

PROTOCOLE DE SURVEILLANCE POST-POLYPECTOMIE *(hors contexte génétique)*

Élaboré sur la base des recommandations britanniques¹ (UK 2010), américaines² (US 2012) et européennes³ (EU 2012)

Ce protocole de surveillance sera adapté pour chaque patient, prenant en compte 3 types de facteurs

1. FACTEURS TECHNIQUES

TENUS POUR RESPONSABLES DE 70 A 85% DES CANCERS D'INTERVALLE (ESSENTIELLEMENT POLYPES « MANQUÉS » OU EXÉRÈSE INCOMPLÈTE)

■ QUALITÉ DE LA PRÉPARATION SUFFISANTE

→ Idéalement quantifiée par un score – type Boston.

■ CARACTÈRE COMPLET DE L'EXAMEN

→ Visualisation de l'orifice appendiculaire.

→ Examen complet et minutieux de la muqueuse lors du retrait du coloscope.

■ EXÉRÈSE MONOBLOC

→ L'exérèse des polypes doit être faite préférentiellement en un fragment, parfois une exérèse par fragments (piecemeal) peut s'avérer nécessaire.

■ RÉSECTION COMPLÈTE

→ La résection peut avoir été incomplète :

- soit pour des raisons techniques (complications locales, désaturation patient, etc.) ;
- soit en raison de marges de sécurité macro ou microscopiques insuffisantes.

■ ABLATION DE LA TOTALITÉ DES LÉSIONS LORS DE LA MÊME SÉANCE

→ Pas toujours possible en cas de polypes multiples.

→ Si **NON** à un de ces critères* : **nouvel examen** à programmer **de manière rapprochée****.

→ En cas d'**impossibilité** technique de réaliser une **coloscopie complète**, il convient d'envisager :

- une **nouvelle coloscopie** en optimisant les conditions de réalisation (protocole de préparation, matériel, autre opérateur ?) ;
- une **coloscopie virtuelle** ou à défaut, un **coloscaner** à l'eau.

* Pour les contrôles rapprochés en cas de résections par fragments (piecemeal), cela concerne uniquement les polypes supra-centimétriques, notamment si crainte de résection incomplète.

** À adapter aux règles médico-administratives en vigueur [item Coloscopie du dispositif de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)] → c'est à dire en 2013 : dans les 3 mois.

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline 118, Colonoscopic surveillance for prevention of colorectal cancer in people with ulcerative colitis, Crohn's disease or adenomas - March 2011.

2. Lieberman D et al. Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology 2012;143:844–857.

3. Atkin W et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Colonoscopic surveillance following adenoma removal. Endoscopy 2012; 44: SE151–SE163.