



> SYMPOSIUM 2005 <

Affections du tube digestif :
quelle surveillance
par endoscopie ?

SURVEILLANCE PAR ENDOSCOPIE DES AFFECTIONS DU COLON : ACTUALISATION 2004 DES RECOMMANDATIONS SUR L'ENDOSCOPIE BASSE

Professeur Jean-Christophe Saurin,
Centre Hospitalier Lyon Sud, Pierre-Bénite

Endoscopie pour symptômes : rectorragies

- Chroniques
- Sang rouge foncé
- Quelque soit l'âge
- Chroniques
- Sang rouge vif
- Proctologie négative
- Sujet de plus de 50 ans
- Aiguës abondantes
- Sang rouge vif

- Risque de cancer colo-rectal de 1 à 9 % chez les sujets de moins de 40 ans
- Sang rouge foncé : nettement associé à des lésions proximales
- Diagnostic : 68 %
- Préparation ++
- Précoce ++
- Diverticules
- Geste thérapeutique

Symptômes non spécifiques : modifications du transit, douleurs

Auteurs	n	Adénomes avancés (%)	Adénomes avancés proximaux (%)
<i>Liberman 2000</i>	3.000	10,5	2,3
<i>Imperial 2000</i>	1.994	5,6	1,1

D'après plusieurs études concordantes,
la fréquence des adénomes et cancers colo-rectaux :

- est supérieure à celle du groupe saignements
- est proche de celle chez les sujets asymptomatiques
- augmente avec l'âge du patient

Recommandations de pratiquer une coloscopie totale

- Si symptômes chez les sujets de plus de 50 ans
- Si absence de réponse à un traitement des symptômes d'une durée de 15 jours

Surveillance pour antécédents néoplasiques

Classification de Vienne

5 catégories :

- 1 : pas de néoplasie
- 2 : indéfini pour néoplasie
- 3 : néoplasie de bas-grade
- 4 : néoplasie de haut-grade (dysplasie de haut-grade, *in situ*, suspect d'être invasif, invasif intra-muqueux)
- 5 : infiltration de la sous-muqueuse

Surveillance pour antécédents personnels (1)

Adénome non transformé

- Exérèse potentiellement incomplète
→ coloscopie à 3 mois
- Exérèse complète → coloscopie à 5 ans,
puis à 5 ans, puis à 10 ans
- Exérèse complète, mais facteurs de risque de récurrence
(villeux, taille > 1 cm, nombre d'adénomes ≥ 3 ,
antécédents familiaux de cancer)
→ coloscopie à 3 ans, puis à 5 ans, puis à 5 ans,
puis à 10 ans

Surveillance pour antécédents personnels (2)

Adénome plan et adénome festonné

→ Prise en charge identique aux autres adénomes

Surveillance pour antécédents personnels (3) Polypes hyperplasiques

Coloscopie à 5 ans si :

- taille > 1 cm
- nombre > 5 et siège colique
- côlon proximal et contexte familial de polypose hyperplasique

Surveillance pour antécédents personnels (4)

Adénome transformé intra-muqueux

- Exérèse potentiellement incomplète
→ coloscopie à 3 mois
- Exérèse complète → coloscopie à 3 ans,
puis à 5 ans, puis à 10 ans

Surveillance pour antécédents personnels (5)

Adénome transformé sous-muqueux

- Exérèse potentiellement incomplète → colectomie
- Exérèse complète, critères histologiques défavorables (indifférencié, marge < 2 mm, envahissement vasculaire) → colectomie
- Exérèse complète, critères histologiques favorables → selon décision multidisciplinaire

Adénocarcinome sous-muqueux (1) sur polype pédiculé

Etudes rétrospectives endoscopiques
(pourcentage de récurrence locale ou métastatique)

Publications	n	Histologie favorable	Histologie défavorable
<i>Volk. Gastroenterology 1995</i>	47	0 %	30 %
<i>Cooper. Gastroenterology 1995</i>	104	2,9 %	19 %
<i>Morson. Gut 1984</i>	60	?	1 décès, métastases, indifférencié

Mortalité opératoire de 0 à 12 % chez les sujets de plus de 65 ans

Adénocarcinome sous-muqueux (2) sur polype sessile

- Aucune « grande » série endoscopique
- Série de *Tominaga K. Dis. Colon Rectum 2005; 48(1): 92-100* :
 - 155 cas, tous opérés
 - 12 % d'envahissement ganglionnaire
 - grade II ou III : 28 %
 - invasion lymphatique : 30 %
 - profondeur de l'invasion sous-muqueuse :
 - < 1 mm : 0 % (26 cas)
 - > 2 mm : 16 % (101 cas)

Surveillance pour antécédents familiaux

- **Qui ?**
 - Cas de cancer colo-rectal chez un parent au 1^{er} degré à un âge inférieur à 60 ans
 - 2 cas de cancer colo-rectal chez des parents au 1^{er} degré, ce quelque soit l'âge
 - Adénome chez un parent au 1^{er} degré à un âge inférieur à 60 ans
- **Quand ?**
 - A partir de 45 ans, tous les 5 ans
 - Ou 5 ans avant le cas index

PAF (Polypose Adénomateuse Familiale)

- Rectosigmoïdoscopie annuelle (pour détection) à partir de 10-12 ans
- Après colectomie, suivi annuel du rectum
- Surveillance par coloscopie totale avec des biopsies étagées
- Chromoscopie et suivi annuel après 30 ans pour une PAF atténuée
- Limites :
 - définition floue des PAF classiques par rapport aux atténuées
 - pourquoi après 30 ans ?

HNPPCC et autres polyposes

- **HNPPCC** (*Human Non Polyposis Colon Cancer*) :
 - début du suivi à 20-25 ans, puis tous les 2 ans
 - après colectomie segmentaire, suivi tous les 2 ans
 - chromoscopie systématique
- **Polypose juvénile** :
 - début du suivi à 10-15 ans, puis tous les 5 ans
- **Syndrome de Peutz-Jeghers** :
 - début du suivi à 18 ans, puis tous les 2-3 ans

Suivi des MICI (1)

Risque cumulé de cancer :

- à 10 ans : 2,1 %
- à 20 ans : 8,5 %
- à 30 ans : 17,8 %

Suivi des MICI (2)

- **Pas de dysplasie connue** → coloscopie avec chromoscopie et 2 à 4 biopsies tous les 10 cm en zone atteinte :
 - au moins 30 biopsies
 - tous les 2-3 ans
- **Pancolite, maladie de Crohn et Recto-Colite Hémorragique (RCH)** → suivi après 10 ans d'évolution (RPC 1998 : 15-20 ans)
- **Colite gauche** → suivi après 15 ans d'évolution

Suivi des MICI (3)

- **Dysplasie indéterminée** → contrôle à 6 mois
- **Dysplasies de bas-grade et de haut-grade**
→ 2^{ème} avis anatomo-pathologique
et décision thérapeutique
- **Lésion polypoïde** → prélèvements sur la lésion
et à son pourtour

Suivi des MICI (4)

- **Rétrospectif, sans chromoscopie :**

Rutter M.D. Gastrointest. Endosc. 2004; 60(3): 334-9 :

néoplasies chez 56 des 525 patients suivis pour RCH :
non visibles macroscopiquement
chez 10,7 % des patients

- **Prospectif, avec chromoscopie :**

Kiesslich R. Gastroenterology 2004; 124: 880 :

- néoplasies chez 42 des 160 patients suivis pour RCH
- aucune néoplasie dépistée
par les biopsies systématiques