

**La prise en charge endoscopique des polyposes :
Recommandations de l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) 2019**

*Endoscopic management of polyposis syndromes:
European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline (2019)*

Traduction : Aymeric Becq

Relecture : Xavier Dray

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR LES PATIENTS AVEC UNE POLYPOSE

1. ESGE recommends that individuals with hereditary gastrointestinal polyposis syndromes should be surveilled in dedicated units that provide monitoring of compliance and endoscopic performance measures. Strong recommendation, moderate quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE recommande que les sujets avec une polypose gastro-intestinale héréditaire devraient avoir une surveillance dans un centre pouvant assurer le suivi de l'observance et mesurant les performances endoscopiques. Recommandation forte, niveau de preuve modéré, niveau de consensus 90 %.

2. ESGE recommends performing esophagogastroduodenoscopy, small-bowel examination, and/or colonoscopy earlier than the planned surveillance procedure if a patient is symptomatic. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande la réalisation d'une endoscopie œso-gastro-duodénale, un examen de l'intestin grêle, et/ou une coloscopie à une date plus précoce que celle planifiée dans le schéma de surveillance en cas de patient symptomatique. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

POLYPOSE ADÉNOMATEUSE FAMILIALE ET POLYPOSE ASSOCIÉE À LA MUTATION MUTYH

3. ESGE recommends that colonoscopy surveillance in asymptomatic individuals with familial adenomatous polyposis should start at the age of 12 – 14 years. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE recommande que la surveillance par coloscopie chez les sujets asymptomatiques avec polypose adénomateuse familiale devrait débuter à l'âge de 12-14 ans. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

4. ESGE recommends that colonoscopy surveillance of individuals with familial adenomatous polyposis with an intact colon should be performed every 1 –2 years depending on the polyp burden. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE recommande que la surveillance par coloscopie des sujets atteints de polypose adénomateuse familiale avec côlon en place devrait être effectuée tous les 1 à 2 ans en fonction de la charge en polypes. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

5. ESGE recommends that colonoscopy surveillance should start at the age of 18 years in asymptomatic individuals with MUTYH-associated polyposis. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE recommande que la surveillance par coloscopie devrait débuter à 18 ans chez les individus asymptomatiques avec polypose associée à la mutation MUTYH. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

6. ESGE recommends that colonoscopy surveillance of individuals with MUTYH-associated polyposis with intact colons should be performed every 1 – 2 years depending on the polyp burden. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE recommande que la surveillance par coloscopie chez les sujets atteints de polypose associée à la mutation MUTYH avec côlon en place devrait être effectuée tous les 1 à 2 ans en fonction de la charge en polypes. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

7. ESGE suggests that endoscopic management of colorectal adenomas alone is not recommended in individuals with familial adenomatous polyposis/MUTYH-associated polyposis. It may be considered in individuals who have an attenuated phenotype, provided that high quality surveillance and robust recall systems are in place. Weak recommendation, low quality of evidence, level of agreement 60%.

L'ESGE suggère que la prise en charge endoscopique seule des adénomes colorectaux n'est pas recommandée chez les sujets avec polypose adénomateuse familiale / polypose associée à la mutation MUTYH. Ceci peut être envisagé chez les sujets avec une forme phénotypique atténuée de polypose, sous réserve qu'une surveillance de haute qualité et qu'un système de suivi fiable soient déployés. Recommandation faible, niveau de preuve bas, niveau de consensus 60 %.

8. ESGE suggests that, in individuals with familial adenomatous polyposis/MUTYH-associated polyposis who are not in need of immediate colectomy and are manageable by endoscopy, all polyps > 5mm be removed. Weak recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE suggère, pour les individus dont la polypose adénomateuse familiale / polypose associée à la mutation MUTYH ne requière pas de colectomie immédiate et est gérable par endoscopie, que tous les polypes > 5 mm soient réséqués. Recommandation faible, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

9. ESGE suggests that the timing and type of surgery in individuals with familial adenomatous polyposis/MUTYH associated polyposis should be discussed in a multidisciplinary setting, thereby taking into account the sex (fertility), polyp burden, extensiveness of rectal involvement, personal and family history of desmoid disease, and mutation site in the context of social, personal, and educational factors. Weak recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90 %.

L'ESGE suggère que le timing et le type de chirurgie chez les individus avec polypose adénomateuse familiale / polypose associée à la mutation MUTYH devraient être discutés lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, avec prise en compte du sexe (fertilité), de la charge en polypes, de la sévérité de l'atteinte rectale, d'antécédents personnels ou familiaux d'atteinte desmoïde, et du site de la mutation, ceci selon le contexte social et personnel, et selon le niveau d'éducation. Recommandation faible, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

10. ESGE recommends endoscopic surveillance of the rectum or pouch every 1 – 2 years in individuals with familial adenomatous polyposis/MUTYH-associated polyposis depending on the polyp burden. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE recommande une surveillance endoscopique du rectum ou du réservoir toutes les 1 ou 2 années chez les individus avec polypose adénomateuse familiale / polypose associée à la mutation MUTYH en fonction de la charge en polypes. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

11. ESGE recommends endoscopic removal of all polyps > 5mm during surveillance of the rectum or pouch in patients with familial adenomatous polyposis/MUTYH associated polyposis. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande la résection endoscopique de tous les polypes > 5 mm au cours de la surveillance du rectum ou du réservoir chez les sujets avec polypose adénomateuse familiale / polypose associée à la mutation MUTYH. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

12 ESGE recommends all polyps be endoscopically removed at the anal transitional zone (rectal cuff) after proctocolectomy and ileo-pouch anal anastomosis. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 89%.

L'ESGE recommande la résection endoscopique de tous les polypes au niveau de la zone de transition anale (manchon rectal) après proctectomie et anastomose iléo-anale. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 89 %.

13. ESGE recommends that individuals with familial adenomatous polyposis start endoscopic duodenal surveillance at the age of 25 years. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande que les sujets avec polypose adénomateuse familiale débutent la surveillance endoscopique du duodénum à l'âge de 25 ans. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

14. ESGE recommends thorough inspection and description of the duodenum and ampullary site at every surveillance esophagogastroduodenoscopy in individuals with familial adenomatous polyposis/MUTYH-associated polyposis. The duodenal surveillance interval should be determined on the basis of polyp characteristics. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande un examen et une description méticuleux du duodénum et de l'ampoule lors de chaque endoscopie œso-gastro-duodénale chez les sujets avec polypose adénomateuse familiale / polypose associée à la mutation MUTYH. Le rythme de la surveillance du duodénum devrait être déterminé selon les caractéristiques des polypes. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

15. ESGE suggests considering endoscopic resection of nonampullary duodenal adenomas ≥ 10 mm in patients with familial adenomatous polyposis/MUTYH-associated polyposis. Weak recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE suggère d'envisager la résection endoscopique des adénomes duodénaux non ampullaires ≥ 10 mm chez les patients avec polypose adénomateuse familiale / polypose associée à la mutation MUTYH. Recommandation faible, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

16. ESGE suggests duodenal polyps and the ampulla should be biopsied only if they are not amenable to endoscopic removal, either because they are too large or because there is a suspicion of invasive growth. Weak recommendation, low quality of evidence, level of agreement 89 %.

L'ESGE suggère de biopsier les polypes duodénaux et l'ampoule seulement si ceux-ci ne sont pas résécables endoscopiquement, soit en raison d'une taille trop importante ou s'il existe une suspicion d'invasion. Recommandation faible, niveau de preuve bas, niveau de consensus 89 %.

17 ESGE recommends starting endoscopic duodenal surveillance in individuals with MUTYH-associated polyposis at 35 years of age. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE recommande de débiter la surveillance endoscopique du duodénum chez les sujets avec polypose associée à la mutation MUTYH à l'âge de 35 ans. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

18. ESGE suggests treatment for individuals with familial adenomatous polyposis/MUTYH-associated polyposis who have ampullary adenomas ≥ 10 mm showing excessive growth or suspicion of invasive growth should be discussed in a multidisciplinary setting. Weak recommendations, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE suggère que le traitement des sujets avec polypose adénomateuse familiale / polypose associée à la mutation MUTYH présentant un adénome ampillaire ≥ 10 mm avec augmentation de taille importante ou suspicion d'invasion devrait être discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire. Recommandation faible, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

19. ESGE suggests that endoscopic ultrasonography should not be routinely performed in the pretherapeutic evaluation of ampullary adenomas in individuals with familial adenomatous polyposis/MUTYH-associated polyposis. It may be considered for assessment of large or suspicious ampullas to help exclude invasive growth. Weak recommendation, low quality of evidence, level of agreement 89%.

L'ESGE suggère que l'écho-endoscopie ne devrait pas être effectuée à titre systématique lors de l'évaluation pré-thérapeutique des adénomes ampillaires chez les individus avec polypose adénomateuse familiale / polypose associée à la mutation MUTYH. L'écho-endoscopie peut être envisagée pour l'évaluation d'ampullomes de grande taille ou suspects, afin d'exclure un caractère invasif. Recommandation faible, niveau de preuve bas, niveau de consensus 89 %.

20 ESGE recommends performing thorough gastric assessment at the time of duodenal surveillance. If gastric adenomas are suspected, endoscopic resection is recommended, or surgical resection if endoscopically unresectable. Strong recommendation, moderate quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande la réalisation d'une évaluation gastrique méticuleuse lors de l'endoscopie pour surveillance duodénale. Si des adénomes gastriques sont suspectés, la résection endoscopique est recommandée, et si impossible, une résection chirurgicale. Recommandation forte, niveau de preuve modéré, niveau de consensus 100 %.

21. ESGE recommends that prophylactic duodenectomy in familial adenomatous polyposis/MUTYH-associated polyposis should be reserved for those patients with the most advanced disease, which cannot be endoscopically managed. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande que la duodénectomie prophylactique dans les cas de polypose adénomateuse familiale / polypose associée à la mutation MUTYH devrait être réservée aux patients avec une maladie plus avancée qui ne peut être traitée endoscopiquement. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

SYNDROME DE PEUTZ-JEGHERS

22. ESGE recommends a baseline esophagogastroduodenoscopy and colonoscopy at the age of 8 years in asymptomatic individuals with Peutz–Jeghers syndrome. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande une endoscopie œso-gastro-duodénale et une coloscopie initiales à l'âge de 8 ans chez les sujets asymptomatiques avec syndrome de Peutz-Jeghers. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

23. ESGE recommends starting routine esophagogastroduodenoscopy and colonoscopy surveillance at the age of 18 if the baseline endoscopy is negative. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande de débiter la surveillance routinière par endoscopie œso-gastro-duodénale et coloscopie à l'âge de 18 ans si les endoscopies initiales sont normales. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

24. ESGE recommends an interval of 1–3 years based on phenotype for esophagogastroduodenoscopy and colonoscopy. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande des intervalles de 1 à 3 ans en fonction du phénotype pour la surveillance par endoscopies œso-gastro-duodénale et coloscopie. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

25. ESGE recommends small-bowel surveillance from the age of 8 years in asymptomatic individuals with Peutz–Jeghers syndrome. Strong recommendation, moderate quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande une surveillance de l'intestin grêle à partir de l'âge de 8 ans chez les sujets asymptomatiques avec syndrome de Peutz-Jeghers. Recommandation forte, niveau de preuve modéré, niveau de consensus 100 %.

26. ESGE recommends an interval of 1 – 3 years based on phenotype for small-bowel surveillance. Strong recommendation, moderate quality of evidence, level of agreement 100 %.

L'ESGE recommande des intervalles de 1 à 3 ans en fonction du phénotype pour la surveillance de l'intestin grêle. Recommandation forte, niveau de preuve modéré, niveau de consensus 100 %.

27. ESGE recommends either MRI studies or video capsule enteroscopy for small-bowel surveillance. Strong recommendation, moderate quality of evidence, level of agreement 89 %.

L'ESGE recommande soit une IRM soit une vidéo-capsule intestinale pour la surveillance de l'intestin grêle. Recommandation forte, niveau de preuve modéré, niveau de consensus 89 %.

28. ESGE recommends that elective polypectomy should be performed for small-bowel polyps > 15 – 20mm to prevent intussusception. In a symptomatic patient, smaller polyps causing obstructive symptoms should be removed. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE recommande une polypectomie programmée pour les polypes de l'intestin grêle > 15-20 mm, afin de prévenir l'intussusception. Chez un patient symptomatique, de plus petits polypes causant des symptômes d'obstruction devraient être réséqués. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

29. ESGE recommends device-assisted enteroscopy for the removal of polyps. Based on phenotype, intraoperative enteroscopy could be considered. Strong recommendation, moderate quality of evidence, level of agreement 89%.

L'ESGE recommande une entéroscopie assistée par dispositif pour la résection des polypes. En fonction du phénotype, une entéroscopie per-opératoire peut être envisagée. Recommandation forte, niveau de preuve modéré, niveau de consensus 89 %.

POLYPOSE JUVÉNILE

30. ESGE recommends that colonoscopy screening in asymptomatic individuals with juvenile polyposis syndrome starts at the age of 12 – 15 years. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande d'initier un dépistage par coloscopie chez les sujets asymptomatiques avec polypose juvénile à partir de l'âge de 12-15 ans. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

31. ESGE recommends an interval of 1–3 years based on phenotype for routine colonoscopy surveillance in individuals with juvenile polyposis. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande un intervalle de 1 à 3 ans en fonction du phénotype pour la surveillance par coloscopie des sujets avec polypose juvénile. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

32. ESGE recommends that colorectal polyps > 10mm should be removed in individuals with juvenile polyposis syndrome to prevent complications and the development of colorectal cancer. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE recommande la résection des polypes colorectaux > 10 mm chez les sujets avec polypose juvénile afin de prévenir les complications et le développement d'un cancer colo-rectal. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

33. ESGE recommends that esophagogastroduodenoscopy surveillance should start at the age of 18 years in asymptomatic individuals with a SMAD4 mutation. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande que la surveillance par endoscopie œso-gastro-duodénale devrait débiter à l'âge de 18 ans chez les sujets asymptomatiques avec la mutation SMAD4. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

34. ESGE suggests that esophagogastroduodenoscopy surveillance should start at the age of 25 years in asymptomatic individuals with a BMPR1A mutation. Weak recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE recommande que la surveillance par endoscopie œso-gastro-duodénale devrait débuter à l'âge de 25 ans chez les sujets asymptomatiques avec la mutation BMPR1A. Recommandation faible, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

35. ESGE recommends an interval of 1–3 years depending on phenotype for esophagogastroduodenoscopy surveillance in individuals with juvenile polyposis syndrome. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE recommande un intervalle de 1 à 3 ans en fonction du phénotype pour la surveillance par endoscopie œso-gastro-duodénale des individus avec polypose juvénile. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

36. ESGE recommends gastric management (polypectomy, surgery, surveillance) be discussed in expert multidisciplinary teams as no clear algorithm can be proposed based on the available data. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande de discuter de la prise en charge des affections gastriques (polypectomie, chirurgie, surveillance) en réunion de concertation pluridisciplinaire experte compte tenu du fait qu'aucun algorithme décisionnel ne peut être proposé au regard des données actuelles de la littérature. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

37. ESGE does not recommend small-bowel surveillance in asymptomatic individuals with juvenile polyposis syndrome. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE ne recommande pas de surveillance de l'intestin grêle chez les sujets asymptomatiques avec polypose juvénile. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

POLYPOSE FESTONNÉE

38. ESGE recommends endoscopic removal of all polyps ≥ 5 mm and all polyps of any size with optical suspicion of dysplasia in individuals with serrated polyposis syndrome before and after entering surveillance. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande la résection endoscopique de tous les polypes ≥ 5 mm et de tous les polypes quelle que soit leur taille en cas de suspicion visuelle de dysplasie, chez les sujets avec polypose festonnée, avant ou après le début de la phase de surveillance. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

39. ESGE recommends a surveillance interval of 1 year following a colonoscopy with ≥ 1 advanced polyp¹ or ≥ 5 nonadvanced clinically relevant polyps². Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 80%.

L'ESGE recommande un intervalle de surveillance de 1 an après une coloscopie montrant ≥ 1 polype avancé¹ ou ≥ 5 polypes non avancés cliniquement significants². Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 80 %.

40. ESGE recommends a surveillance interval of 2 years in patients with no advanced polyps¹ or < 5 non-advanced clinically relevant polyps². Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 100%.

L'ESGE recommande un intervalle de surveillance de 2 ans chez les patients n'ayant pas de polype avancé¹ ou < 5 polypes non avancés cliniquement significants². Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 100 %.

41 ESGE recommends the use of high definition systems in the endoscopic surveillance of individuals with serrated polyposis syndrome. Strong recommendation, moderate quality of evidence, level of agreement 89 %.

L'ESGE recommande l'utilisation de systèmes de haute définition pour la surveillance endoscopique des sujets avec polypose festonnée. Recommandation forte, niveau de preuve modéré, niveau de consensus 89 %.

42. ESGE recommends that, for first-degree relatives of individuals with serrated polyposis syndrome, colorectal cancer screening by colonoscopy should be offered from the age of 45 years. Strong recommendation, moderate quality of evidence, level of agreement 80 %.

L'ESGE recommande que, pour les apparentés au premier degré d'individus avec une polypose festonnée, le dépistage du cancer colo-rectal par coloscopie devrait être proposé à partir de l'âge de 45 ans. Recommandation forte, niveau de preuve modéré, niveau de consensus 80 %.

43. ESGE recommends that, for first-degree relatives of individuals with serrated polyposis syndrome, colorectal cancer screening by colonoscopy should be offered every 5 years. If polyps are found, surveillance should be based on polyp characterization. Strong recommendation, low quality of evidence, level of agreement 90%.

L'ESGE recommande que, pour les apparentés au premier degré d'individus avec une polypose festonnée, le dépistage du cancer colo-rectal par coloscopie devrait être proposé tous les 5 ans. En cas de détection de polypes, le rythme de surveillance devrait être fondé sur la caractérisation de ces polypes. Recommandation forte, niveau de preuve bas, niveau de consensus 90 %.

1 Advanced polyps: (tubulo)villous adenomas, adenomas with high grade dysplasia, adenomas \geq 10mm in diameter, traditional serrated adenomas, serrated lesions with dysplasia, serrated lesions \geq 10mm in diameter.

Polypes avancés : adénomes (tubulo)villoux, adénomes avec dysplasie de haut grade, adénomes \geq 10 mm de diamètre, adénomes festonnés traditionnels, lésions festonnées avec dysplasie, lésions festonnées \geq 10 mm de diamètre.

2 Non-advanced clinically relevant polyps: any adenoma or serrated polyp that does not meet the criteria for an "advanced polyp," with the exception of hyperplastic polyps < 5mm in diameter (which can be left in situ).

Polypes non avancés cliniquement significants : tout adénome ou polype festonné ne présentant pas les caractéristiques d'un polype avancé, exception faite des polypes hyperplasiques < 5 mm de diamètre (qui peuvent être laissés en place).

BIBLIOGRAPHIE

van Leerdam ME, Roos VH, van Hooft JE et al. Endoscopic management of polyposis syndromes: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2019 Sep;51(9):877-895. doi: 10.1055/a-0965-0605. Epub 2019 Jul 23.