



**MASTERCLASS DE
FORMATION EN
ENDOSCOPIE DIGESTIVE**

Recommandations pour le suivi après polypectomie

Pr Nazim KORTI

Chu Oran

Blida 08.02.2024

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

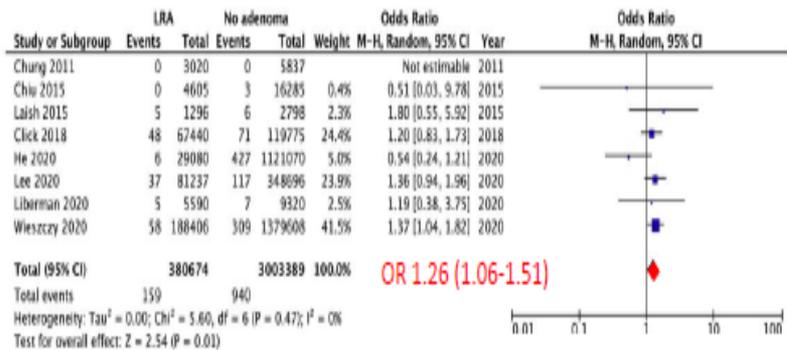
– avec dysplasie

Adénome festonné traditionnel

– dysplasie de bas grade

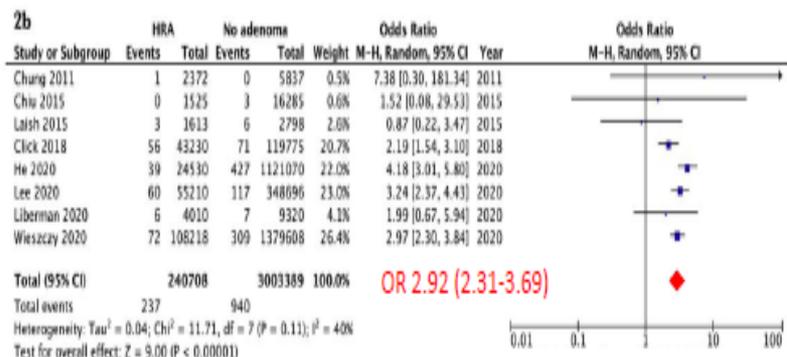
– dysplasie de haut grade

Incidence



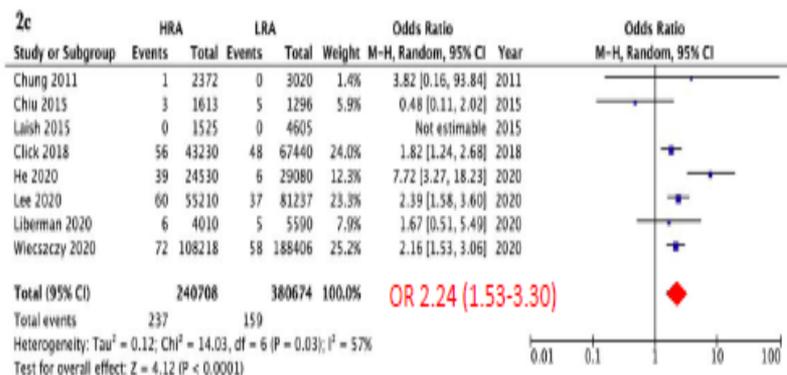
OR 1.26 (1.06-1.51)

No adenoma LRA



OR 2.92 (2.31-3.69)

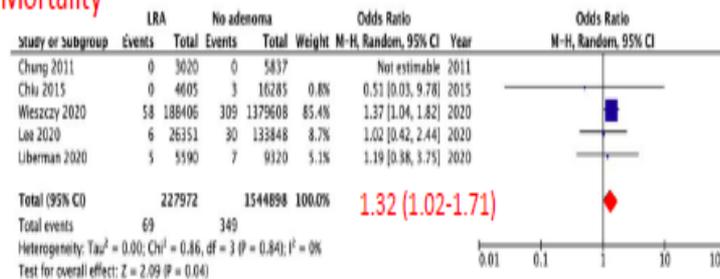
No adenoma HRA



OR 2.24 (1.53-3.30)

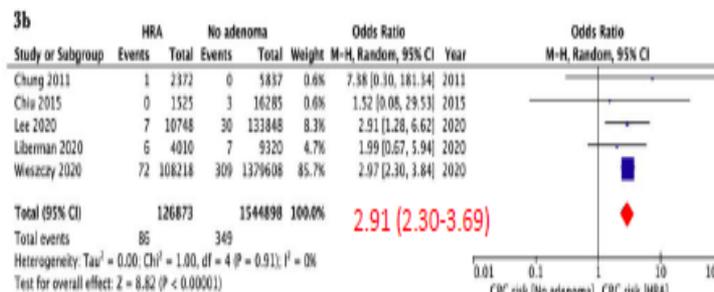
LRA HRA

Mortality



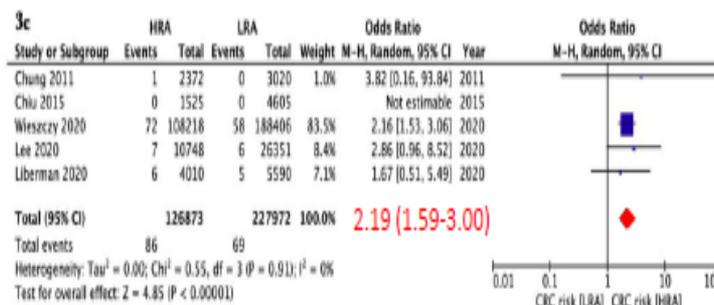
1.32 (1.02-1.71)

No adenoma LRA



2.91 (2.30-3.69)

No adenoma HRA



2.19 (1.59-3.00)

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 ⁴ 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 ⁴ 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 ≥ 10 mm ou en dysplasie de haut grade (y compris pTis)
 - d'au moins un polype festonné (y compris polype hyperplasique) de taille ≥ 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 ≥ 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+

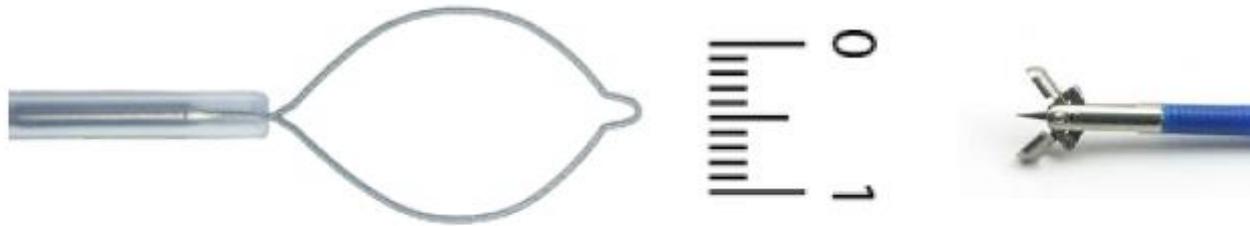
- études ont montre que le renforcement de la surveillance endoscopique ne peut pas compenser une coloscopie initiale sub-optimale. **une cohorte de 11 944 patients**
- avec un suivi moyen de prés de 8 ans, il a ete demontre qu'un examen sub-optimal confere un risque plus eleve d'incidence du CCR et 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 appropriée 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^{ère} coloscopie de surveillance

Intervalle pour la
2^e coloscopie de surveillance

Intervalle pour la
3^e coloscopie de surveillance

Capture rectangulaire

Polypes adénomateux

Définition

Faible risque

- Nombre: ≤ 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: ≥ 5
ou
- Taille: ≥ 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: ≥ 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)

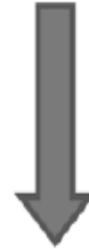
RISQUE FAIBLE DE CCR APRES POLYPECTOMIE

- 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 ELEVE DE CCR APRES POLYPECTOMIE



COLOSCOPIE à 3 ans

COLOSCOPIE NORMALE ou RISQUE FAIBLE DE CCR

RISQUE ELEVE DE CCR



COLOSCOPIE à 5 ans



COLOSCOPIE à 3 ans

COLOSCOPIE NORMALE ou
RISQUE FAIBLE DE CCR

RISQUE ELEVE DE CCR



CONSULTATION DE PREVENTION



COLOSCOPIE à 3 ans

COLOSCOPIE
7 à 10 ans

FIT tous les 2
ans(DOCCR)

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

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

COLOSCOPIE à 3 ans

Cas particuliers

Exérèse endoscopique macroscopiquement complète en plusieurs fragments

- polype ≥ 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

