



lettre électronique hebdomadaire d'information
de la Société Française d'Endoscopie Digestive
chaque semaine, au cœur de l'actualité de l'endoscopie

Numéro 160 – 18 au 24 novembre 2013

► **Nouvelles Recommandations HAS-FSMAD-CNPHGE** ◀ **sur la Surveillance Post-Polypectomie Colique : les Points-Clés**

L'actualisation des recommandations ANAES de 2004, menée par la HAS en partenariat avec la profession, ont été présentées à Vidéo-Digest par Patrice PIENKOWSKI et Denis HERESBACH. Ils vous livrent ci-après, en 10 points, les éléments principaux de cette nouvelle version.

- 1- La stratégie de surveillance ne se conçoit qu'après une **coloscopie index de qualité irréprochable** et après ablation complète et totale de toutes les lésions. Si tous les critères ne sont pas réunis, un nouvel examen doit être programmé de manière rapprochée.
- 2- **Aucune limite d'âge stricte** n'est retenue pour arrêter le dépistage ; au-delà de 80 ans, une réflexion individuelle doit être menée pour apprécier le rapport bénéfice/risque, en prenant en compte une espérance de vie estimée d'au moins 5 ans.
- 3- **Deux groupes à risque sont retenus sur des critères strictement liés au polype** :
 - groupe de bas risque (PBR) = nombre d'adénomes inférieur à 3 ET taille inférieure à 10 millimètres ET dysplasie de bas grade ;
 - groupe de haut risque (PHR) = nombre d'adénomes supérieur ou égal à 3 OU taille supérieure ou égale à 10 mm OU dysplasie de haut grade.
- 4- La présence d'une **composante villeuse** n'est pas retenue compte tenu des données discordantes des méta-analyses sur ce point, que reflète l'hétérogénéité des recommandations internationales.
- 5- **Le premier contrôle est respectivement fixé à 5 ans et 3 ans en cas de PBR et de PHR** ; cette même règle s'applique pour les contrôles successifs jusqu'à la coloscopie 4 tant que des polyadénomes sont retrouvés.
- 6- En cas de contrôle négatif, si un PHR a été enlevé à l'une au moins des coloscopies précédentes (incluant la coloscopie index), une surveillance tous les 5 ans est requise à partir de celle-ci jusqu'à la coloscopie n+4.
- 7- En cas de contrôle négatif, si les lésions enlevées précédemment sont toutes des PBR, la surveillance peut être allégée et raccourcie : contrôle n+1 à 10 ans puis arrêt de la surveillance avec retour au dépistage organisé populationnel. Ce schéma peut toutefois être renforcé en cas d'**antécédents familiaux** (de polyadénomes ou de cancer colo-rectal avant 60 ans) : coloscopie n+1 à 5 ans et coloscopie n+2 à 10 ans ou arrêt de la surveillance avec retour au dépistage organisé populationnel.
- 8- Les **polypes festonnés** (PF) sans dysplasie (y compris de bas grade) sont surveillés comme les PBR ; les polypes festonnés avec dysplasie (quelque soit le grade) sont surveillés comme les PHR.
- 9- Les **polypes hyperplasiques** (PH) du côlon droit (en amont de l'angle gauche) multiples et ceux de plus de 10 mm doivent faire l'objet d'une relecture anatomo-pathologique afin de ne pas méconnaître un PF.
- 10- Les PH de petite taille du recto-sigmoïde (inférieurs à 10 mm) sont surveillés en fonction du niveau de risque du patient lié aux antécédents familiaux.

Ces recommandations sont une aide à la pratique médicale et non une règle opposable ; elles ont vocation à évoluer en fonction des connaissances. **Un document de synthèse, avec des tableaux explicites, est disponible sur le site Web de la SFED, en suivant ce lien.**

► **Le protocole de surveillance post-polypectomie** (PDF, 261 Ko)

[Remarques et suggestions] [Envoyer à un confrère] [Ne plus recevoir cette lettre]