

Indications de la coloscopie totale (CT)

Dans diverses situations cliniques
chez les patients à **risque moyen***
de cancer colo-rectal (CCR)

* Défini comme le risque moyen de la population dans son ensemble

- **Hémocult positif**
(réalisé dans le cadre d'une campagne organisée et non pas à titre individuel)
- **Douleurs abdominales et/ou constipation et/ou diarrhée :**
 - après 50 ans
 - avant 50 ans en l'absence de réponse au traitement symptomatique
- **Rectorragies chroniques aiguës ou abondantes :**
 - saignements itératifs, rouges foncés, quelque soit l'âge
 - saignements itératifs, rouges vifs isolés, après 50 ans (recto-sigmoïdoscopie souple ou CT avant 50 ans)
 - saignements abondants dès que l'état clinique le permet
- **Diverticulose colique symptomatique :**
CT contre-indiquée en cas d'inflammation aiguë mais indiquée à distance si indication opératoire ou doute diagnostique avec un CCR
- **Endocardite à Streptococcus bovis ou D.**
- **Transplantation d'organe (pas de recommandation)**

Pour la surveillance ou le dépistage des sujets
(asymptomatiques) à **risque élevé de CCR**

- **Antécédent familial de CCR : un parent au 1^{er} degré de moins de 60 ans ou plusieurs parents au 1^{er} degré atteint(s) de CCR :**
 - CT à 45 ans ou 5 ans avant selon cas index, si celui-ci avait moins de 50 ans puis CT à 5 et 10 ans
 - si adénome y compris non-avancé : coloscopie de contrôle à 3 ans
- **Antécédent familial d'adénome colique chez un parent au 1^{er} degré avant 60 ans :**
CT à 45 ans ou 5 ans avant selon cas index, si celui-ci avait moins de 50 ans puis CT à 5 et 10 ans
- **Antécédent personnel de CCR après chirurgie :**
 - endoscopie digestive basse incomplète avant chirurgie : CT à 6 mois
 - endoscopie digestive basse complète : CT à 2-3 ans puis à 7-8 ans
- **Antécédent personnel d'acromégalie :**
 - endoscopie digestive basse dès le diagnostic établi puis selon le résultat

D'après les recommandations de la pratique clinique de l'endoscopie basse de l'ANAES :
« Indications en dehors du dépistage en population » Juillet 2004

Pour la surveillance ou le dépistage
des sujets (asymptomatiques)
à **risque très élevé de CCR**

- **PAF (polypose adénomateuse familiale) :**
 - membre d'une famille atteinte de PAF : Rectosigmoïdoscopie souple tous les ans à partir de l'âge de 10-12 ans
 - membre d'une famille atteinte de PAF atténuée : CT tous les ans à partir de l'âge de 30 ans
 - PAF après colectomie : RSS tous les ans
- **Syndrome de CCR héréditaire sans polypose (HNPCC) :**
 - membre d'une famille atteinte de HNPCC : CT tous les ans à partir de l'âge de 20-25 ans
 - HNPCC après traitement chirurgical : CT tous les 2 ans
- **Polypose juvénile (PJ) : membre d'une famille atteinte de PJ :**
CT tous les 2-3 ans à partir de l'âge de 10-15 ans
- **Syndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) : membre d'une famille atteinte de SPJ : CT tous les 2-3 ans à partir de 18 ans**
- **MICI, pancolite évoluée (> 10 ans) ou colite gauche (> 15 ans) :**
 - CT tous les 2 (pancolite) à 3 ans (colite gauche) et biopsies étagées tous les 10 cm (30 biopsies)
 - si dysplasie incertaine : CT à 6 mois

Pour la surveillance des patients après exérèse
d'un ou plusieurs polypes colo-rectaux

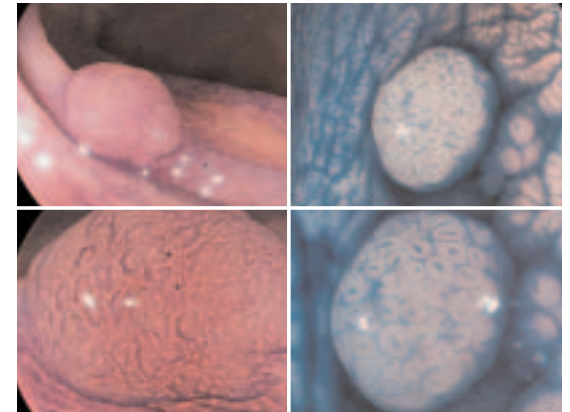
- **Polypes hyperplasiques (taille ≥ 1 cm, nombre ≥ 5 , siège colique ou proximal avec antécédent familial de polypose hyperplasique) :**
CT à 0, 5 et 15 ans
- **Adénomes de bas-grade (V3) ou adénomes avancés (taille ≥ 1 cm, tissu villositéux ≥ 25 %, dysplasie de haut grade (DHG) ou carcinome in situ) ou adénomes V4.1/V4.2 :**
 - exérèse incomplète : CT à 3 mois
 - exérèse complète : adénome avancé ou nombre ≥ 3 , ou antécédent familial de CCR : CT à 3, 8, 13 et 23 ans
 - exérèse complète : adénome non avancé, nombre < 3 , et pas d'antécédent familial de CCR : CT à 5, 10 et 20 ans
- **Adénomes transformés (V4.3, V4.4, V5) :**
 - exérèse incomplète (V4.3, V4.4) : CT à 3 mois puis à 3 ans si rien à 3 mois
 - exérèse complète (V4.3/4.4) : CT à 3 ans.
 - exérèse complète (V5) : CT à 3 mois si pas de colectomie de complément décidée.

Classification de Vienne
des néoplasies intra-épithéliales
et des cancers superficiels selon Schlemper 2000

- Catégorie V1 : pas de néoplasie
- Catégorie V2 : indéfini pour néoplasie
- Catégorie V3 : néoplasie bas grade
- Catégorie V4 : néoplasie haut grade
 - V4.1 - dysplasie haut grade
 - V4.2 - Cancer in situ (non invasif)
 - V4.3 - suspect d'être invasif
 - V4.4 - Cancer intra muqueux
- Catégorie V5 : Cancer infiltrant la sous muqueuse

FUJINON
FUJIFILM

Guide Pratique de la Coloscopie



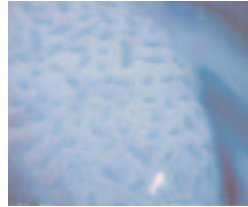
Recommandations pour la coloscopie totale. Commission Matériel et Imagerie de la SFED (www.sfed.org)

FUJINON - 43, avenue des 3 Peuples - BP 45
78185 ST QUENTIN EN YVELINES CEDEX
Tél. : 01 39 30 16 18

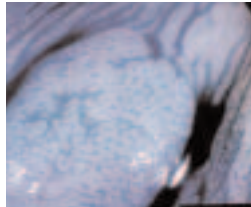
Classification des cryptes « Pit Pattern » dans le colon d'après Eto K. modifiée par Mitooka H.



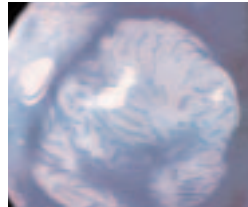
Type 1
Muqueuse colique normale.



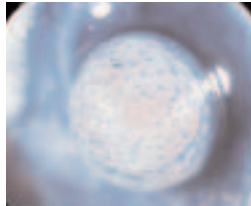
Type 5
Polype de type adénome tubuleux : cryptes allongées.



Type 2
Polype hyperplasique : cryptes en forme d'étoile.



Type 6
Polype de type adénome tubulo-villeux ou vilieux : cryptes allongées ramifiées longues ou cérébriformes.



Type 3
Polype hyperplasique ou inflammatoire : petites cryptes arrondies disposées **régulièrement**.



Type 7
Cancer étendu à la sous muqueuse : cryptes irrégulières et rares.



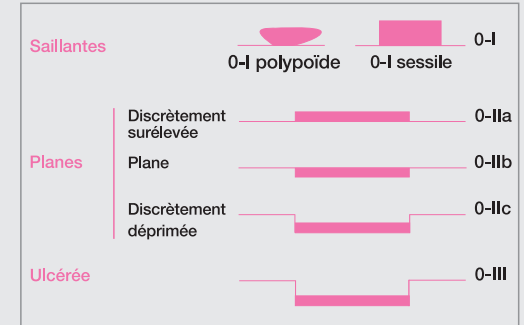
Type 4
Polype de type adénome tubuleux : petites cryptes arrondies disposées **irrégulièrement**.



Type 8
Cancer : petites cryptes de forme arrondies disposées de façon dense ou aspect en nid d'abeilles.



Classification endoscopique des lésions superficielles du tube digestif



*Classification de Paris.

Classification des lésions superficielles du tube digestif

