

# ***Recommandations pour le suivi après polypectomie***

**Nazim KORTI**

**Chu Oran**

**Blida 11/05/2023**

**mindar**

# Références médicales

- recommandations publiées en 2021 par la SFED .
- recommandations européennes établies en 2020 par l'ESGE.
- British Society of Gastroenterology/Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland/Public Health England post-polypectomy and post-colorectal cancer resection surveillance guidelines. Gut. 2020.

# Préambule I

- Une partie des patientes et patients présentant des polypes colorectaux découverts lors de la coloscopie de base ont un risque accru de développement métachrone de polypes avancés ou d'un CCR.
- L'objectif principal de la surveillance coloscopique est de réduire le risque de survenue ultérieure d'un CCR avec le moins de coloscopies de suivi possible.
- La stratification du risque de CCR se base sur les résultats de la coloscopie de base, à savoir le sous-type, la taille et le nombre de polypes ainsi que leur localisation et leurs caractéristiques histologiques.

# Préambule II

- Les coloscopies de contrôle représentent jusqu'à 40 % de toutes les coloscopies pratiquées par les HGE.
- On estime qu'un tiers de la charge de travail liée à un programme organisé de dépistage du CCR est liée à des intervalles de surveillance inadaptés.

van Heijningen E-MB, et al. Adherence to surveillance guidelines after removal of colorectal adenomas: a large, community-based study. Gut. oct 2015.

- Une revue systematique de 16 etudes publiee en 2019 a montre que les delais de surveillance etaient conformes aux recommandations dans 48,8 % des cas (IC95 % 37,3 - 60,4) (15).
- L'intervalles de surveillance etait plus long ou plus court que celui recommande dans respectivement 42,6 % (95 % IC 32,9 - 52,7) et 7,9 % (95 % IC 0 - 26,4) des cas.

Djinbachian R, et al. Adherence to post-polypectomy surveillance guidelines: a systematic review and meta-analysis. Endoscopy. 2019;

# Objectifs

- L'objectif principal de la surveillance coloscopique est de réduire le risque de survenue ultérieure d'un CCR avec le moins de coloscopies de suivi possible.
- La stratification du risque de CCR se base sur les résultats de la coloscopie de base, à savoir le sous-type, la taille et le nombre de polypes ainsi que leur localisation et leurs caractéristiques histologiques.

# Classification des polypes colorectaux OMS .

## Polypes adénomateux

Adénome tubulaire avec dysplasie de bas grade / dysplasie de haut grade

Adénome tubulo-villeux avec dysplasie de bas grade / dysplasie de haut grade

Adénome vilieux avec dysplasie de bas grade / dysplasie de haut grade

## Polypes et lésions festonnés

Polype hyperplasique (de type microvésiculaire, de type à cellules caliciformes)

Lésion festonnée sessile

– sans dysplasie

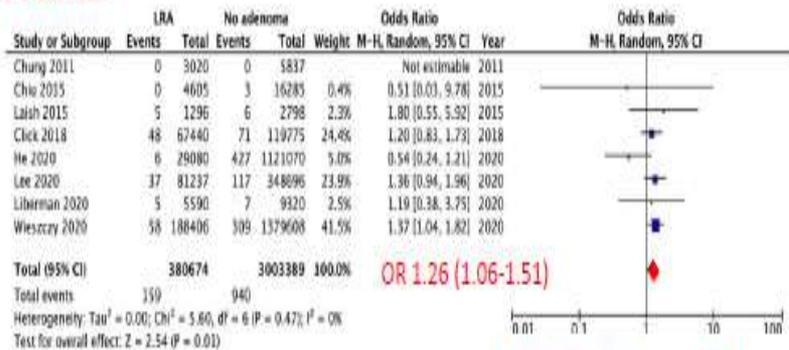
– avec dysplasie

Adénome festonné traditionnel

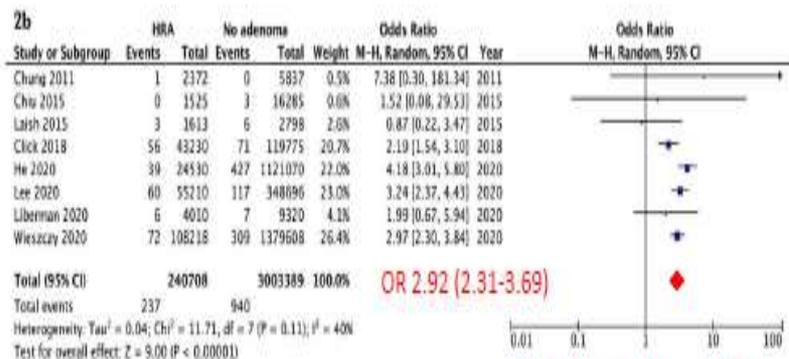
– dysplasie de bas grade

– dysplasie de haut grade

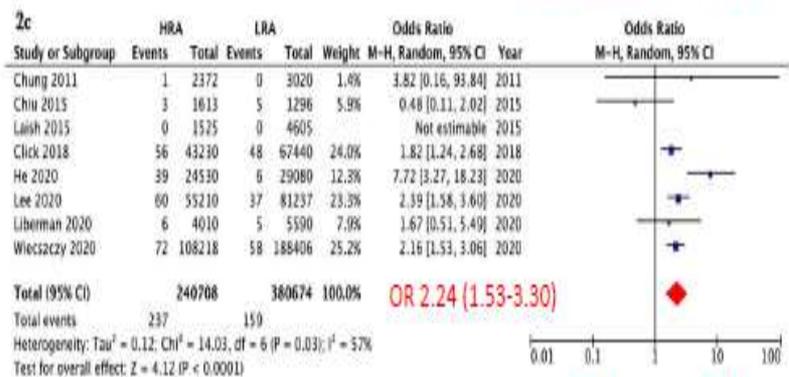
# Incidence



No adenoma LRA

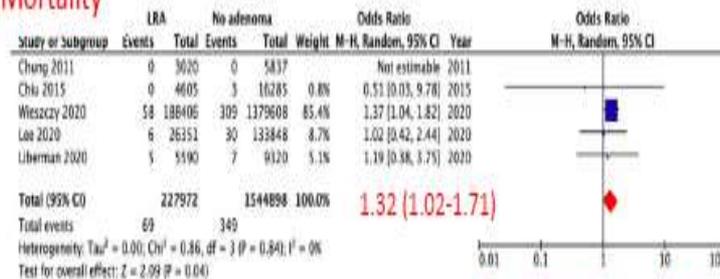


No adenoma HRA

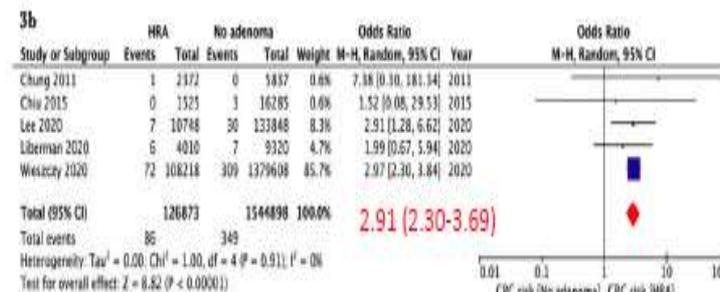


LRA HRA

# Mortality



No adenoma LRA



No adenoma HRA



LRA HRA

Duvvuri A et al. Risk of Colorectal Cancer and Cancer Related Mortality After Detection of Low-risk or High-risk Adenomas, Compared With No Adenoma, at Index Colonoscopy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*. 2021;160:1986-96 .

Méta-analyse de Duvvuri et al. (Gastroenterology, 2021)

12 études ; > 500 000 patients ; durée moyenne du suivi 8,5 ans

	Incidence du CCR (pour 10 <sup>4</sup> patients.années)			
Absence d'adénomes	3,4	] OR: 1,26 (IC 95% : 1,06-1,51)	] OR: 2,35 (IC 95% : 1,72-3,20)	] OR: 2,92 (IC 95% : 2,31-3,69)
Adénomes à faible risque	4,5			
Adénomes à haut risque	13,8			
	Mortalité du CCR (pour 10 <sup>4</sup> patients.années)			
Absence d'adénomes	0,71	] OR: 1,15 (IC 95% : 0,76-1,74)	] OR: 2,48 (IC 95% : 1,30-4,75)	] OR: 2,69 (IC 95% : 1,87-3,87)
Adénomes à faible risque	0,78			
Adénomes à haut risque	2,07			

- Cette meta-analyse portait sur 12 etudes
- ayant inclus plus de 500 000 patients
- avec une duree moyenne du suivi de 8,5 ans.
- le risque de CCR metachrone et la mortalite liee au CCR etaient significativement plus eleves chez les patients ayant des adenomes a haut risque.
- que ce risque etait comparable chez les patients avec des adenomes a faible risque et les patients ne presentant pas d'adenomes.

# Définition des niveaux de risque

- 2 niveaux de risque de CCR après polypectomie
- **Risque élevé de CCR après polypectomie :**
  - de 5 adénomes ou plus
  - d'au moins un adénome de taille  $\geq 10$  mm ou en dysplasie de haut grade (y compris pTis)
  - d'au moins un polype festonné (y compris polype hyperplasique) de taille  $\geq 10$  mm ou comportant des lésions de dysplasie
- **Risque faible de CCR après polypectomie :**
  - de moins de 5 adénomes, tous de taille  $< 10$  mm et en dysplasie de bas grade
  - d'un ou de plusieurs polype(s) festonné(s), tous de taille  $< 10$  mm et ne comportant pas de dysplasie
  - le caractère vilieux ou tubulo-vilieux ne modifie en rien son mode de surveillance.

# application des recommandations

- Si la coloscopie initiale n'était pas de qualité : réalisation d'une nouvelle coloscopie dans un délai maximal d'un an.

## Rappel des critères de qualité de la coloscopie :

- complète jusqu'au caecum
- avec une préparation adéquate (Boston  $\geq 7$ )
- avec résection complète de tous les polypes
- avec un taux de détection des adénomes  $\geq 25\%$  lorsqu'il est mesuré à partir de toutes les coloscopies ou  $\geq 45\%$  pour les coloscopies FIT+

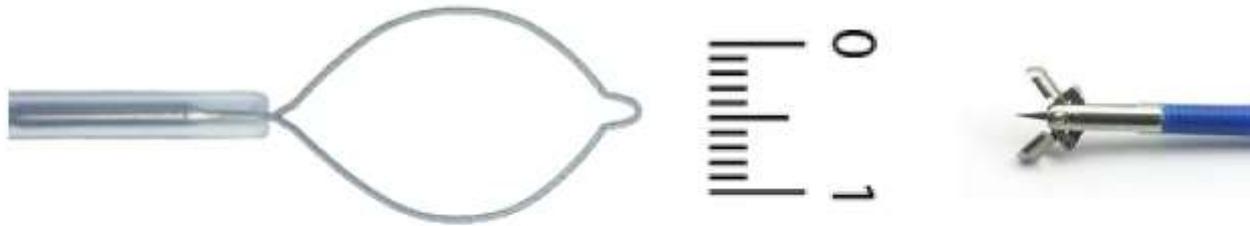
- études ont montre que le renforcement de la surveillance endoscopique ne peut pas compenser une coloscopie initiale sub-optimale. **une cohorte de 11 944 patients**
- avec un suivi moyen de prés de 8 ans, il a ete demontre qu'un examen sub-optimal confere un risque plus eleve d'incidence du CCR et de mortalite apres polypectomie (coloscopie incomplete
- : rapport de risque (HR) 1.8 ; intervalle de confiance (IC) 1.34-2.41 ;

Atkin W, et al. Adenoma surveillance and colorectal cancer incidence: a retrospective, multicentre, cohort study. Lancet Oncol.2017;

# **Définition des intervalles pour la coloscopie de contrôle post-polypectomie**

- C'est le temps qui augmente le risque pour l'incidence et la mortalité du CCR après polypectomie.

# Appréciation de la taille des polypes



Evaluation par rapport à une référence

# Modalités d'information des patients

- information écrite doit mentionner
- l'intervalle de surveillance approprié selon :
- les caractéristiques endoscopiques
- histologiques des polypes
- les facteurs liés au patient.

## Nb:

finaliser son compte-rendu de coloscopie après avoir reçu le compte-rendu de l'examen anatomo-pathologique.

# Intervalles de surveillance

Intervalle pour la  
1<sup>ère</sup> coloscopie de surveillance

Intervalle pour la  
2<sup>e</sup> coloscopie de surveillance

Intervalle pour la  
3<sup>e</sup> coloscopie de surveillance

Capture rectangulaire

## Polypes adénomateux

### Définition

Faible risque

- Nombre:  $\leq 4$   
et
- Taille:  $< 10$  mm  
et
- Facteurs histologiques: dysplasie de bas grade

10 ans:

Coloscopie ou reprise du programme de dépistage cantonal (FIT)

Haut risque

- Nombre:  $\geq 5$   
ou
- Taille:  $\geq 10$  mm  
ou
- Facteurs histologiques: dysplasie de haut grade

3 ans

- De nouveau adénomes à haut risque: 3 ans
- Absence d'adénomes ou adénomes à faible risque: 5 ans

- De nouveau adénomes à haut risque: 3 ans
- Absence d'adénomes ou adénomes à faible risque: coloscopie ou reprise du programme de dépistage cantonal (FIT)

---

## Polypes et lésions festonnés (PH, LFS, AFT)

---

### Définition

---

#### Faible risque

- Taille: <10 mm  
et
- Facteurs histologiques: absence de dysplasie

10 ans:

Coloscopie ou reprise du programme de dépistage cantonal (FIT)

---

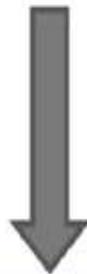
#### Haut risque

- Taille:  $\geq 10$  mm  
ou
  - Facteurs histologiques: dysplasie quel que soit le grade  
ou
  - Adénome festonné traditionnel (indépendamment de la taille et du grade de dysplasie)
-

# SFED

COLOSCOPIE NORMALE

Polypes Hyperplasiques < 10 mm



CONSULTATION DE PREVENTION PERSONNALISEE (5 ans)

COLOSCOPIE à 10 ans

OU

FIT tous les 2 ans (DOCCR)

RISQUE FAIBLE DE CCR APRES POLYPECTOMIE

- 1 ou 2 adénomes tous de taille < 10 mm et en DBG



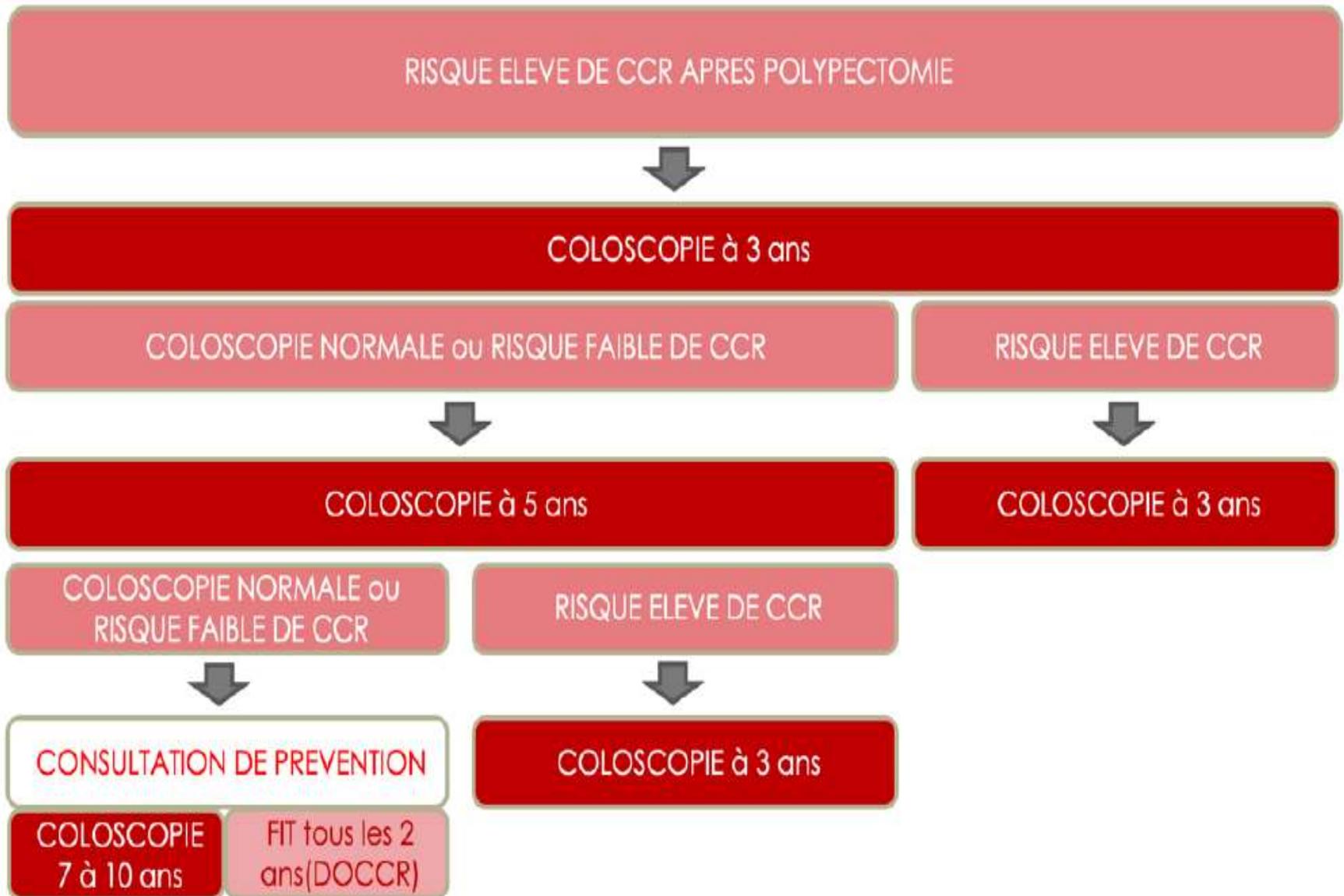
COLOSCOPIE  
7 à 10 ans

- 3 ou 4 adénomes tous de taille < 10 mm et en DBG
- polype(s) festonné(s) de taille < 10 mm et sans dysplasie



COLOSCOPIE à 5 ans

# SFED



## RISQUE FAIBLE DE CCR APRES POLYPECTOMIE

- 1 ou 2 adénomes tous de taille < 10 mm et en DBG

- 3 ou 4 adénomes tous de taille < 10 mm et en DBG
- polype(s) festonné(s) de taille < 10 mm et sans dysplasie

CONSULTATION de  
PREVENTION à 5 ans

COLOSCOPIE  
entre 7 et 10 ans  
ou  
FIT à 5 ans

## RISQUE ELEVE DE CCR APRES POLYPECTOMIE

- $\geq 5$  adénomes
- $\geq 1$  adénome de taille  $\geq 10$  mm ou en DHG (y compris Tis)
- $\geq 1$  polype festonné de taille  $\geq 10$  mm ou comportant des lésions de dysplasie

COLOSCOPIE à 3 ans

# Cas particuliers

## **Exérèse endoscopique macroscopiquement complète en plusieurs fragments**

- polype  $\geq 20$  mm non dégénéré
  - coloscopie entre 3 à 6 mois
  - puis 12 mois après pour détecter une récurrence tardive
- polypes  $< 20$  mm
  - doit être évitée
  - si exérèse complexe : un contrôle endoscopique précoce peut se discuter

## **Détection des récurrences au niveau du site d'exérèse**

- évaluation par technique d'imagerie avancée
- pas de recours systématique à des biopsies de la cicatrice

## **Exérèse macroscopiquement incomplète (en dehors d'un cancer)**

- référer le patient à un centre expert avec des photos du polype

## Exérèse chirurgicale à visée curative d'un CCR «sporadique»

- Coloscopie dans les 6 mois après la chirurgie en l'absence de coloscopie de bonne qualité avant la chirurgie
- Première coloscopie de contrôle 1 an après la chirurgie
- Deuxième coloscopie de contrôle 3 ans plus tard, et une troisième 5 ans après la deuxième
- Si de nouveaux polypes sont détectés lors des coloscopies de contrôle, des intervalles de surveillance plus courts peuvent être envisagés
- Pas de stratégie de surveillance endoscopique plus « intensive » faute de bénéfice démontré

# suivi après résection endoscopique de polypes colorectaux avec carcinome pT1.

## Classification pronostique

Polype sessile avec carcinome pT1 à faible risque

Résection complète sur le plan endoscopique et histologique

Différenciation de bas grade (G1-2)

Profondeur d'infiltration <1000 µm

Pas d'invasion vasculaire

Bourgeonnement tumoral BD 1

Polype pédiculé avec carcinome pT1 à faible risque

Résection complète sur le plan endoscopique et histologique

Différenciation de bas grade (G1-2)

Profondeur d'infiltration Haggitt 1-2  
(tige du polype exempte de carcinome)

Pas d'invasion vasculaire

Bourgeonnement tumoral BD 1

suivi après résection endoscopique de polypes colorectaux avec  
carcinome pT1.

---

## Approche thérapeutique

---

Polype sessile/ pédiculé avec  
carcinome pT1 à faible risque

Tous les critères remplis

---

Contrôle endoscopique du site de résection après  
3 mois, si rien d'anormal: après 3 ans

---

Polype sessile/ pédiculé avec  
carcinome pT1 à haut risque

Critères de faible risque pas tous remplis

---

Présentation au tumor board; en cas d'opération,  
suivi selon le stade TNM

---

# Fin du suivi

- Plusieurs études documentent un risque accru de complications de la coloscopie avec polypectomie chez les personnes âgées.
- Il n'existe pas de lignes directrices à ce sujet; l'indication de la coloscopie de suivi chez les personnes âgées doit être individualisée.
- Il convient de renoncer à une coloscopie de suivi en cas de situation à faible risque et d'espérance de vie attendue de <10 ans.

## EN vie réelle

- Une revue systématique publiée en 2019 a pourtant montré que la coloscopie de suivi n'a été effectuée au moment recommandé que dans environ 50% des cas (dans 43% des cas, l'examen a eu lieu trop tard, dans 8% trop tôt)

# CONCLUSION

- les recommandations consensuelles constituent une aide pour la planification du suivi après une polypectomie coloscopique dans la pratique clinique quotidienne.
- Une qualité élevée de la coloscopie de base constitue le prérequis fondamental pour pouvoir appliquer les recommandations .
- L'objectif principal de la surveillance coloscopique est de réduire le risque de survenue ultérieure d'un CCR avec le moins de coloscopies de suivi possible.

***Merci de votre attention***