

Quand faut-il faire... une coloscopie de contrôle après une polypectomie ?

En raison :

- de l'importance de la coloscopie pour prévenir le cancer-colorectal ;
- de l'ancienneté des recommandations en matière d'indications des coloscopies ;

Et dans le cadre d'une saisine des tutelles, du fait d'une augmentation du nombre d'endoscopies et d'une inégalité territoriale du taux de recours à cet examen, la **HAS**, le **Conseil National Professionnel des Hépato-Gastroentérologues** et la **Fédération des spécialistes des maladies de l'appareil digestif** ont souhaité apporter les précisions suivantes :

- L'adénome (souvent appelé polype) est le précurseur de la grande majorité des cancers colo-rectaux (CCR) – la transformation du polype en cancer est estimée de 5 à 10 ans. L'objectif du dépistage et de la prévention du CCR repose sur l'exérèse endoscopique des polypes recto-coliques. Il est bien établi dans la littérature que le recours à la coloscopie et si nécessaire, à la polypectomie diminue l'incidence du CCR et sa mortalité.
- Les gastro-entérologues se mobilisent pour réaliser des coloscopies de qualité et l'exérèse complète des polypes détectés. Dans les années suivant l'ablation endoscopique d'adénomes coliques, il y aurait récurrence d'un tiers d'adénomes, d'où la nécessité de définir une stratégie de surveillance prenant en compte les données récentes de la littérature scientifique et le cas particulier de chaque patient.
- La qualité de la coloscopie dépend de la qualité de la préparation. Les protocoles de préparation doivent être optimisés, prenant en compte les caractéristiques des patients. Afin d'obtenir la meilleure qualité de préparation colique, une explication claire et adaptée doit être fournie aux patients qui doivent avoir parfaitement compris les enjeux de cette préparation. Si la qualité de la préparation (au moins identifiée de manière qualitative ou idéalement avec des scores – type Boston) est insuffisante, il est recommandé de refaire l'examen dans les meilleurs délais.
- Les patients aux antécédents personnels d'adénomes sont considérés à risque pour une récurrence (locale ou le plus souvent à distance) de polypes et donc de survenue de CCR. L'objectif de la surveillance coloscopique est donc de prévenir la survenue ou le développement du cancer colo-rectal en enlevant « à temps » de nouveaux adénomes. Le rythme de surveillance sera déterminé par l'évaluation du risque de développer de nouvelles lésions (récurrence). Cette surveillance (dont le patient et le médecin traitant doivent être informés) tient compte des caractéristiques du polype, du geste technique et du patient.
- Un protocole de surveillance vous est proposé avec ce document, tenant compte de ces éléments. Son objectif est d'être pragmatique, il n'est pas exhaustif et ne vise donc pas à couvrir toutes les situations. Il n'est pas non plus conçu pour servir de support à une quelconque opposabilité.
- Il a été élaboré sur la base des dernières recommandations internationales. Il s'agit d'une proposition générique de prise en charge et ne se peut en aucun cas se substituer à la décision du médecin face à son patient. Il peut néanmoins faciliter une décision partagée avec lui.
- D'autres protocoles seront proposés dans un deuxième temps, concernant l'actualisation des indications des coloscopies de dépistage en fonction des facteurs de risques personnels et familiaux des patients, la stratégie de surveillance dans d'autres circonstances (MICI, polyposes familiales, etc.)