



EMC
HGE

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

Contexte en 2002

Recommandation Pratique Clinique	ANDEM/SFED	1996
Conférence de Consensus	ANAES/SNFGE	1998

- Adénome
 - antécédent familial 1^e degré = ?
 - antécédent familial > 1 cm = ?
 - antécédent personnel < 1 cm = population générale ?

- Carcinome
 - antécédent familial > 60 ans = ?
 - antécédent familial 2^e degré = ?
 - antécédent personnel = 3 ans
 - antécédent personnel = 1 an si 3 adénomes dont 1 avancé

- Adénome transformé = définition ?

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

Objectifs FMC - HGE 2005

- Dépistage endoscopique : quels sujets ? quel rythme ?
- Surveillance endoscopique après polypectomie ?
- Surveillance endoscopique après chirurgie de cancer colorectal ?

RPC « Endoscopie digestive basse » *Juin 2004*

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

Dépistage endoscopique en France

Risque	Dépistage en cas de :	Avant 2004
• Moyen	- de masse et organisé - individuel	. Hemocult / 2 ans de 50 à 74 ans . ?
• Élevé	- ATCD familial d'adénome - ATCD familial CCR < 60 ans - ATCD familial CCR > 60 ans - ATCD familial CCR 2 ^e degré - ATCD personnel de MICI	. non . CT tous les 5 ans (45 ans) . non . non . non
• Très élevé	- PAF - HNPCC - Autre : Peutz-Jeghers, juvénile, MYH... ?	. RSS / an de la puberté à 40 ans . CT tous les 2 ans dès 25 ans . ?

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

Risque moyen : dépistage endoscopique

Dépistage en cas de :	RPC 2004	Risque
<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes abdominaux <ul style="list-style-type: none"> - < 50 ans et échec thérapeutique - > 50 ans 	<ul style="list-style-type: none"> CT CT 	<ul style="list-style-type: none"> . ad. avancé 6-25% . ad. avancé 1-4% si CT « inappropriée »
<ul style="list-style-type: none"> • Rectorragies chroniques <ul style="list-style-type: none"> - rouge foncé - isolées rouge vif > 50 ans - isolées rouge vif < 50 ans 	<ul style="list-style-type: none"> CT CT CT/RSS ? 	<ul style="list-style-type: none"> . adénome 6-30% et carcinome 2-11% . risque 3,7 (1,5-6,9) . ad. av. proximal 1-3%
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents <ul style="list-style-type: none"> - familial CCR > 60 ans - familial d'adénome > 60 ans - familial de CCR 2^e degré 	<ul style="list-style-type: none"> ? ? ? 	<ul style="list-style-type: none"> . de CCR 1,8 (1,5-2,2) . de CCR inconnu . de CCR si homme 1,5 (1,1-2,0) . de CCR si femme 1,3 (0,9-1,7)

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

Risque moyen : dépistage endoscopique

Dépistage en cas de :	RPC 2004	Argument
<ul style="list-style-type: none"> Endocardite <ul style="list-style-type: none"> - Strepto. bovis, groupe D - autres germes 	CT ?	. Risque de néoplasie 3,6 (1,4-9,4) . inconnu
<ul style="list-style-type: none"> Transplantation <ul style="list-style-type: none"> - avant - après 	? ?	. RR (rein) 3,2 (1,6-5,8) . RR (toutes) 1,2 (0,9-1,5) . RIS (toutes) 3,22 (2-6)
<ul style="list-style-type: none"> Diverticulose <ul style="list-style-type: none"> - non compliquée - compliquée (pendant) - compliquée (à distance) 	non contre-indiquée pré-op ou doute	---- ---- . 6% à 16% faux négatifs

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

Risque élevé : dépistage endoscopique

Dépistage	RPC 2004	Risque relatif
• ATCD familial de CCR		
- 1° < 60 ans	CT à 45 ans	3,2 (1,6-6,7)
- 1° > 60 ans	?	1,4 (0,7-3,1)
si normale	T0-T5-T10-T20	1,8 (1,5-2,2)
• ATCD familial de CCR	CT à 45 ans	4,2 (3-6)
- au 1° et multiple		
• ATCD familial d'adénome	oui et non ?	1,9 (1,5-2,5)
- 1° < 60 ans	CT à 45 ans	2,6 (1,5-4,6)
- 1° > 60 ans	non	inconnu

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

Risque très élevé : dépistage endoscopique

Dépistage en cas de :		RPC 2004	Argument
• PAF	- membre de la famille sauf mutation négative - cas index après colectomie	. RSS/an (10-12 ans) . . RSS/an (rectum)	. âge moyen des polypes (16 ans), et du CCR (39 ans) . . Cancer rectal : 2-10% à 50 ans et de 4-30% à 60 ans
• PAF	- polypose atténuée sauf mutation négative	. CT/an (30 ans)	. âge moyen du CCR (55 ans) . . + de localisation proximale
• MAP (MYH)	- membre de la famille sauf mutation négative	. CT à 30 ans ts les ? . . ≥ 5 ou ≥ 10 adénomes	. 4% polyposes APC non muté . . 50% CCR si homo ou hetero.
• HNPCC	- membre de la famille sauf mutation négative	. CT/2 ans (20-25 ans) . . y compris post-op	. âge moyen du CCR de 45 ans (26-68) . . CC metachrone 12% - 12 ans
• Polypose	- Peutz-Jeghers - juvénile	. CT/2-3 ans (18 ans) . . CT/2-3 ans (10-15 ans)	. risque cumulé de CCR 10-20% (âge 27-71 ans) . . si ≥ 3 hamartomes . . risque de CCR de 15 et 68% à 35 et 68 ans
	- hyperplasique	. ??????????????	

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

Surveillance endoscopique après polypectomie

- **Classification de Paris (2002)**
 - polypoïde . 0-I p pédiculé
s sessile
 - non polypoïde . 0-II a légèrement élevé
b plan
c légèrement déprimé
 - . 0-III ulcéré
- **Classification de Vienne (2002)**
 - 1 pas de néoplasie
 - 2 indéfinie
 - 3 néoplasie bas grade (adénome bénin)
 - 4 néoplasie haut grade
 - 4.1 DHG
 - 4.2 CIS (intra-épithélial)
 - 4.3 invasion muqueuse ?
 - 4.4 intra-muqueux
 - 5 infiltrant la sous muqueuse

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

Surveillance endoscopique après polypectomie

Adénome	Rythme	Risque
• Doute sur exérèse complète ou incomplète en pathologie (grades 3 ou 4)	. 3 mois	. ----
• Adénome avancé <i>ou</i> ≥ 3 adénomes <i>ou</i> adénome et ATCD familial de CCR	. 3 ans puis à T0-T3-T8-T13-T23	. ad. avancé à 5 ans 2,6 (2,0-3,1) . si ≥ 3 adénomes ad. non vu 16 vs 47% . récidence 3 vs 9%
• Adénome non avancé <i>et</i> ≤ 2 adénomes	. 5 ans puis à T0-T5-T10-T20	. adénome avancé de 5%, 10%, 20% à 10, 12, 16 ans . adénome non vu 6-14% si < 1 cm 21-27% si < 5 mm

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

Surveillance endoscopique après polypectomie

Adénome particulier	Rythme	Argument
<ul style="list-style-type: none"> Plan 	<ul style="list-style-type: none"> - identique aux adénomes l-p ou l-s 	<ul style="list-style-type: none"> . DHG ou CIS + fréquent 5-18% vs 0-9% . grade 4 et 5 corrélés à la taille 29% vs 4% (> 1 cm vs < 1 cm)
<ul style="list-style-type: none"> Festonné (serrated) 	<ul style="list-style-type: none"> - identique aux autres adénomes 	<ul style="list-style-type: none"> . Ad. festonné vs tubuleux DHG 2% vs 18% carcinome 4% vs 10%
<ul style="list-style-type: none"> Transformé <p>4.3 : suspect invasion (Tis)</p> <p>4.4 : invasion muqueuse (Tis)</p> <p>5 : infiltrant sous muq. (pT1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 3 ans sauf doute sur exérèse complète - 3 mois si pas colectomie 	<ul style="list-style-type: none"> - plan vs sessile, si plan: embols lymphatiques x3 grade 5 : 40% si ≤ 1 cm grade 5 : 13% vs 5%

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

Surveillance endoscopique après chirurgie colorectale

Recommandation	Rythme	Argument
<ul style="list-style-type: none"> ANDEM / SFED 1996 ANAES / SNFGE 1998 	<ul style="list-style-type: none"> . ? . 3 ans et ts les 5 ans . 1 an si ≥ 3 adénomes dont 1 avancé 	<ul style="list-style-type: none"> . CCR métachrone 3% à 20 ans 5% si adénome synchrone . risque d'adénome métachrone 54% vs 26% 73% vs 52%
<ul style="list-style-type: none"> ACS 2001 SOR 2000 	<ul style="list-style-type: none"> . 1 an, 3 ans et ts les 5 ans . 1 an puis selon résultat 	<ul style="list-style-type: none"> . après le contrôle à 1 an ts les ans = les 2 ans . délai récurrence médian 25 mois(10-73)
<ul style="list-style-type: none"> BSG 2002 	<ul style="list-style-type: none"> . tous les 5 ans 	
<ul style="list-style-type: none"> AGA 2003 	<ul style="list-style-type: none"> . à 3 ans, puis ts les 5 ans 	

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

Surveillance endoscopique après chirurgie colorectale

Coloscopie pré-op	Rythme	Argument
<ul style="list-style-type: none">• Complète	<ul style="list-style-type: none">- à 2-3 ans- tous les 5 ans- interruption si 3 coloscopies normales	<ul style="list-style-type: none">. risque 1,5% à 3-5 ans. risque 1,6 (1,2-2,2) / risque élevé. risque 6,8 (2,7-22,0) / risque moyen. risque 1,3 (1,0-1,6) femme < 65 ans. risque 2,3 (1,8-2,9) homme < 60 ans. récurrence CCR médiane 18 mois
<ul style="list-style-type: none">• Incomplète	<ul style="list-style-type: none">- à 6 mois puis identique	

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

RPC 2004 : Endoscopie digestive basse

Les changements : coloscopie totale si risque moyen de CCR et

- **Symptômes fonctionnels avant 50 ans et résistance au traitement**
- **Rectorragie rouge foncé : toujours**
- **Rectorragie rouge vif : toujours après 50 ans**

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

RPC 2004 : Endoscopie digestive basse

Les changements : coloscopie totale si risque élevé de CCR par

- ATCD familial au 1^{er} degré d'adénome avant 60 ans
- Acromégalie
- ATCD personnel de CCR : contrôle à 2-3 ans
- ATCD personnel d'adénome
 - . avancé ou ≥ 3 , ou ATCD familial: T0 - T3 - T8 - T13 - T23 ans
 - . non avancé et < 3 : T0 - T5 - T10 - T20 ans
- ATCD adénome transformé : à 3 ans mais 3 mois
 - . si exérèse incomplète et grade 4
 - . si grade 5 et pas de colectomie

Dépistage et surveillance endoscopique des tumeurs colorectales

RPC 2004 : Endoscopie digestive basse

Les interrogations : coloscopie totale et surveillance

- Rectorragies avant 50 ans : RSS ou CT ?
- ATCD familial de CCR après 60 ans (et avant 75 ans) ?
- ATCD familial d'adénome après 60 ans ?
- ATCD familial de CCR au 2^{ème} degré ?
- Délai de T10 à T20 et T13 à T23 ?
- Surveillance post-op du syndrome HNPCC
(colectomie vs résection)?
- Adénome transformé grade 5 et 1 des critères de sécurité ?



EMC
HGE