



BIBLIOMED

Les analyses du Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

Coloscopie après polypectomie : quelle stratégie ?

Mots clés :

Coloscopie
Test
Dépistage
Cancer
Colo-rectal
Polypecto-
mie

L'incidence du cancer colo-rectal (CCR) augmente régulièrement. Elle est passée dans notre pays de 25000 cas en 1975 à 36600 en 2000 ; les projections à 2020 prévoient 45000 cas. Le CCR est responsable de 16000 décès par an, avec des taux de survie à 5 ans actuellement aux environs de 50%. Plus de 95% de ces cancers se développent à partir des polypes adénomateux (ou adénomes) sporadiques, fréquents après 50 ans : 10 à 15% des quinquagénaires en sont porteurs, cette prévalence doublant ensuite tous les 10 ans. Sur 1000 adénomes, 100 dépasseront la taille de 1cm, dont 25 deviendront cancéreux en une douzaine d'années durant lesquelles l'ablation de l'adénome peut interrompre la carcinogenèse¹. Le dépistage du CCR a aussi cet objectif de prévention. Dans le schéma retenu en France, la coloscopie réalisée après HémoCult® positif (un peu moins de 3% des cas) diagnostique une fois sur 10, une lésion (polype ou cancer) qui nécessite un suivi. Dans ce contexte, l'augmentation prévisible du nombre de ces coloscopies suppose d'en peser soigneusement les indications. De nombreuses recommandations ont été proposées à ce sujet^{2, in3}. Une récente étude américaine³ a montré combien il y a loin des *guidelines* aux pratiques.

Avec quelle fréquence la coloscopie détectera t-elle un cancer après polypectomie ?

Il faut en moyenne plus de 200 coloscopies de surveillance après polypectomie pour détecter un cancer colo-rectal ; 10 suffisent en cas de rectorragie, méléna, anémie ou HémoCult® positif. Il en faut plus de 100 s'il y a une symptomatologie colique non hémorragique, antécédents familiaux de cancers coliques ou HémoCult® négatif, plus de 300 chez les malades atteints de rectocolite hémorragique⁴.

La coloscopie après polypectomie

Les recommandations diffèrent un peu selon les pays.

Selon plusieurs recommandations américaines (*American Society for Gastrointestinal Endoscopy, American Cancer Society, etc.*)ⁱⁿ³, le nombre et la nature des polypes guide leur surveillance. **Seuls, les polypes adénomateux (lésions d'origine glandulaire) nécessitent un suivi** : coloscopie entre 3 et 5 ans si un seul adénome < 1 cm, coloscopie tous les 3 ans en cas de gros (> 1cm) ou multiples adénomes, puis tous les 5 ans si coloscopie normale. Les petits adénomes tubulaires (<1 cm) n'augmentent pas le risque moyen de CCR (suivi à discuter au cas par cas). **Les polypes hyperplasiques (prolifération bénigne de la muqueuse) ne nécessitent aucun suivi.**

Que retenir en pratique ?

- **La coloscopie a largement fait ses preuves comme « gold-standard » de l'examen du côlon** : en 1999, 4,4 millions de coloscopies ont été réalisées aux Etats-Unis, dont 1 sur 4 en suivi de polypectomies³, plus d'un million en France, au cours desquelles plus de 300 000 polypes ont été retrouvés. Une enquête française a montré que plus de 9 coloscopies sur 10 sont réalisées sous anesthésie ou sédation, ce qui explique sans doute en partie la meilleure acceptabilité actuelle de l'examen¹.

- **une stratégie décisionnelle fondée sur une classification des risques comme le proposent les différentes recommandations est indispensable.** Malgré ses faiblesses, l'étude américaine, simple enquête basée sur les déclarations des praticiens, montre que les pratiques réelles ont du mal à s'y conformer³. Pourtant, la question est essentielle au regard des coûts et des ressources disponibles, matérielles et humaines, mais aussi des limites et des dangers potentiels de la coloscopie. Nous y reviendrons dans un prochain Bibliomed.

La recommandation de l'ANAES² est assez proche en ce qui concerne **les adénomes**. Une ablation incomplète nécessite un contrôle précoce à 3 mois. Les contrôles suivants à 3 ou 5 ans et au delà dépendent de la classification histologique. **Les polypes hyperplasiques** ne nécessitent pas de surveillance s'ils sont rectosigmoïdiens de petite taille. Mais à la différence des Sociétés américaines, l'ANAES recommande un contrôle à 5 puis 15 ans s'ils sont de grande taille (≥ 1 cm), ou multiples (plus de 5), de siège colique, ou sur le côlon proximal en cas d'antécédent familial de polypose hyperplasique, en raison de la survenue relativement fréquente d'adénomes après ablation de tels polypes.

Ces recommandations sont-elles suivies ?

Près de 700 gastro-entérologues (GE) et chirurgiens (C) représentatifs de l'activité endoscopique aux Etats-Unis ont été interrogés³. 24% des GE et 54% des C recommandent une surveillance pour les polypes hyperplasiques ; la plupart recommandent une coloscopie de surveillance pour les petits adénomes, dont 50% tous les 3 ans ou plus souvent. Leur pratique réelle va donc très au delà des recommandations. Ils indiquent pourtant que les données factuelles les influencent beaucoup, bien que la moitié seulement affirment suivre les *guidelines*.

Références :

- 1 – Communications au séminaire DGS/SNFGC des 7 et 8 nov 2002. Paris : SNFGC : 2002.
- 2 – Anaes. Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population (avril 2004). Disponible sur <http://www.anaes.fr>
- 3 – Mysliwiec PA et al. Are physicians doing too much colonoscopy ? A national survey of colorectal surveillance after polypectomy. *Ann Intern Med* 2004 ; 141 : 264-71.
- 4 – Prescrire rédaction. Rendement des coloscopies (résumé de l'étude de Rex DA, 1995). *La rev Prescr* 1997 ; 177 : 687.