



> VIDÉO-DIGEST 2011 <
Etat de l'Art en Endoscopie

Jeudi 3 novembre
Palais des Congrès de Paris

SURVEILLANCE COLIQUE APRES POLYPECTOMIE OU CHIRURGIE

Professeur René Laugier, Marseille

Circonstances de la mise en place de la surveillance ?

Dépistage à 3 niveaux en France

- **1er niveau : patients à très haut risque**
 - Polyposes: PAF, MYH, Juvénile, Peutz-Jeghehrs ...
 - HNPCC et les cancers génétiques (MMR)
- **2^{ème} niveau : patients à haut risque**
 - Symptômes récents
 - ATCD personnels ou familiaux
 - MICI ancienne, acromégalie
- **3^{ème} niveau: patients à risque moyen**

Ni ATCD personnels ou familiaux, ni symptômes

Dépistage à 3 niveaux en France

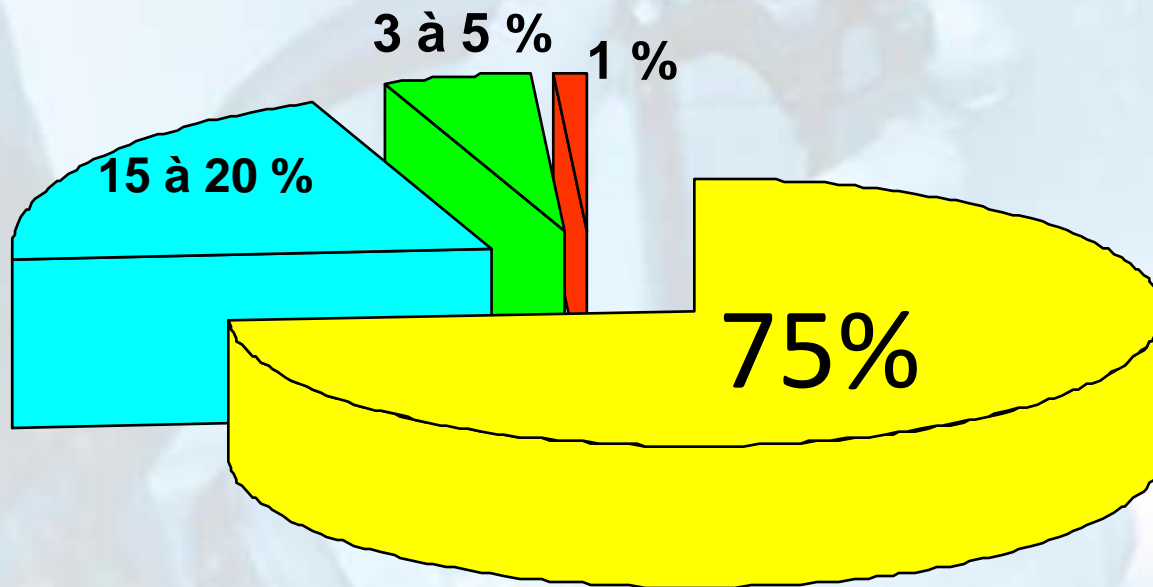
Sujets à risque très élevé

 Syndrome HNPCC  PAF, MYH

Risque cumulé : 70-100%

Sujets à risque élevé

Risque cumulé : 3-20%



Sujets à risque moyen

Risque cumulé : 3,5%

Quel rythme pour la surveillance ?

Selon les recommandations de l'ANAES d'avril 2004

- **Patients avec polyposes : dans la très grande majorité des cas: contrôle à 2 ans**
 - PAF atténuée
 - MYH
 - Peutz jehgers
 - Polypose juvénile

Coloscopie avec chromoscopie
Gastroscopie et duodénoscopie
Chirurgie si > 3 adénomes en DHG
- **HNPCC** : Coloscopie avec chromoscopie tous les 2 ans avec surveillance: utérus, ovaires...

Quel rythme pour la surveillance ?

Selon les recommandations de l'ANAES d'avril 2004

- Dans la très grande majorité des cas: contrôle à

5 ans

- Coloscopie normale
- 2^{ème} coloscopie normale à 5 ans: contrôle à 10 ans
- **Polypes hyperplasiques *** (même si > 1 cm ou > 5 en nombre)
- **Polypes adénomateux:** en DBG (classe 3 de Vienne), aucun « avancé », < 3 en nombre
- **Polype festonné:** 3 ans ?

* *Ces polypes ne sont pas à prendre en compte donc: pas de nouvelle coloscopie en cas de dépistage volontaire...et contrôle à 5 ans si suivi familial, de toutes les façons*

Quel rythme pour la surveillance ?

Selon les recommandations de l'ANAES d'avril 2004

- **Contrôle à 3 ans et non pas à 5 ans :**
 - **Plus de 3 polypes adénomateux** en DBG
 - **Un seul polype adénomateux** en DBG, mais chez un patient avec ATCD de CCR au premier degré
 - **Un polype adénomateux avancé :**
 - > 1 cm ou contingent vilieux > 25% ou DHG (classe 4.1 et 4.2 de Vienne)
 - **Un polype adénomateux transformé:** carcinome in situ (classe 4.3 et 4.4 de Vienne) *

* *contrôle à 3 ans trop lointain ????*

Quel rythme pour la surveillance ?

Selon les recommandations de l'ANAES d'avril 2004

- **Contrôle précoce à 3 mois et non pas à 3 ans :**
 - **S'il reste une partie de la lésion adénomateuse** (en DBG, ou avancée ou transformée), endoscopiquement, à la fin du geste initial ou s'il y a un doute*
 - **Si la résection semblait complète, mais** que le compte rendu histologique montre une absence de tissu sain sur les marges latérales *
 - ***En cas de polype transformé , après discussion avec le patient ???***
- * *Prévoir un tatouage pour repérer la lésion résiduelle ou en cas de geste difficile*

Quel rythme pour la surveillance ?

Selon les recommandations de l'ANAES d'avril 2004

- **Contrôle précoce à 3 mois :**
 - **En cas de coloscopie incomplète**, en prenant soin de bien le mentionner sur le compte-rendu
- **Contrôle précoce à 3 mois ou moins de 3 ans???**
 - **En cas de coloscopie complète** jusqu'au caecum mais avec au moins **1 segment exploré de manière non satisfaisante** du fait de la préparation (rôle des scores: Boston?)
 - 3 mois ???, 1 an ???, 2 ans ???

Surveillance après chirurgie colique

- **La coloscopie du diagnostic n'a pas été complète :**
 - Coloscopie à prévoir 6 mois après la chirurgie :
 - en l'absence de nouvelle lésion : contrôle à « 2 ou 3 ans » * puis le suivi rejoint les cas général

- **La coloscopie du diagnostic était complète:**
 - Premier contrôle à 2 ou 3 ans, puis le suivi rejoint le cas général *

** un an est presque toujours demandé par le patient...et pas facile à refuser...*

Surveillance après chirurgie colique pour polypose

- **Hémi-colectomie (HNPCC):**
 - coloscopie tous les 2 ans avec chromoscopie
- **Anastomose colo-rectale (Polypose):**
 - Rectoscopie et ablation de tous les polypes tous les ans. Surveillance gastrique et duodénale tous les 2 ans
- **Anastomose iléo-anale (Polypose):**
 - Anuscopie et ablation prudente des polypes de la marge et du réservoir. Surveillance gastrique et duodénale tous les 2 ans

Jusqu'à quand exercer cette surveillance ?

Pas de recommandations de l'ANAES

- **En cas d'ATCD personnels ou familiaux**, quel que soit l'âge du début de la surveillance, elle doit être maintenue, au moins jusqu'à l'âge de la fin officielle du dépistage organisé : **74 ans**
- **Que faire au-delà ?** : silence du texte !
Continuer en gardant le raisonnable... Selon l'état général !
- **En cas de dépistage volontaire et de coloscopie normale**: coloscopie tous les 10 ans ?? Ou une VCC ??

Comment informer de cette surveillance ?

Silence de l'ANAES !!

- **Une mention explicite du contrôle et de sa date doivent se trouver sur le compte rendu**
- **Dans les cas les plus simples**, ce sera 5 ou 3 ans (aspect des polypes, taille, nombre, localisation basse)
- **En cas de doute sur l'histologie**: préciser sur le compte rendu qu'un contrôle doit avoir lieu et en fixer la date au moment de l'annonce orale ou écrite, de l'analyse histologique

Comment rappeler la date de cette surveillance ?

Silence de l'ANAES !!

- **La SFED a pris position pour le rappel** du contrôle coloscopique **par lettres au médecin traitant et au patient** de la date de l'examen et de son importance
- Soit : **préventivement** au moment de la date prévue
- Soit : **à la demande**, en cas d'oubli de la part du patient

Une lettre type est à la disposition des HGE sur le site sfed.org

Conclusion

- Règles précises pas aussi compliquées qu'on le pensait au prime abord
- **Points à faire évoluer ??**: impréparation colique, polype festonné ? polype transformé?, après chirurgie pour CCR?
- **Nécessité de la mention du contrôle** dans le compte rendu
- **Nécessité d'un contact ultérieur avec le patient**, par courrier ou lors d'une consultation pour expliquer les résultats et préciser la conduite à tenir en termes d'intervention ou de suivi endoscopique