enlevées précédemment **sont toutes des PBR**, la surveillance peut être allégée et raccourcie : contrôle n+1 à 10 ans puis arrêt de la surveillance avec retour au dépistage organisé populationnel ;
- ce schéma peut toutefois être renforcé en cas d'**antécédents familiaux** (de polyadénomes ou CCR avant 60 ans) : coloscopie n+1 à 5 ans et coloscopie n+2 entre 5 et 10 ans avant retour au dépistage organisé populationnel.

Tous ces éléments sont repris dans le Tableau III. Les antécédents familiaux, qui n'ont pas été retenus pour la définition des groupes à risque, sont pris en compte pour adapter le rythme de surveillance après examen négatif et dans le seul cas où les polypes réséqués étaient tous des PBR. En effet, l'étude bourguignonne [16] suggère une majoration du risque de récurrence en cas d'antécédents familiaux mais uniquement pour les adénomes avancés, c'est-à-dire les PHR pour lesquels un contrôle

rapproché est déjà prévu. Dans l'étude de Nishihara [17], la réduction du risque de cancer colorectal 5 ans après une endoscopie basse était plus faible en cas d'antécédents familiaux (0,91 vs 0,43, p = 0,04).

Polypes festonnés

L'identification de la filière des polypes festonnés (« *serrated adenomas* ») est assez récente et le niveau de preuve des données de la littérature concernant leurs modalités de surveillance est faible. Les présentes recommandations reposent principalement sur les données de la littérature et un consensus d'experts international récent [14].

Les polypes festonnés (PF) sans dysplasie sont surveillés comme les PBR ; les polypes festonnés avec dysplasie (quel que soit le grade) sont surveillés comme les PHR. En matière de polypes festonnés, la notion de degré de dysplasie n'existe pas.

Polypes hyperplasiques

- Les polypes hyperplasiques (PH) du côlon droit (en amont du recto-sigmoïde) et les polypes hyperplasiques supra-centimétriques (quelle que soit la topographie) doivent faire l'objet d'une lecture histologique afin de ne pas méconnaître un polype festonné.
- Les polypes hyperplasiques de moins de 10 mm du recto-sigmoïde ne sont pas un facteur de risque de survenue de CCR et sont surveillés en fonction du niveau de risque du patient lié aux antécédents familiaux.

Les délais du premier contrôle en cas de polypectomie d'un polype hyperpla-

sique ou festonné selon leurs définitions caractéristiques [11] au besoin après lecture histologique sont résumés Tableau III.

Arrêt de la surveillance coloscopique en fonction de l'âge

Le vieillissement est associé à une augmentation significative du risque de récurrence bien mesuré dans la méta-analyse de Martinez : RR de 1,39 après 60 ans, 1,72 après 70 ans et 2,70 après 80 ans. L'âge avancé est parallèlement associé à une augmentation significative de la morbidité liée à la réalisation de la coloscopie, notamment à partir de 80 ans, l'excès de risque de complication étant évalué à 70 % [15].

Ainsi, la discussion concernant l'arrêt de la surveillance coloscopique tiendra compte de l'âge du sujet, de ses comorbidités, de son espérance de vie estimée, de ses souhaits et motivations : elle sera partagée avec lui, notamment après information sur le rapport bénéfices-risques de l'examen. En l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible d'identifier un âge seuil à partir duquel le rapport bénéfices-risques d'une poursuite de la surveillance coloscopique deviendrait systématiquement défavorable.

Quel est l'impact des facteurs liés au patient sur les modalités de la surveillance ?

Cette partie des recommandations relève en partie du bon sens : arrêter un suivi chez des malades pour lesquels le rapport bénéfice-risque n'est pas bon : personnes à l'âge physiologique avancé (en général du fait comorbidités). Une espérance de vie de moins de 5 ans est une frontière raisonnable pour stopper les contrôles. Le risque de nouvelle lésion est plus élevé chez l'homme de plus de 60 ou 70 ans, mais ceci n'a pour l'instant pas été jugé devoir proposer des suivis différents en raison d'un RR de récurrence inconstamment significatif.

Place des antécédents familiaux

L'indication d'une coloscopie de dépistage reposant sur l'identification d'une population à risque de cancer colorectal par la présence d'un antécédent familial du premier degré n'est pas remise en cause. Ce qui change dans

cette nouvelle recommandation, c'est le délai du contrôle après polypectomie d'un PBR. Aucune recommandation ne peut être faite pour raccourcir les délais de surveillance post-polypectomie chez les patients ayant des antécédents familiaux par rapport aux patients sans antécédents familiaux de CCR ou d'adénome. La décision peut être adaptée aux contextes jugés particuliers (antécédents précoces ou multiples) mais ceci devra alors être transcrit dans le dossier médical et sur le compte-rendu d'examen. En particulier, ce contrôle n'est pas avancé à 3 ans au lieu de 5 ans pour les adénomes tubuleux, de moins de 10 mm et en dysplasie de bas grade (si le nombre est inférieur ou égal à 3).

Quand le premier contrôle est négatif (ou en présence de polypes hyperplasiques simples du recto-sigmoïde), il est possible de faire varier le second contrôle entre 5 et 10 ans, en fonction de l'importance des antécédents familiaux.

Le délai du contrôle ou l'arrêt de la surveillance peut être également modulé par :

- **Les comorbidités.** Un arrêt ou la poursuite de la surveillance en particulier après 80 ans, sera ou non indiqué en prenant en compte l'estimation de l'espérance de vie du patient (au moins 5 ans si > 80 ans); la traçabilité de cette décision doit apparaître dans le dossier médical.
- **L'âge ou le sexe.** Un âge > 60 ans voire 70 ans, ou le sexe masculin sont des critères inconstamment associés à un risque significatif (>1,5) de récurrence d'adénome (Rra), mais qui ne sont pas actuellement retenus dans les recommandations car le Rra est inconstant.
- **Le surpoids et le tabagisme** ne sont pas associés à une augmentation significative de récurrence d'adénome, et par conséquent ne sont pas retenus dans les recommandations.
- **La survenue dans l'intervalle de nouveaux symptômes ou d'un test fécal de dépistage positif.** Un contrôle est 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) alors réséqués. La traçabilité de la décision doit apparaître dans le dossier médical.

Principales nouveautés par rapport aux recommandations de 2004

- La qualité de la préparation à la coloscopie et sa complétude sont des prérequis pour décider de la date du contrôle.
- Les antécédents familiaux directs ne sont plus pris en compte pour moduler la surveillance après exérèse d'un polype adénomateux.
- Tout polype hyperplasique proximal ou de ≥ 10 mm doit faire l'objet d'une concertation avec l'anatomopathologiste pour le diagnostic différentiel avec un polype festonné.
- Les polypes festonnés avec présence d'une dysplasie sont classés à haut risque (contrôle à 3 ans).
- La composante vilieuse n'est plus prise en compte pour la définition des adénomes à haut risque.
- La surveillance après un contrôle à 5 ans sans nouveau polype, faisant suite à une coloscopie initiale avec PBR, pourrait être différé à 10 ans.

Conclusions

Depuis les recommandations HAS établies de mai à septembre 2013 [1], la société européenne d'endoscopie digestive (ESGE) a publié les siennes [13]. La comparaison de ces deux recommandations montre deux points de divergence :

- 1) la prise en compte de la composante vilieuse comme un facteur de définition de PHR ;
- 2) le délai du premier contrôle endoscopique à 10 ans ou retour au dépistage en population dans le groupe de PBR.

Mais aussi et surtout, 5 points de convergence :

- 1) identification de 2 groupes à risque de récurrence de type PBR et PHR ;
- 2) modalités de surveillance des patients porteurs de polypes à haut risque ;
- 3) modalités de stratification des polypes festonnés ;
- 4) non prise en compte des antécédents familiaux de cancer colorectal comme facteur de risque de récurrence et de contrôle rapproché ;
- 5) conduite à tenir face aux symptômes d'intervalle ou Hemocult II positif.

Références

1. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1695396/fr/quand-faut-il-faire-une-coloscopie-de-contrôle-après-une-polypectomie
2. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Endoscopie digestive basse: indications en dehors du dépistage en population. Argumentaire. Service des recommandations professionnelles, Editor 2004, Anaes: Saint-Denis.
3. Haute Autorité de Santé, Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes. Guide méthodologique; 2007, HAS: Saint-Denis.
4. Guyatt GH, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336:924-6.
5. Atkin WS, et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition - Colonoscopic surveillance following adenoma removal. *Endoscopy* 2012;44 Suppl 3:SE151-63.
6. NICE, Colonoscopic surveillance for prevention of colorectal cancer in people with ulcerative colitis, Crohn's disease or adenomas, in Clinical guideline 118, National Institute for Health and Care Excellence, Editor 2011: London.
7. Lieberman DA, 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;143:844-57.
8. Saini SD, et al. Incidence of advanced adenomas at surveillance colonoscopy in patients with a personal history of colon adenomas: a meta-analysis and systematic review. *Gastrointest Endosc* 2006;64:614-26.
9. Martínez ME, et al. A Pooled Analysis of Advanced Colorectal Neoplasia Diagnoses After Colonoscopic Polypectomy. *Gastroenterology* 2009;136:832-41.
10. De Jonge V, et al. Systematic literature review and pooled analyses of risk factors for finding adenomas at surveillance colonoscopy. *Endoscopy* 2011;43:560-72.
11. Heresbach D. Surveillance après polypectomie en 2013: doit-on actualiser les recommandations de la HAS de 2004 d'après les guidelines américains, britanniques et européens récents? *Acta Endoscopica* 2013;43: 60-8.
12. Protocole de surveillance coloscopique post-polypectomie: argumentaire. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/argumentaire_coloscopie_post-polypectomie.pdf
13. Letard JC, et al. Le compte rendu d'endoscopie. www.sfed.org/...sfed/files/recommandations/Compte-rendu_endodig.pdf
14. Rex DK, et al. Serrated lesions of the colorectum: review and recommendations from an expert panel. *Am J Gastroenterol* 2012;107: 1315-29.
15. Day LW, et al. Adverse events in older patients undergoing colonoscopy: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2011;74:885-96.

16. Cottet V, et al. Long-term risk of colorectal cancer after adenoma removal: a population-based cohort study. Gut 2012;61:1180-6.

17. Nishihara R, et al. Long-Term Colorectal-Cancer Incidence and Mortality after Lower Endoscopy? N Engl J Med 2013;369:1095-105.

18. Hassan C, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2013;45:842-51.

LES CINQ POINTS FORTS

Une nouvelle coloscopie avec préparation optimisée doit être proposée dans les 3 mois si :

- la préparation colique (appréciée par un score) est insuffisante ;
- la coloscopie est incomplète (non visualisation de l'orifice appendiculaire) ;
- l'exérèse est macroscopiquement et/ou microscopiquement incomplète.

Un contrôle coloscopique à trois ans est recommandé pour les adénomes considérés à haut risque de récurrence si :

- nombre ≥ 3 OU
- taille ≥ 10 mm OU
- présence d'une dysplasie de haut grade.

Les polypes festonnés avec dysplasie sont surveillés comme les polypes à haut risque. En matière de polypes festonnés, la notion de degré de dysplasie n'existe pas.

Tout polype hyperplasique de plus de 10 mm OU situé en amont du recto-sigmoïde nécessite une relecture histologique dans l'hypothèse de sa nature festonnée.

En cas de polypes de bas risque, le contrôle doit être fait à 5 ans. Si la coloscopie de contrôle est alors normale, le suivi ultérieur (5 ans ou 10 ans) dépend de la présence d'antécédent familial de cancer colorectal ou d'adénomes.

Questions à choix unique

Question 1

Lors du contrôle coloscopique, 5 ans après l'exérèse d'un adénome du côlon de 8 mm en dysplasie de bas grade, le score de Boston est de 5. Quelle proposition est recommandée ? (éléments de réponse dans les tableaux II et III)

- A. Coloscopie dans les 3 mois
- B. Coloscopie dans l'année
- C. Coloscopie à 3 ans
- D. Coloscopie virtuelle
- E. Capsule colique

Question 2

Chez un patient ayant eu une exérèse d'un adénome festonné dysplasique du côlon droit de 6 mm, quelle est la date du contrôle ? (éléments de réponse dans les tableaux II et III)

- A. Coloscopie dans les 3 mois
- B. Coloscopie dans l'année
- C. Coloscopie à 3 ans
- D. Coloscopie à 5 ans

Question 3

Chez un patient ayant eu l'exérèse de deux adénomes tubulo-villeux du côlon de 6 et 8 mm en dysplasie de bas grade et d'un polype hyperplasique rectal de 8 mm, quelle est la date du contrôle ? (éléments de réponse dans les tableaux II et III)

- A. Coloscopie dans les 3 mois
- B. Coloscopie dans l'année
- C. Coloscopie à 3 ans
- D. Coloscopie à 5 ans