

2ND ENDOSCOPY MASTERCLASS

RECOMMANDATIONS DE SURVEILLANCE APRÈS POLYPECTOMIE

- ✓ Coloscopie
- ✓ polypectomie
- ✓ dilatation oesophagienne
- ✓ MICI et endoscopie

Constantine
02-03-04 Novembre 2022



@mindar.contact@gmail.com

DR.A.MEDDAH

INTRODUCTION

- **L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2019 la cinquième édition de la classification des tumeurs du tractus gastro-intestinal inférieur «lésion festonnée sessile»**
- **Actualisation des recommandations internationales émanant des sociétés savantes**
- **Nouvelles recommandations publiées en 2021 par la SFED issue de l'ESGE en 2020 «European Society of Gastrointestinal Endoscopy» (ESGE)**

CLASSIFICATION DES POLYPES COLORECTAUX.

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

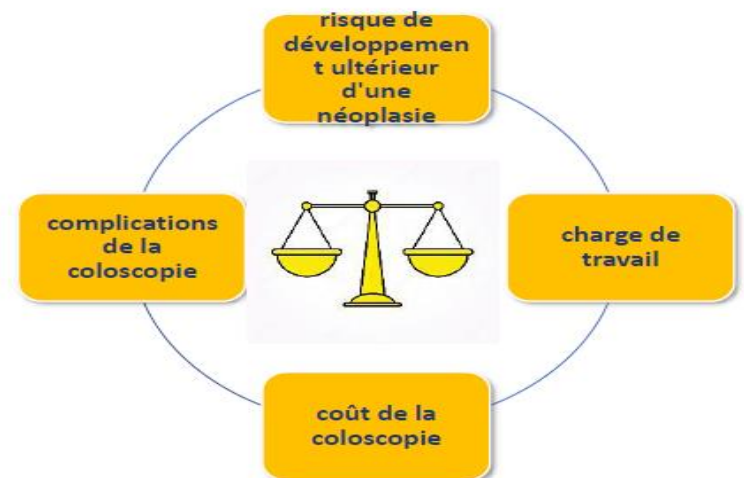
- sans dysplasie
- avec dysplasie

Adénome festonné traditionnel

- dysplasie de bas grade
- dysplasie de haut grade

Objectif des recommandations

- **Élaborer un suivi approprié des patients après une coloscopie de référence**
- **Améliorer la qualité des pratiques**
- **Orienter les ressources consacrées à la surveillance vers les patients présentant un risque accru de néoplasie avancée après une polypectomie.**
- **Alléger de surveillance des patients à faible risque**



Domaine d'application des recommandations

- Tous les patients chez lesquels un ou plusieurs polypes ont été traités par une résection complète lors d'une **coloscopie initiale de haute qualité**
- 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+

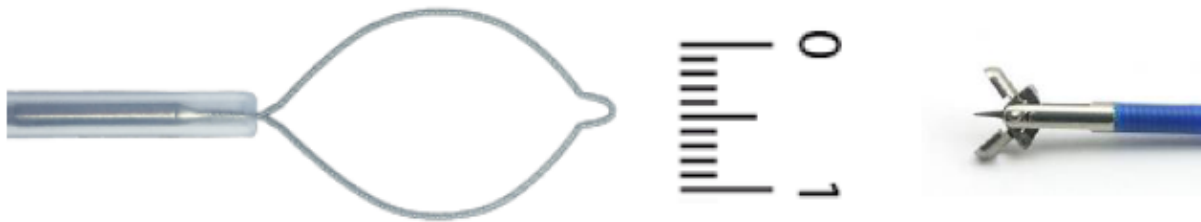
Définition des niveaux de risque

2 niveaux de risque de CCR après polypectomie

- **Risque élevé de CCR après polypectomie** : sujets ayant subi l'exérèse
 - 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** : sujets ayant subi l'exérèse
 - 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
- NB: le caractère vilieux ou tubulo-vilieux d'un polype ne modifie en rien son mode de surveillance, seules la taille et le degré de dysplasie sont pris en compte

Synthèse des recommandations

En cas de découverte de polypes lors d'une coloscopie, l'endoscopiste et l'anatomo-pathologistes doivent utiliser une méthode standardisée pour apprécier la taille des polypes



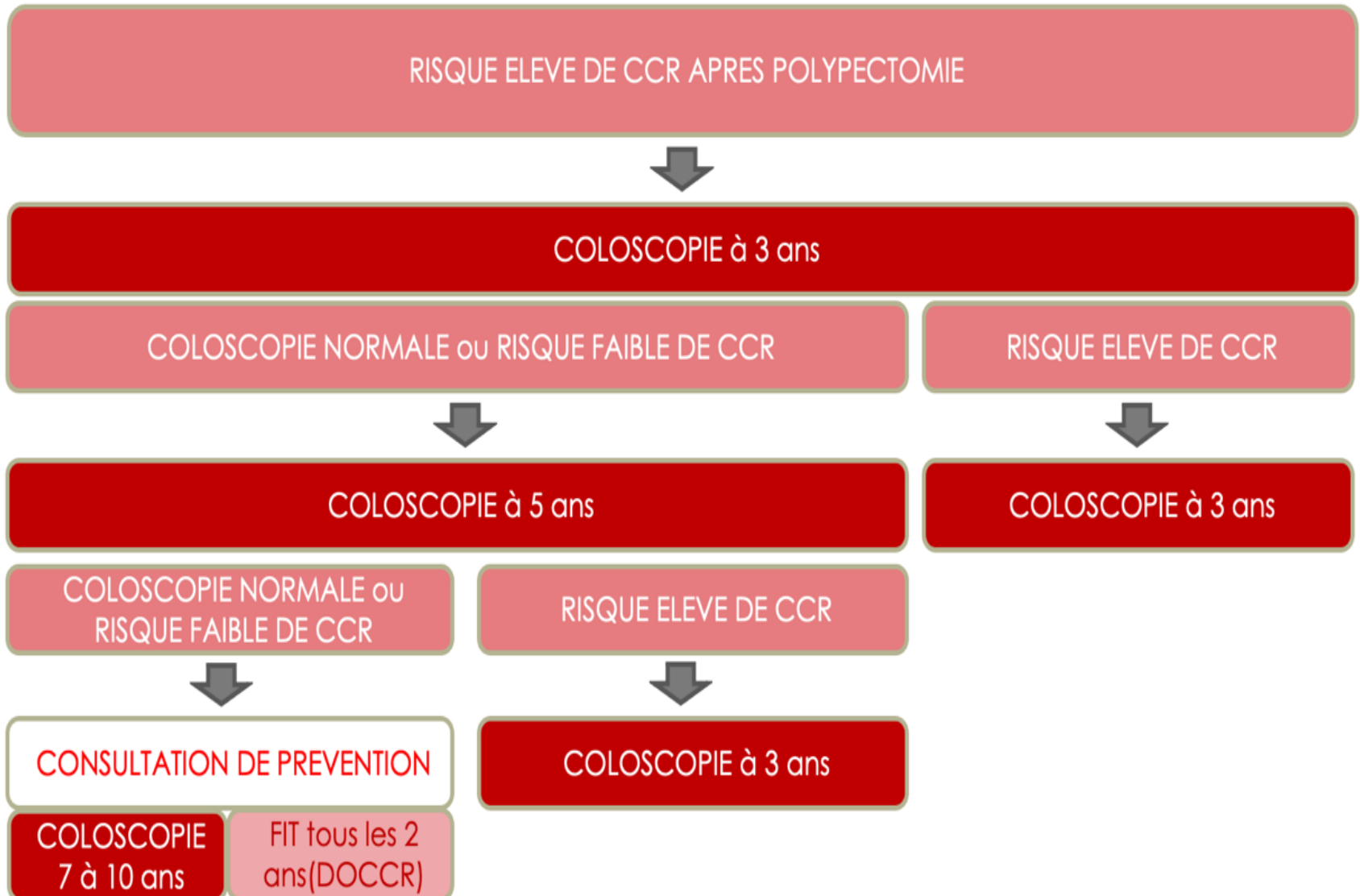
Evaluation par rapport à une référence

Modalités d'information des patients

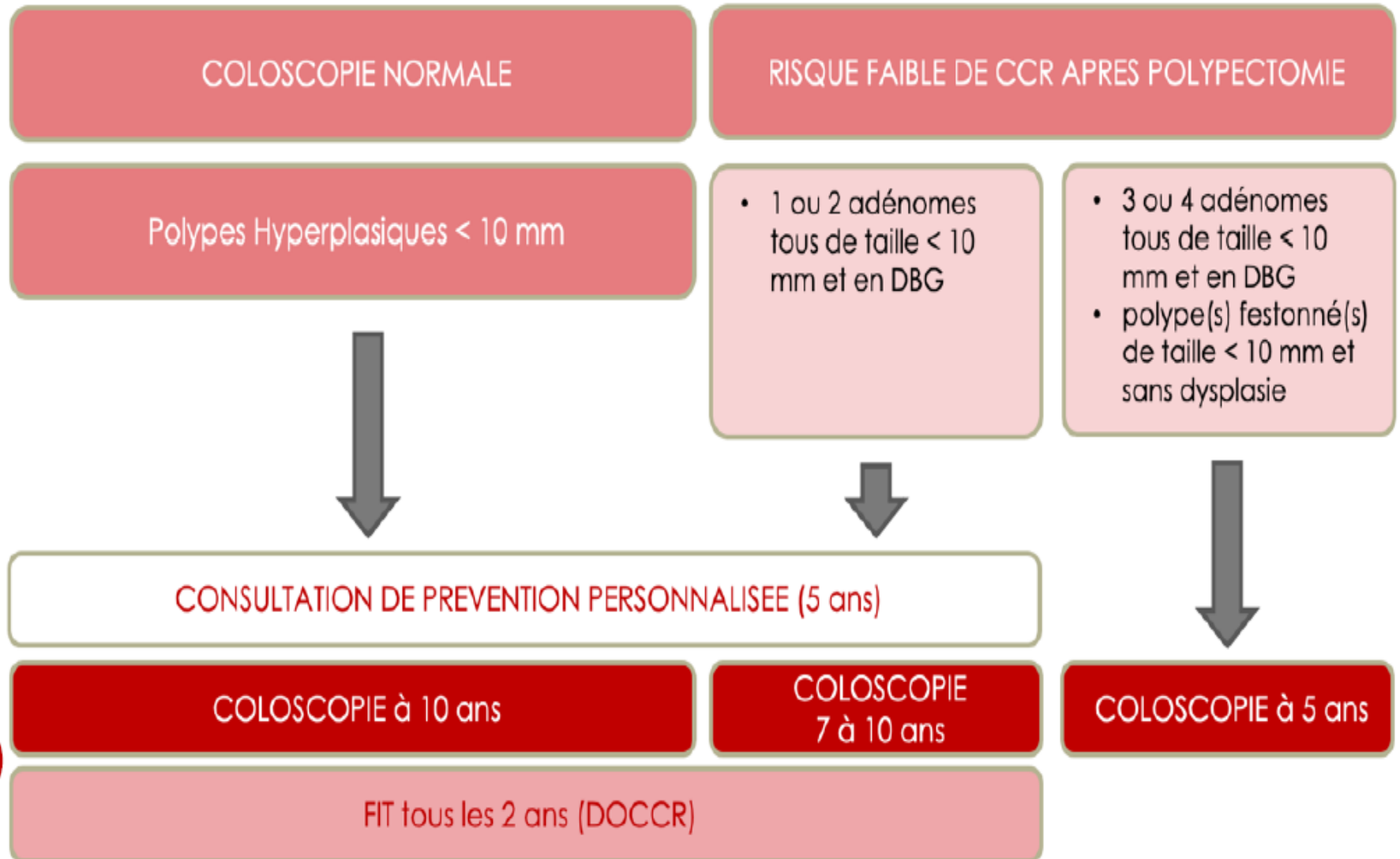
Fournir au patient un document mentionnant le délai préconisé pour la coloscopie de contrôle

- information écrite
 - tracée dans le dossier médical
 - tout écart par rapport aux recommandations doit être dûment mentionné et expliqué dans le document
-
- **Compléter et/ou finaliser le compte-rendu de coloscopie après réception du compte-rendu de l'examen anatomo-pathologique**
 - **Informé le patient par tout moyen disponible**

Intervalles de surveillance en cas de risque élevé



Intervalles de surveillance en cas de risque faible



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

Cas particuliers

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

Interrompre la surveillance post-chirurgicale par coloscopie dès que l'espérance de vie du patient est limitée du fait de son âge et/ou de comorbidités (à discuter au cas par cas)

Cas particuliers

Exérèse endoscopique de cancer colorectal Pt1

- **risque faible de récurrence ou d'envahissement ganglionnaire**: même schéma de surveillance par coloscopie que pour un cancer colorectal traité par exérèse chirurgicale à visée curative
- **risque élevé de récurrence ou d'envahissement ganglionnaire**: discussion de la stratégie de prise en charge en RCP dédiée aux cancers superficiels digestifs

facteurs de risque de récurrence ou d'envahissement ganglionnaire des CCR pT1 : envahissement en profondeur \geq 1000 microns, faible différenciation tumorale, présence d'embolies vasculaires ou lymphatiques, présence de budding 2 ou 3, tranche de section envahie ou non évaluable

Recommandations consensuelles pour le 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

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

Modalites et intervalles de surveillance en fonction du niveau de risque apres polypectomie

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

Recommandations consensuelles pour le suivi après polypectomie coloscopique.

	Intervalle pour la 1 ^{er} coloscopie de surveillance	Intervalle pour la 2 ^e coloscopie de surveillance	Intervalle pour la 3 ^e coloscopie de surveillance
Polypes adénomateux			
<i>Définition</i>			
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)			
<i>Définition</i>			
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)	3 ans		
Situations spécifiques			
Résection par fragments («piecemeal») de volumineux polypes sessiles (généralement >2 cm): contrôle local après 3–6 mois, si (celui-ci) est normal, alors coloscopie après 3 ans.			
Ces recommandations ne s'appliquent pas en cas de (suspicion de) cancer colorectal héréditaire, de syndrome de polypose festonnée (SPF) ou d'antécédents familiaux positifs de cancer colorectal.			
Définition SPF (OMS 2019): – 5 PF proximaux du rectum, tous d'une taille de ≥5 mm, dont au moins deux d'une taille de ≥10 mm ou – 20 PF de toute taille dans tout le colorectum, dont ≥5 proximaux du rectum (nombre cumulé de PF de toutes les coloscopies)			
EOS: Expert Opinion Statements; FIT: «fecal immunochemical test»; PH: polypes hyperplasiques; PF: polypes festonnés; SSG: Société Suisse de Gastroentérologie; LFS: lésions festonnées sessiles; AFT: adénomes festonnés traditionnels.			

CONCLUSION

- Les recommandations publiées ici pour le suivi après polypectomie endoscopique contiennent diverses nouveautés adaptées sur la base de la littérature la plus récente
- Elles tiennent compte le niveaux de risque de CCR après polypectomie
- Ces recommandations devraient permettre de réorienter les ressources vers une surveillance soutenue des patients à risque élevé
- Elles introduisent la consultation spécialisée de prévention qui replace le gastroentérologue au centre de la stratégie de prévention

Take home message

La coloscopie de contrôle doit être réalisée au bout de 3 ans en cas de risque élevé de CCR après polypectomie

- exérèse de 5 adénomes ou plus, OU d'au moins un adénome de taille > 10 mm ou en dysplasie de haut grade OU d'au moins un polype festonné de taille > 10 mm ou comportant des lésions de dysplasie

Chez les sujets ayant un niveau de risque faible de CCR après polypectomie :

- il est recommandé de réaliser un contrôle par coloscopie à 5 ans en cas de résection complète de 3 ou 4 adénomes de moins de 10 mm en dysplasie de bas grade, ou d'un ou de plusieurs polypes festonnés de moins de 10 mm sans dysplasie

- en cas d'exérèse de 1 ou 2 adénomes, tous de taille < 10 mm en dysplasie de bas grade, le patient doit être revu au bout de 5 ans lors d'une consultation de prévention personnalisée, à l'issue de laquelle sera proposée la réalisation d'une coloscopie entre 7 à 10 ans, ou un dépistage par FIT tous les deux ans

Take home message

- **Le gastroentérologue doit fournir au patient un document** écrit mentionnant le délai préconisé pour la coloscopie de contrôle et doit tracer cette information dans le dossier du patient
- **La consultation spécialisée de prévention** permet au gastroentérologue d'évaluer les comorbidités et l'espérance de vie du patient et de déterminer les modalités ultérieures de suivi en tenant compte du choix du patient
- **Chez les patients ayant eu une exérèse endoscopique** macroscopiquement complète en plusieurs fragments d'un polype ≥ 20 mm non dégénéré, il est recommandé de réaliser une coloscopie de contrôle entre 3 à 6 mois, puis 12 mois après cette coloscopie pour détecter une récurrence tardive

Tableau 4: Recommandations consensuelles pour le suivi après traitement curatif du cancer colorectal.

A) Cancer du côlon T1-2N0M0		Mois après l'opération													
		3	6	12	18	24	36	48	60						
Anamnèse, examen clinique, titre d'ACE ¹				X		X	X								
Endoscopie: coloscopie				X				X ²							
En présence d'un facteur de risque de récurrence tumorale (par ex. histologie G3, invasion vasculaire, bourgeonnement >1), l'indication d'un examen d'imagerie complémentaire selon (B) doit être généreusement posée.															
B) Cancer du côlon T3N0M0 ou T1-3N1M0		Mois après l'opération													
		3	6	12	18	24	36	48	60						
Anamnèse, examen clinique, titre d'ACE ¹			X	X	X	X	X	X	X						
Endoscopie: coloscopie				X				X ²							
Imagerie: TDM thoraco-abdomino-pelvienn				X				X							
C) Cancer du côlon T4NXM0 ou TXN2M0		Mois après l'opération													
		3	6	12	18	24	36	48	60						
Anamnèse, examen clinique, titre d'ACE ¹			X	X	X	X	X	X	X						
Endoscopie: coloscopie				X				X ²							
Imagerie: TDM thoraco-abdomino-pelvienn			X ²	X		X	X	X	X						
Cancer du rectum T1-4N0-2M0 (après opération avec exérèse partielle/totale du mésorectum)*		Mois après l'opération													
		3	6	12	18	24	36	48	60						
Anamnèse, examen clinique, titre d'ACE ¹		X	X	X	X	X	X	X	X						
Endoscopie: rectosigmoïdoscopie flexible			X			X	X								
coloscopie				X				X ²							
Imagerie: TDM thoraco-abdomino-pelvienn				X		X	X	X	X						
IRM pelvienn et/ou écho-endoscopie ⁴			X		X										
* Ne s'applique pas aux polypes avec carcinome pT1 à faible risque.															
Cancer du rectum avec rémission (presque) complète après (radio)chimiothérapie (sans chirurgie planifiée) ⁵		Mois après l'opération													
		3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	42	48
Anamnèse, examen clinique ⁶ , titre d'ACE ¹		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Endoscopie: rectosigmoïdoscopie flexible ⁵		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X
coloscopie					X									X ²	
Imagerie: TDM thoraco-abdomino-pelvienn			X		X			X				X		X	X
IRM pelvienn et/ou écho-endoscopie basse ⁵		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X ⁴	X ⁴	X ⁴

¹ Détermination préopératoire du titre d'ACE en tant que mesure de routine fortement recommandée. En cas d'augmentation du titre en postopératoire, recourir généreusement aux examens d'imagerie.

² Ensuite, coloscopie tous les 5 ans, si aucun polype n'est détecté ou en cas de détection de polypes, suivi selon le tableau 2.

³ En cas de pT4 ou de résultat incertain de la TDM péritonéale, évaluer une laparoscopie diagnostique.

⁴ En cas d'expertise locale élevée, écho-endoscopie basse comme alternative à l'IRM pelvienn, avant tout en cas de carcinome dans le bas rectum.

⁵ Examen dans des centres spécialisés ayant de l'expérience dans cette option thérapeutique.

⁶ Comprend un toucher rectal minutieux, de préférence par le même examinateur.