

# Surveillance après polypectomie

## Les cas difficiles

Jean-Louis Legoux

CHR d'Orléans, FFCD



Alger, 15/12/2011



# Surveillance après polypectomie



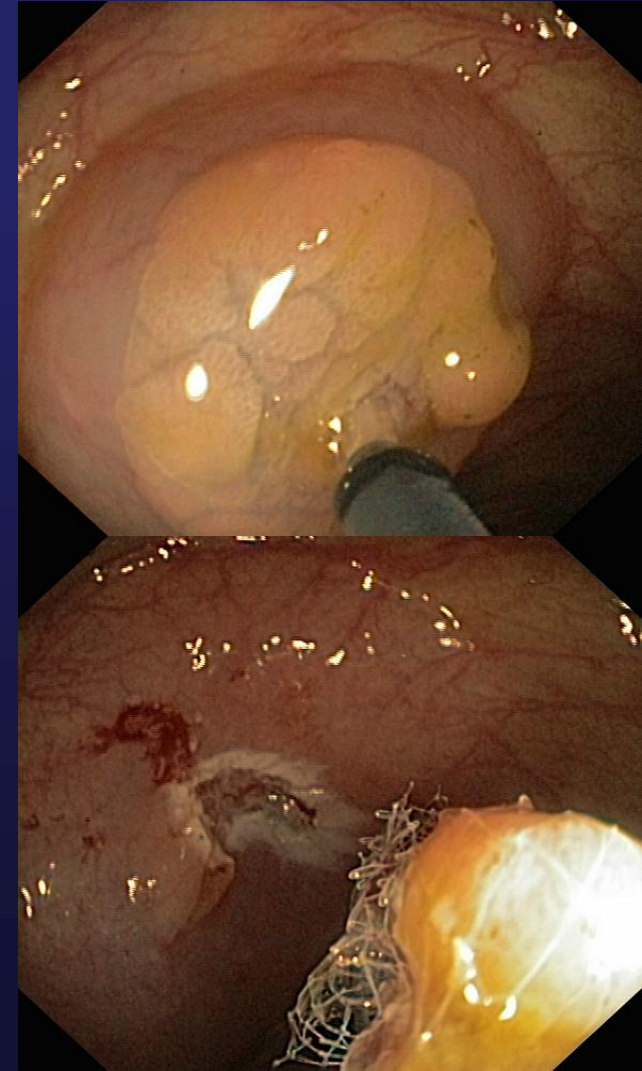
- Difficile ? Vraiment ?
- Recommandations pour la pratique clinique de SFED sous l'égide de l'ANAES (HAS) 2004

# Recommandations pour la pratique clinique de SFED sous l'égide de l'ANAES (HAS) 2004

<b>Polypes hyperplasiques</b>	
Après exsèction de polype hyperplasique $\geq 1$ cm et/ou multiples ( $n \geq 5$ ) de siège colique et/ou siègeant sur le cæcum proximal dans un contexte d'ATCD familial de polypose hyperplasique	Contrôle $\hat{=}$ 5 ans puis $\hat{=}$ 10 ans
<b>Adénomes en dysplasie de bas grade et avancés</b>	
Exsèction incomplète d'adénome en dysplasie de bas grade (catégorie 3) ou avancé de catégorie 4.1 et 4.2 de Vienna	Contrôle $\hat{=}$ 3 mois
Exsèction complète d'adénome avancé ou d'un nombre d'adénomes $\geq 3$ , ou d'un adénome chez un patient ayant un ATCD familial de CCR	Contrôle $\hat{=}$ 3 ans, puis 2 coloscopies espacées de 5 ans puis $\hat{=}$ 10 ans
Exsèction complète d'adénome non avancé et d'un nombre d'adénomes $< 3$ , et absence d'ATCD familial de CCR	Contrôle $\hat{=}$ 5 ans, puis $\hat{=}$ 5 ans, puis $\hat{=}$ 10 ans
<b>Adénomes transformés</b>	
Exsèction incomplète d'adénome transformé de catégorie 4	Contrôle $\hat{=}$ 3 mois puis $\hat{=}$ 3 ans
Exsèction complète d'adénome transformé de catégorie 4	Contrôle $\hat{=}$ 3 ans
Exsèction d'adénome transformé de catégorie 5 sans colectomie complémentaire	Contrôle $\hat{=}$ 3 mois puis $\hat{=}$ 3 ans

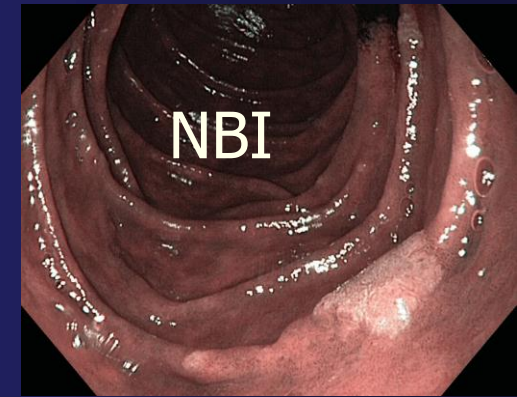
# Difficultés

- Examen endoscopique
- Lésion(s) retirée(s)
  - Hyperplasique
  - Petit adénome
  - Tumeur villoseuse
- Patient
  - Polypathologique
  - Greffé



# Examen endoscopique

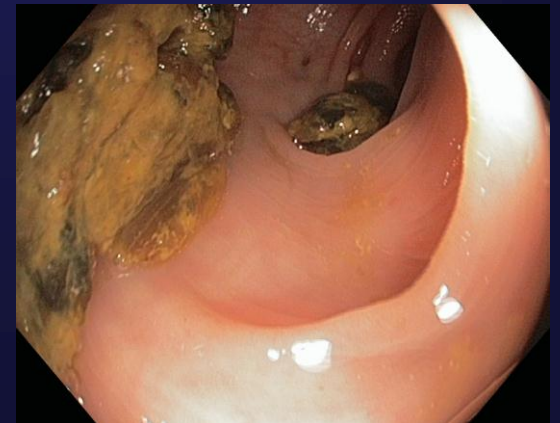
- **Lésions manquées : 20 à 30 %**
  - REX DK et coll. Gastroenterology 1997
  - HERESBACH D et coll Endoscopy 2008
- **Améliorations techniques ?**
  - NBI : pas mieux (REX DK et coll, 2007)
  - Grand angle : pas mieux (FATIMA H et coll, 2008)
  - Rehaussement de contours : pas mieux (LEGOUX JL et coll, 2009)
- **Les recommandations tiennent compte de ces faux négatifs en cas de certitude d'avoir correctement examiné la totalité**
- **Accepter d'autres facteurs de faux négatifs ?**



# Examen endoscopique

- **Valvules très saillantes et/ou angles serrés y compris au retour**
  - Plus de polypes manqués dans le sigmoïde
  - Pas de certitude absolue d'avoir pu tout voir
  - Contrôle avancé par rapport à un examen habituel ?
    - 3 ans au lieu de 5 ans ?
    - 2 ans au lieu de 3 ans ?
- **Préparation imparfaite**

pas de conseil des sociétés savantes



# Examen endoscopique

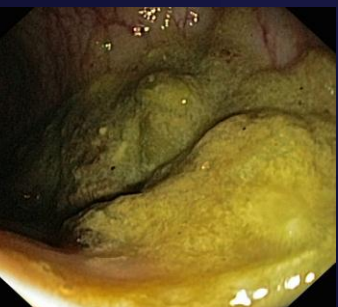
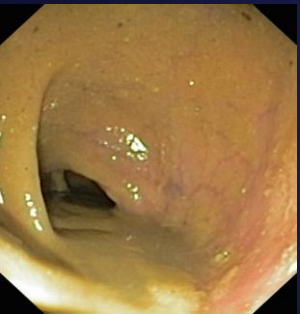
- Valvules très saillantes et/ou virages aigus
- Préparation imparfaite :
  - > 30 % des examens ?
  - Analyser ce qui a échappé en fixant délai du contrôle :

- Un côté entier du colon ascendant : refaire dans un délai fonction de l'indication

- Symptômes d'alarme : septicémie à streptococcus bovis : dans les 2-3 semaines
- Symptômes coliques : dans les 1-3 mois ?
- Dépistage ? Dans l'année ?

- Plages de matières adhérentes non lavables :

- Evaluer la surface de muqueuse non visible :
  - » Ilôts de 5-10 mm : 2 à 3 ans ?
  - » Zones plus larges où une lésion saillante ou une plage vilieuse ont pu être manquée ?



# Examen endoscopique

- **Bonne préparation**

- Explications > instructions écrites isolées
- Instructions écrites indispensables
- Informer de la gravité accrue d'une perforation éventuelle si préparation incomplète

- **Lavage pendant l'examen**

- Pas toujours possible : matières abondantes
- Pas toujours efficace : matières adhérentes
- Intérêt de la pompe de lavage
  - Utiliser du sérum physiologique / eau
  - Si régime sans résidu bien suivi (pépins obturant le canal d'aspiration)



# Lésions retirées

- Adénomes multiples :
  - Polypose adénomateuse : chirurgie
  - > 15 adénomes (Sieber OM et coll, 2003)
  - < 15 polypes adénomateux
- Polypes hyperplasiques
- Polypes hyperplasiques + adénomateux
- Adénomes plans
- Plages vilieuses
- Polype dégénéré

# Lésions retirées

- 5 à 10 adénomes ?
  - Crainte d'en avoir laissé échapper
  - Coloscopie techniquement parfaite ?
- Adénome dentelé, festonné
  - Diagnostic différentiel (difficile) des polypes hyperplasiques : surveillance = adénome
- Polypes mixtes hyperplasiques et adénomateux
- Polypes hyperplasiques

# Lésions retirées

- **Polypes hyperplasiques**

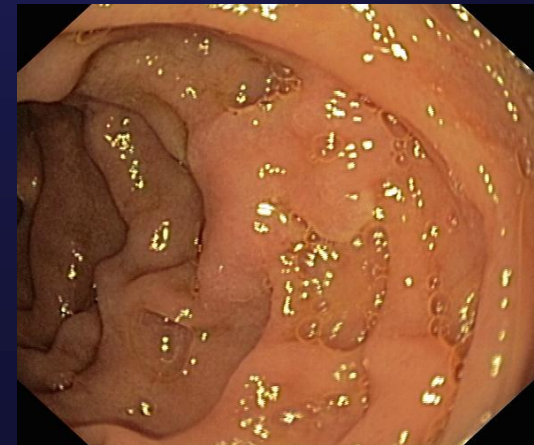
- Polypose hyperplasique
- Association adénomes - polypes hyperplasiques en amont du rectum

- **Difficultés histologiques**

- B Denis et coll, Eur J Gastroenterol Hepatol 2009. Plutôt surévaluations
- Rex DK et coll. Gastrointest Endosc. 1999 : 25 % erreurs sur polypes hyperplasiques
- 5 polypes hyperplasiques dont un de 14 mm dans le transverse droit 3 dans le sigmoïde et 1 dans le rectum ?
  - Contrôle à 5 ans ?
  - Pas de contrôle ?

# Lésions retirées

- Adénomes plans et plages villeuses
  - Coloscopie exhaustive ? Préparation
  - Exérèse complète ? Si incomplète, contrôle à
    - 3 mois ? 6 mois ? 1 an ?  
Nature histologique du reliquat inconnue
    - Adénome < plage villeuse
  - Adénomes plans successifs
    - Contrôles à 1 an
    - NBI ? Coloration indigo carmin ?



# Lésions retirées

- Adénome dégénéré

- Sessile ou plan : si > intra-muqueux

- Chirurgie (rapide)

- Contre-indication définitive à la colectomie

- posée par chirurgien et anesthésiste

- surveillance endoscopique ?

- Et / ou TDM ? Récidives extra-intestinales, métastatiques

- Pédiculé : cf. RPC, facile ?

- Difficile de bien se comprendre sur les termes employés

- (marge, pédicule, axe, sous-muqueuse)

- toujours conversation téléphonique avec anapath

- Tumeur villoseuse

- Indications chirurgicales larges

- Surveillance rapprochée (recto-sigmoïdoscopie)

# Patient

- Anxieux
- Distrait ou peu motivé
- Pathologie associée
- Agé

# Patient

- **Anxieux : coloscopie annuelle demandée**
  - Savoir refuser
  - Sauf si examen techniquement imparfait
- **Distrait ou peu motivé : convocation ?**
  - Polémique récente sur le forum gastroliste de la SNFGE
  - Conseil de reconvoction donné par la SFED en 2011
  - Importance de donner après la coloscopie l'information
    - Au médecin traitant : compte-rendu, courrier, après résultat histologique
    - Et au patient : exemplaire du compte-rendu remis à la sortie ?
  - Si reconvoction : demande au patient de revoir son médecin traitant en vue d'un contrôle coloscopique, si son indication est confirmée.

# Patient

- **Pathologie associée**

- Contre-indications temporaires à la coloscopie avec polypectomie : IDM, AVC récents
- Pathologie lourde et/ou multiples :
  - Communiquer avec les confrères concernés
    - Tenter d'obtenir une estimation pronostique
    - utilité de contrôles ?
  - Inscription dans le dossier du patient et lettre au médecin traitant
- Risque de cancérisation d'un polype < 1 cm : < 1 % ?
- Chez le greffé : très probablement largement supérieur

# Patient

## Patient âgé

- Cf ci-dessus :
  - Espérance de vie > 85 ans ?
  - Pathologies associées : > âge arythmétique ?
- Alternatives à la coloscopie
  - Recto-sigmoïdoscopie
  - Coloscanner à l'eau : grosses lésions
  - « Coloscopie virtuelle »
  - Vidéocapsule ?

Sens clinique et  
Responsabilité médicale

# Conclusions 1

- Toutes les situations ne peuvent être prévues par les recommandations de pratique clinique  
**Intérêt de notre travail : adaptation à chaque patient**
- **Lésions bénignes** : raccourcir les délais de surveillance si mauvaise préparation
- **Lésions intermédiaires** (planes et villosités) : méfiance
- **Lésions dégénérées** : haute vigilance et prolongée.

# Conclusions 2

- Communiquer avec les confrères :
  - Anatomico-pathologistes
  - Cardiologues, neurologues et gériatres
- Risque de dégénérescence d'un adénome / Espoir de vie



Fin

# Surveillance après polypectomie

- Information au patient
  - Avant toute coloscopie programmée (en consultation)
  - Eventualité d'une polypectomie
- Risques : dans les 15 jours
  - Perforation :
    - Douleurs, fièvre
    - Hospitalisation en urgence, TDM, antibiothérapie ou chirurgie
  - Hémorragie :
    - Rectorragies (melaena)
    - Hospitalisation, préparation en urgence, coloscopie
- Dans les deux cas :
  - Appel préalable de l'IDE du service (n° de ligne tél directe accessible 24h/24) par le patient
  - Venue du patient au Service des Urgences de l'Hôpital
  - HGE de garde prévenu par l'IDE