

## Actualisation en 2004 des recommandations de pratique clinique concernant la coloscopie

Jean-Christophe SAURIN, Lyon-Pierre Bénite

La conférence de consensus de 1998 proposait une démarche globale de prise en charge du cancer colorectal. Le travail réalisé et publié en 2004 sous l'égide de l'ANAES apporte des précisions pratiques importantes centrées sur l'acte de coloscopie, et va représenter pour les gastroentérologues un référentiel important dans leur pratique quotidienne. Le groupe de travail s'est attaché à définir une conduite à tenir pour chaque situation pratique, ce qui explique une juxtaposition de recommandations très hétérogènes, mais qu'il était nécessaire d'envisager. Ont été prises en compte des nouveautés techniques (chromoscopie) et pathologiques (polyposes atténuées, adénomes festonnés), enfin des pathologies fréquentes mais pour lesquelles peu de recommandations françaises étaient disponibles, comme les MICI.

### Symptômes digestifs

Les RPC 2004 traitent 2 situations courantes, celle des rectorragies et celle des symptômes digestifs non spécifiques (troubles du transit et douleurs abdominales). Les recommandations concernant les saignements digestifs insistent sur l'indication de coloscopie totale pour des saignements rouge foncés, souvent en rapport avec des lésions proximales, pour les saignements rouge vif chroniques en ajoutant la notion d'âge (plus de 50 ans), et dans le cas de saignements aigus abondants dans une optique non pas de dépistage du cancer colorectal, mais d'identification et de traitement d'une étiologie de ce saignement aigu important. L'argumentaire concernant les symptômes digestifs non spécifiques est en faveur du faible risque de néoplasies, proche de la population générale dans ce groupe : pourtant, les recommandations poussent à la coloscopie chez toutes les personnes de plus de 50 ans, et en cas d'échec d'un traitement symptomatique quel que soit l'âge. Cette dernière recommandation devrait faire l'objet d'une réévaluation dans l'avenir.

### Données épidémiologiques récentes en situation fréquente

La surveillance après traitement d'une néoplasie colorectale est la clef de voûte de la prévention primaire et secondaire du cancer colorectal. Les RPC 2004 intègrent de nouveaux facteurs de risque en fonction des antécédents familiaux :

- un antécédent d'adénome avant 60 ans est un facteur de risque de cancer colorectal, justifiant la réalisation d'une coloscopie de dépistage vers 40-45 ans.

- les antécédents familiaux de cancer colorectal sont intégrés comme facteur de risque de récurrence d'adénome, justifiant de rapprocher à 3 ans au lieu de 5 ans la coloscopie de suivi après exérèse endoscopique d'un adénome colorectal (sur le même plan que les adénomes multiples ou avancés).

### Délais de coloscopie après exérèse d'adénomes :

Les RPC 2004 apportent une clarification très précieuse des délais de surveillance après exérèse d'adénomes colorectaux, concernant en particulier les délais de deuxième intention (selon le résultat de la 1<sup>o</sup> coloscopie de contrôle), permettant d'élargir progressivement l'interval de surveillance.

La notion de coloscopie rapprochée à 3 mois en cas de suspicion d'exérèse incomplète d'adénomes est ajoutée aux recommandations de 1998. Reste une imprécision qui est un réel problème dans le cas des adénomes transformés. L'impact de la morphologie de l'adénome (pédiculé ou sessile) en cas d'envahissement sous muqueux par un cancer, n'est pas clairement énoncé. Or, la littérature est très précise en ce qui concerne les adénomes pédiculés : plusieurs études dont celle de Cook en 1995 dans *Gastroenterology* montrent que le respect de critères histologiques précis permet de classer ces cancers sous-muqueux en catégorie à risque d'envahissement extra-pariétal ou quasiment sans risque (donc de considérer que le traitement endoscopique seul est satisfaisant). En revanche, la littérature est pauvre et imprécise en ce qui concerne les adénomes sessiles ou plans : peut-on réellement à l'heure actuelle conseiller autre chose qu'une colectomie complémentaire dans cette dernière situation ?

### Prise en compte des situations rares ou moins fréquentes.

Les RPC 2004 clarifient la conduite à tenir dans les contextes familiaux maintenant classiques que sont la polypose adénomateuse familiale et le syndrome HNPCC. Elle précisent la nécessité d'une coloscopie régulière dans le contexte de l'acromégalie. De façon ambitieuse mais peut-être un peu prématurée au vu des connaissances acquises, elle proposent un suivi modifié pour les polyposes dites atténuées par comparaison aux polyposes adénomateuses familiales classiques. Enfin ces RPC prennent en compte la nouvelle entité des adénomes festonnés, dont la surveillance doit se calquer sur celle des adénomes classiques.

**Clarification d'une situation importante de prédisposition au cancer.**

Un travail important de synthèse a été réalisé en ce qui concerne les maladies inflammatoires de l'intestin, pour lesquelles aucune recommandation en France n'avait été définie à ce jour. Les RPC 2004 sont très proches des recommandations américaines et anglaises, incluant une coloscopie totale à partir de 10 ans et 15 ans d'évolution pour une colite et une colite gauche respectivement. Cette surveillance

doit inclure, ce qui est nouveau, une chromoscopie systématique, et des biopsies étagées systématiques qui font en revanche actuellement l'objet d'un débat quant à leur réelle utilité. IL faut garder à l'esprit que la surveillance des MICI par rapport au risque de cancer n'est pas optimale puisque, dans les études prospectives les plus récentes, plus de la moitié des cancer diagnostiqués échappent au programme de surveillance endoscopique.