



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

**ENDOSCOPIE DIGESTIVE BASSE
INDICATIONS EN DEHORS DU DÉPISTAGE EN POPULATION**

Avril 2004

Service des recommandations professionnelles

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) à la demande de la Société nationale française de gastro-entérologie. La méthode de travail a été celle décrite dans le guide « Recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 » publié par l'Anaes. Les sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicitées pour participer à ce travail :

- la Société française d'endoscopie digestive
- la Société de colo-proctologie
- la Société de chirurgie digestive
- le Collège national des généralistes enseignants
- la Société de formation thérapeutique du généraliste
- la Société française de gériatrie et de gérontologie
- la Société française de médecine générale
- la Société française de pathologie
- la Société de radiologie et d'imagerie médicale
- la Société nationale française de gastro-entérologie
- la Société nationale française de médecine interne

L'ensemble du travail a été coordonné par le D^r Sandrine DANET et le D^r Christine REVEL-DELHOM, chefs de projet, sous la direction du D^r Patrice DOSQUET, responsable du service des recommandations professionnelles. Le P^r Denis HERESBACH a rédigé l'argumentaire scientifique faisant la synthèse des données publiées sur le thème.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI. L'assistante documentaire était M^{me} Renée CARDOSO.

Le secrétariat a été assuré par M^{lle} Élodie SALLEZ.

L'Anaes tient à remercier les membres du groupe de travail, du groupe de lecture et de son Conseil scientifique qui ont participé à ce travail dont les noms suivent.

GROUPE DE TRAVAIL

P^r Jean BOYER – hépato-gastro-entérologue, Angers – Président du groupe

P^r Denis HERESBACH, gastro-entérologue, Rennes – Chargé de projet

D^r Sandrine DANET, chef de projet Anaes, Saint-Denis La Plaine

D^r Christine REVEL-DELHOM, chef de projet Anaes, Saint-Denis La Plaine

P^r Boyan CHRISTOFOROV, médecine interne, Paris

D^r Pierre-Adrien DALBIES, hépato-gastro-entérologue, Béziers

D^r Bernard DENIS, gastro-entérologue, Colmar

P^r Marie-Danièle DIEBOLD, anatomo-pathologiste, Reims

D^r Joël DUBERNET, médecin généraliste, Saint-Pey-de-Castets

D^r Jean-Christophe LETARD, hépato-gastro-entérologue, Poitiers

D^r Samuel MERRAN, radiologue, Paris

D^r Jean OLLIVRY, hépato-gastro-entérologue, Challans

D^r Patrick PESSAUX, chirurgien digestif, Angers

D^r Nathalie SALLES, gériatre, Pessac

D^r Gilbert SOUWEINE, médecin généraliste, Vénissieux

D^r Kourouche VAHEDI, hépato-gastro-entérologue, Paris

GROUPE DE LECTURE

P^r Marc BARTHET, hépato-gastro-entérologue, Marseille

D^r Christian BOUSTIERE, gastro-entérologue, Aubagne

D^r Nathalie CHARASZ, gériatre, Paris

P^r Jean-Claude CHAPUT, gastro-entérologue, Clamart, membre du Conseil scientifique de l'Anaes

D^r Denis CLOAREC, gastro-entérologue, Nantes

P^r Jean-Louis DUPAS, hépato-gastro-entérologue, Amiens

P^r Jean ESCOURROU, gastro-entérologue, Toulouse

D^r Pierre GIRIER, médecin généraliste, Oullins

D^r Michel GLIKMANAS, interniste, gastro-entérologue, Meaux

D^r Philippe GODEBERGE, hépato-gastro-entérologue, Paris

P^r Marcel GOLBERG, épidémiologiste, Saint-Maurice

P^r Jean-Charles GRIMAUD, gastro-entérologue, Marseille

D^r Philippe HOUCKE, hépato-gastro-entérologue, Lille

D^r Valérie HYRAILLES-BLANC, hépato-gastro-entérologue, Béziers

D^r Jean-Pierre JACQUET, médecin généraliste, Saint-Jean-d'Arvey

D^r Jean-Marie JANKOWSKI, gastro-entérologue, Tours

D^r Odile LANGUILLE-MIMOUNE, anatomo-pathologiste, Paris

D^r Jean LAPUELLE, gastro-entérologue, Toulouse

D^r Jean-Luc LARPENT, gastro-entérologue, Clermont-Ferrand

P^r Marie-France LE GOAZIOU, médecin généraliste, Lyon

D^r Michel LEVEQUE, médecin généraliste, Thann

D^r Fabrice LUNEAU, gastro-entérologue, Châteauroux

D^r Jean-Yves MABRUT, chirurgien digestif, Lyon

D^r Jean-Pierre MACHAYEKHI, anatomo-pathologiste, Valence

D^r Claire MAINGUENE, anatomopathologiste, Monaco

D^r Bernard MARCHETTI, hépato-gastro-entérologue, Marseille

D^r Olivier NOUEL, hépato-gastro-entérologue, Saint-Brieuc

P^r Yves PANIS, chirurgien digestif, Paris

D^r Alexandre PARIENTE, gastro-entérologue,
Pau
D^r Arnaud PATENOTTE, hépato-gastro-
entérologue, Semur-en-Auxois
P^r Françoise PIARD, anatomopathologiste, Dijon
D^r Rémi PICOT, anatomopathologiste, Reims
D^r François PIGOT, gastro-entérologue, Talence
D^r Nicolas PIRRO, chirurgien digestif, Marseille
D^r Marc POCARD, chirurgien oncologique,
Villejuif
D^r Nicolas REGENET, chirurgien viscéral, Nantes
D^r Catherine RIDEREAU-ZINS, radiologue,
Angers
D^r Bertrand RIFF, médecin généraliste, Lille
P^r Gérard SCHMUTZ, radiologue, Caen
D^r Bruno SENEZ, médecin généraliste, Eyzin-
Pinet
D^r Valérie SERRA-MAUDET, chirurgien
viscéral, Le Mans
P^r Laurent TEILLET, gériatre, Paris
D^r Jean-Jacques TUECH, chirurgien digestif,
Mulhouse
D^r Jean-Marie VETEL, gériatre, Le Mans
D^r Pierre ZIMMERMANN, gastro-entérologue,
Paris

RECOMMANDATIONS

INTRODUCTION

Thème des recommandations et définitions

Ces recommandations actualisent les recommandations et références médicales publiées par l'Andem en 1996 sur le thème de l'endoscopie digestive basse à la demande de la Société nationale française de gastro-entérologie.

Elles s'adressent aux médecins généralistes, gériatres, gastro-entérologues, coloproctologues, radiologues, cancérologues, anatomopathologistes, médecins internistes et chirurgiens digestifs.

Ces recommandations concernent les indications de l'endoscopie digestive basse en dehors du dépistage en population. Leur objectif est de préciser la place de l'endoscopie digestive basse pour le diagnostic de lésions néoplasiques chez des sujets à risque élevé et très élevé de cancer colorectal et dans des situations cliniques particulières pour les sujets à risque moyen de cancer colorectal.

Les définitions retenues par le groupe de travail après l'analyse de la littérature sont les suivantes, pour les populations à risque de cancer colorectal (CCR) :

- le niveau de risque moyen est défini comme le risque moyen de la population dans son ensemble ;
- le niveau de risque élevé est défini comme le risque des patients ayant des antécédents personnels d'adénome ou de cancer colorectal ou celui des sujets ayant un parent au 1^{er} degré de moins de 60 ans ou plusieurs parents au 1^{er} degré, atteints d'un cancer colorectal ou d'un adénome avancé [l'adénome avancé est défini par une taille ≥ 1 cm, ou la présence d'un contingent vilieux ($> 25\%$ de l'adénome), ou la présence de lésion de dysplasie de haut grade ou de carcinome *in situ* (catégorie 4.1 ou 4.2 de la classification de Vienne présentée en annexe)]. Les sujets atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) et maladie de Crohn, sont aussi des sujets à risque élevé en cas de pancolite d'évolution prolongée.
- Les sujets atteints d'acromégalie sont également à risque élevé de cancer colorectal ;
- le niveau de risque très élevé est caractérisé par le risque des sujets appartenant à une famille atteinte de cancers à transmission héréditaire : la polyposé adénomateuse familiale (PAF), les cancers héréditaires sans polyposé [*Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer* (HNPCC), nouvelle dénomination du syndrome de Lynch] et autres polyposes avec risque de cancer colorectal (juvénile et Peutz-Jeghers).

Les questions auxquelles répondent ces recommandations sont les suivantes :

1. Intérêt et indication(s) de l'endoscopie digestive basse (coloscopie totale ou rectosigmoïdoscopie *versus* exploration non endoscopique, échographie, tomodensitométrie, IRM) à la recherche d'une pathologie néoplasique dans les situations cliniques suivantes :

- en présence de symptômes digestifs isolés : douleur abdominale, diarrhée, constipation ;
 - en présence de rectorragies chroniques ou aiguës abondantes ;
 - en cas d'endocardite ;
 - en cas de maladie diverticulaire ;
 - avant ou après transplantation d'organe.
2. Dans quelle(s) circonstance(s) est-il utile de réaliser des biopsies coliques et/ou iléales ?
3. Indications et modalités de l'endoscopie digestive basse pour la surveillance des maladies inflammatoires chroniques intestinales (maladie de Crohn et rectocolite ulcéro-hémorragique).
4. Indications et modalités de l'endoscopie digestive basse pour la surveillance des sujets asymptomatiques :
- à risque très élevé de cancer colorectal ;
 - à risque élevé de cancer colorectal (en dehors de la maladie de Crohn et de la rectocolite ulcéro-hémorragique).
5. Indications et modalités de l'endoscopie digestive basse pour la surveillance endoscopique après exérèse d'un ou plusieurs adénomes colorectaux :
- adénome non transformé (adénome bénin) ;
 - adénome transformé (cancers non invasif et invasif).

Par « modalités » de l'endoscopie digestive basse, le groupe de travail entend le choix de l'examen (coloscopie totale ou rectosigmoïdoscopie), l'utilisation de colorant et la périodicité de l'examen.

Les conditions environnementales et les modalités anesthésiques de la coloscopie ainsi que les stratégies thérapeutiques sont exclues du champ de ces recommandations.

Sont exclues du cadre de ces recommandations, les indications de l'endoscopie digestive basse dans le dépistage du cancer colorectal en population et dans les stratégies diagnostiques suivantes : anémie ferriprive, adénome du tractus digestif haut, cholangite sclérosante primitive et polypose gastrique de type kystique fundique.

Aspect méthodologique

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique, publiée par l'Anaes.

La recherche bibliographique a été effectuée à partir de 1996.

Les recommandations sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve.

En l'absence de littérature, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel au sein des groupes de travail et de lecture.

RECOMMANDATIONS

I. DURÉE DE L'EXAMEN ET COLORATIONS À LA RECHERCHE D'UNE NÉOPLASIE COLIQUE

L'exploration rectocolique **lors du retrait** de l'endoscope est **le temps fondamental** de l'examen. Le taux de faux négatifs (lésions « manquées ») est inversement corrélé à la durée du retrait du coloscope (grade B). Il est recommandé de consacrer une attention particulière à l'exploration de la muqueuse colique lors du retrait du coloscope (grade C).

L'utilisation de colorant (indigo carmin) au cours de la coloscopie (chromo-endoscopie) est une aide au diagnostic et à la décision thérapeutique, en particulier en cas de suspicion de lésion « plane ».

L'utilisation de l'indigo carmin est recommandée au cours du bilan des patients atteints (ou susceptibles d'être atteints) :

- d'un syndrome HNPCC¹ (grade B) ;
- d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) dans le cadre d'une stratégie de surveillance (grade B) ;
- de polyposé familiale atténuée (grade B).

Cette coloration ne permet pas de différencier avec certitude les polypes hyperplasiques des adénomes (grade C).

II. INDICATIONS DE L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE BASSE DANS DIVERSES SITUATIONS CLINIQUES CHEZ LES PATIENTS À RISQUE MOYEN DE CANCER COLORECTAL

Ces recommandations sont relatives à l'indication de l'endoscopie pour le diagnostic de néoplasie chez les patients à risque moyen de cancer colorectal, en présence de symptômes digestifs.

II.1. Indications de l'endoscopie digestive basse en présence de symptômes digestifs isolés : douleurs abdominales et/ou diarrhée et/ou constipation

Une coloscopie totale est recommandée si les symptômes apparaissent après 50 ans (grade C).

Avant 50 ans, une coloscopie totale est recommandée en l'absence de réponse à un traitement symptomatique (accord professionnel).

II.2. Indications de l'endoscopie digestive basse en présence de rectorragies chroniques ou aiguës abondantes

En cas de rectorragie chronique, itérative, rouge foncé, une coloscopie totale est recommandée quel que soit l'âge du patient (grade C).

¹ HNPCC : *Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer*

En cas de rectorragie chronique isolée rouge vif une coloscopie totale est recommandée après 50 ans (**grade B**). Avant 50 ans, il est recommandé d'explorer le côlon mais le groupe de travail ne peut se prononcer sur le choix entre une rectosigmoïdoscopie souple ou une coloscopie totale de première intention (accord professionnel).

En cas de rectorragie aiguë abondante une coloscopie totale avec préparation orale est recommandée. Elle est faite dès que l'état clinique du patient le permet (**grade C**).

II.3. Indications de l'endoscopie digestive basse en cas de diverticulose colique symptomatique

La coloscopie n'est pas indiquée dans la surveillance de la diverticulose colique (accord professionnel).

L'endoscopie digestive basse est contre-indiquée lorsque le diagnostic d'une inflammation aiguë d'une diverticulose colique a pu être posé par d'autres moyens diagnostiques (accord professionnel).

À distance d'une complication aiguë, une coloscopie totale est recommandée en cas d'indication opératoire ou de doute diagnostique avec une pathologie néoplasique (**grade C**).

II.4. Situations particulières

II.4.1. Indications de l'endoscopie digestive basse en cas d'endocardite

Une coloscopie totale à la recherche d'une néoplasie colique bénigne ou maligne est recommandée en cas d'**endocardite à *Streptococcus bovis* ou du groupe D** (**grade C**). Pour les autres germes, les données de la littérature ne permettent pas de recommander une exploration endoscopique digestive basse systématique.

II.4.2. Indications de l'endoscopie digestive basse avant ou après transplantation d'organe chez un patient asymptomatique

Avant et après une transplantation d'organe chez un patient asymptomatique, le groupe de travail ne peut faire de recommandation sur l'exploration endoscopique systématique du côlon (accord professionnel).

II.5. Place des examens morphologiques non endoscopiques par rapport à l'endoscopie digestive basse à la recherche de néoplasies rectocoliques

Les données de la littérature ne démontrent pas la supériorité d'une méthode d'imagerie non endoscopique par rapport à l'autre. Une méthode d'imagerie non endoscopique : coloscopie virtuelle, colotomodensitométrie à leau ou opacification radiologique en double contraste est recommandée en cas de coloscopie incomplète (**grade C**).

En cas de contre-indication à l'exploration endoscopique du côlon, de suspicion de perforation, d'occlusion et en période postopératoire précoce : la tomodensitométrie et/ou le lavement hydrosoluble sont préconisés (accord professionnel).

En gériatrie, l'indication de l'endoscopie digestive basse est posée en fonction de la sévérité des comorbidités et du résultat de l'évaluation gérontologique multidisciplinaire (degré d'autonomie) du patient (accord professionnel). L'âge (> 75 ans) n'est pas un critère en soi pour le choix des modalités d'exploration endoscopique du côlon.

III. EN CAS D'ASPECT MACROSCOPIQUE NORMAL, DANS QUELLES CIRCONSTANCES EST-IL UTILE DE RÉALISER DES BIOPSIES COLIQUES ET/OU ILÉALES ?

III.1. En cas de diarrhée chronique

Chez les sujets non immunodéprimés, en cas d'aspect macroscopique normal de la muqueuse colique, des biopsies coliques nombreuses et étagées sont recommandées au cours de l'exploration d'une diarrhée chronique, en particulier à la recherche de colite microscopique (lymphocytaire ou collagène) (grade C). Les biopsies rectales isolées sont insuffisantes (grade B).

L'exploration de l'iléon terminal est également recommandée (grade C). En cas d'aspect normal de la muqueuse iléale et compte tenu du rendement diagnostique faible, la réalisation de biopsies n'est pas systématique (accord professionnel).

Chez les sujets immunodéprimés, il est recommandé de réaliser des biopsies systématiques, en particulier du côlon droit et de l'iléon, à la recherche d'une infection opportuniste (grade C).

III.2. À la recherche de maladies inflammatoires chroniques intestinales

Les données de la littérature ne permettent pas de recommander les sites de biopsie pour augmenter la probabilité de mettre en évidence des granulomes épithélioïdes à la recherche d'une maladie de Crohn. Les biopsies doivent être multiples, étagées et leur siège bien répertorié, pour rechercher des signes histologiques de la maladie (grade C).

IV. INDICATIONS ET MODALITÉS DE L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE BASSE POUR LA SURVEILLANCE DES PERSONNES À RISQUE ÉLEVÉ ET À RISQUE TRÈS ÉLEVÉ DE CANCER COLORECTAL

IV.1. Surveillance des maladies inflammatoires chroniques intestinales (maladie de Crohn et rectocolite ulcéro-hémorragique)

En cas de colite chronique de type rectocolite ulcéro-hémorragique ou maladie de Crohn, une **surveillance endoscopique** à la recherche de lésions néoplasiques est recommandée après 10 ans d'évolution en cas de pancolite² (grade B) et après 15 ans d'évolution en cas de colite gauche (grade B), au rythme d'une coloscopie totale tous les 2-3 ans (grade B).

² Pancolite : atteinte du côlon en amont de l'angle gauche

Il est recommandé de réaliser des biopsies étagées tous les 10 cm de façon à obtenir un minimum de 30 biopsies (grade C).

Les données de la littérature ne permettent pas de préconiser le recours systématique à la chromo-endoscopie pour diminuer le nombre de biopsies. Elle est utile au ciblage de biopsies supplémentaires sur des anomalies de relief pour le diagnostic de dysplasie (accord professionnel).

En cas de **dysplasie incertaine**, un contrôle endoscopique avec biopsies est recommandé à 6 mois (accord professionnel).

En cas de **dysplasie de bas grade et de haut grade** (catégories 3 et 4 de la classification de Vienne³), il est recommandé de confirmer le diagnostic par un deuxième avis anatomopathologique avant la décision thérapeutique (grade C).

En cas de **lésion polypoïde**, il est recommandé de biopsier la lésion et la muqueuse plane adjacente, ceci permettant de rapporter cette lésion soit à un adénome sporadique (muqueuse adjacente saine), soit à une DALM⁴ (muqueuse adjacente pathologique) (grade C).

IV.2. Surveillance des sujets asymptomatiques à risque très élevé de cancer colorectal

IV.2.1. La polypose adénomateuse familiale (PAF)

L'endoscopie digestive basse est recommandée chez les membres de la famille d'un sujet atteint de **PAF**, porteurs de la mutation, ou pour lesquels il n'a pas été possible d'affirmer qu'ils n'en avaient pas hérité (grade B).

La détection s'effectue par rectosigmoïdoscopie souple, à partir de l'âge de 10-12 ans (grade B), sur un rythme annuel (accord professionnel).

En cas d'anastomose iléo-rectale après colectomie, il est recommandé de maintenir une surveillance du rectum restant, par rectosigmoïdoscopie souple (grade B), sur un rythme annuel (accord professionnel).

Dans les familles atteintes par une mutation du gène associée à un phénotype dit de **PAF atténuée**, la détection de lésions néoplasiques et la surveillance du côlon par coloscopie totale avec chromo-endoscopie (accord professionnel) sont recommandées à partir de l'âge de 30 ans, sur un rythme annuel (grade B).

En cas de polypose colique dans une famille ne présentant **pas de mutation sur le gène APC**, la recherche de mutation sur d'autres gènes (MYH) doit être envisagée. Si elle est présente, une coloscopie totale de dépistage est recommandée à l'âge de 30 ans (grade B). En cas de coloscopie négative un rythme spécifique de surveillance ne peut pas être recommandé.

³ Voir encadré 1

⁴ DALM : dysplasie associée à une masse (*dysplasia-associated lesion or mass*)

IV.2.2. Le syndrome de cancer colique héréditaire sans polypose (HNPCC)

Une **surveillance** par coloscopie totale est recommandée chez les membres d'une famille porteurs de la mutation ou pour lesquels il n'a pas été possible d'affirmer qu'ils n'en avaient pas hérité, à partir de 20-25 ans (grade B) et tous les 2 ans (grade C).

Après traitement chirurgical d'un premier cancer colorectal, il est recommandé de maintenir cette surveillance à la recherche d'une lésion métachrone (grade C), au même rythme (accord professionnel).

IV.2.3. La polypose juvénile et le syndrome de Peutz-Jeghers

Chez les membres de la famille d'un sujet atteint de **polypose juvénile**, une coloscopie totale dès l'âge de 10-15 ans, ou plus tôt en cas de symptômes, est recommandée tous les 2-3 ans (grade C). Chez le sujet atteint par la polypose juvénile, le rythme de la surveillance par coloscopie est identique.

Chez les membres d'une famille atteinte de **syndrome de Peutz-Jeghers**, en l'absence de symptômes, la surveillance par coloscopie totale est recommandée à partir de 18 ans (grade C), puis tous les 2-3 ans. Chez le sujet atteint par un syndrome de Peutz-Jeghers, le rythme de la surveillance par coloscopie sera identique.

IV.3. Surveillance des sujets asymptomatiques à risque élevé de cancer colorectal (en dehors de la maladie de Crohn et de la rectocolite ulcéro-hémorragique)

IV.3.1. Antécédent familial de cancer colique

Une coloscopie de détection est recommandée chez les personnes ayant un **antécédent familial** de cancer colorectal **au 1^{er} degré** (père, mère, frère, sœur, enfant) survenu **avant 60 ans** ou en cas de deux ou plusieurs antécédents familiaux au 1^{er} degré quel que soit l'âge de survenue (grade B).

Il est recommandé de débuter la surveillance à l'âge de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic de cancer colorectal chez le cas index (grade C).

En cas d'antécédent familial de cancer colorectal survenu chez un **apparenté au 1^{er} degré après 60 ans**, le risque de cancer colorectal est supérieur à celui de la population générale, mais il n'est pas possible de proposer des recommandations sur la détection à partir des données disponibles actuellement.

Après 3 coloscopies normales espacées chacune de 5 ans, la surveillance peut être espacée. Lorsque l'espérance de vie estimée est inférieure à 10 ans, la surveillance peut être interrompue (accord professionnel).

En cas **d'adénome non avancé⁵** à la coloscopie, l'existence **d'antécédents familiaux** de cancer colorectal **au 1^{er} degré** conduit à recommander une coloscopie de contrôle à 3 ans (grade B).

⁵ Un adénome avancé est défini par une taille ≥ 1 cm, ou la présence d'un contingent vilieux ($> 25\%$ de l'adénome), ou la présence de lésion de dysplasie de haut grade ou de carcinome *in situ* (catégorie 4.1 ou 4.2 de la classification de Vienne présentée en annexe)

En cas **d'antécédent familial au 2^d degré** (grands-parents, oncles et tantes), les données actuelles de la littérature ne permettent pas de conclure sur les modalités de détection ou de surveillance (accord professionnel).

IV.3.2. Antécédent familial d'adénome colique

Une coloscopie de détection est recommandée en cas d'antécédent familial au 1^{er} degré d'adénome survenu avant 60 ans (grade B).

Il est recommandé de débuter la surveillance à l'âge de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic de l'adénome chez le cas index (grade C).

IV.3.3. Antécédent personnel de cancer colorectal

Après chirurgie d'exérèse d'un cancer colorectal :

- si la coloscopie avant l'intervention n'a pas été complète : une coloscopie de contrôle est recommandée dans les 6 mois (accord professionnel), puis à 2-3 ans, puis à 5 ans, si elle est normale ;
- si la coloscopie avant l'intervention a été complète : une coloscopie de contrôle est recommandée à 2-3 ans, puis à 5 ans, si elle est normale (grade B).

Après 3 coloscopies normales, le rythme de surveillance peut être espacé. Lorsque l'espérance de vie estimée est inférieure à 10 ans, la surveillance peut être interrompue (accord professionnel).

IV.3.4. Acromégalie

Les patients atteints d'acromégalie sont à risque élevé de cancer colorectal (grade B). Une coloscopie de détection est recommandée chez les patients acromégales (grade C) une fois le diagnostic d'acromégalie établi.

La surveillance ultérieure dépend du résultat de la première coloscopie. En cas de néoplasie, elle est identique à celle de la population à risque élevé de cancer colorectal sans acromégalie (accord professionnel).

V. INDICATIONS ET MODALITÉS DE L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE BASSE POUR LA SURVEILLANCE DES SUJETS APRÈS EXÉRÈSE D'UN OU PLUSIEURS POLYPS COLORECTAUX

V.1. Cas des polypes hyperplasiques

Après exérèse de polypes hyperplasiques, une surveillance par coloscopie totale à 5 ans est recommandée (accord professionnel), quand ils sont :

- de grande taille (≥ 1 cm) (grade C) ;
ou
- multiples ($n \geq 5$) et de siège colique (grade C) ;
ou
- siégeant sur le côlon proximal dans un contexte d'antécédent familial de polyposé hyperplasique (grade C).

Lorsque la coloscopie à 5 ans est normale, une surveillance 10 ans plus tard est recommandée, en l'absence d'antécédents familiaux de polyposé hyperplasique (accord professionnel).

Soit après T 0 (temps de l'exérèse), une surveillance à T 5 (ans) puis à T 15 (ans).

En présence d'antécédents familiaux de polyposé hyperplasique, les données disponibles dans la littérature ne permettent pas de recommander un rythme de surveillance particulier.

La surveillance des polypes hyperplasiques rectosigmoïdiens de petite taille n'est pas recommandée (accord professionnel).

V.2. Cas des adénomes en dysplasie de bas grade (catégorie 3 de la classification de Vienne modifiée) et des adénomes avancés⁵

Un adénome est par définition un état dysplasique. Un adénome en dysplasie de bas grade ou appelé « bénin » appartient à la catégorie 3 de la classification de Vienne.

- En cas de doute sur le caractère complet de l'exérèse endoscopique ou en cas de confirmation histologique du caractère incomplet de l'exérèse d'un adénome en dysplasie de bas grade (catégorie 3 de la classification de Vienne) ou d'un adénome avancé de catégorie 4.1 et 4.2 de la classification de Vienne, un contrôle coloscopique à 3 mois est recommandé (accord professionnel).
 - En cas d'exérèse complète à la coloscopie, un contrôle est recommandé à 3 ans en cas :
 - d'adénome avancé (grade B) ;
- ou
- d'un nombre d'adénomes ≥ 3 (grade B) ;
- ou
- d'adénome chez un patient ayant un antécédent familial de cancer colorectal (grade B).

Si la coloscopie à 3 ans est normale, une coloscopie de contrôle à 5 ans est recommandée (grade C). Après 2 coloscopies de surveillance normales, séparées de 5 ans, une surveillance à 10 ans est recommandée (accord professionnel).

Soit après T 0 (temps de l'exérèse), une surveillance à : T 3 (ans) puis T 8 (ans) puis T 13 (ans) puis T 23 (ans).

- Dans tous les autres cas (adénome non avancé, en nombre inférieur à 3 et en absence d'antécédent familial de cancer colorectal), un premier contrôle par coloscopie est recommandé à 5 ans (grade C). Après 2 coloscopies de surveillance normales, séparées de 5 ans, une surveillance à 10 ans est recommandée (accord professionnel).

Soit après T 0 (temps de l'exérèse), une surveillance à : T 5 (ans) puis T 10 (ans) puis T 20 (ans).

La surveillance des adénomes plans et des adénomes festonnés ne diffère pas de celle des adénomes en dysplasie de bas grade ou des adénomes avancés (grade C), c'est-à-dire une coloscopie de contrôle à 3 ou 5 ans selon la taille, l'existence d'un contingent villeux > 25 %, le degré de dysplasie, le nombre et la présence d'un antécédent familial de cancer colorectal (accord professionnel).

V.3. Cas des adénomes transformés (catégorie 4.3, 4.4 et 5 de la classification de Vienne modifiée)

Un **adénome dit «transformé»** est un adénome présentant un foyer localisé ou étendu d'adénocarcinome superficiel, quelles que soient l'étendue et la profondeur d'infiltration. Il appartient aux catégories 4.3, 4.4 et 5 de la classification de Vienne modifiée.

Cette classification permet de distinguer clairement les adénocarcinomes superficiels sans risque d'envahissement lymphatique (catégories 4.3 et 4.4 ou pTis de l'OMS) et les adénocarcinomes avec risque d'envahissement ganglionnaire (catégorie 5 ou pT1 de l'OMS).

Après exérèse endoscopique en une seule pièce d'un adénome transformé de catégorie 4, si la résection complète est confirmée histologiquement, un contrôle endoscopique à 3 ans est recommandé (grade C).

Après exérèse endoscopique d'un adénome transformé, un contrôle endoscopique précoce à 3 mois, puis à 3 ans, est recommandé :

- en cas de néoplasie de catégorie 4 (soit pTis de la classification OMS) quand il existe un doute sur le caractère complet de la résection (accord professionnel) ; ou
- en cas de néoplasie de catégorie 5 (carcinome infiltrant la sous-muqueuse, pT1 de la classification OMS) pour lequel une colectomie complémentaire n'a pas été décidée (accord professionnel).

Classification de Vienne modifiée des néoplasies intra-épithéliales et des cancers superficiels du tractus digestif (Dixon MF, Gut 2002, 51 : 130-131)

OMS (2000)

Catégorie 1 : pas de néoplasie

Catégorie 2 : indéfini pour néoplasie

Catégorie 3 : néoplasie bas grade

Catégorie 4 : néoplasie haut grade

4.1 - dysplasie haut grade

4.2 - cancer *in situ* (non invasif)

4.3 - suspect d'être invasif

4.4 - cancer intramuqueux

Catégorie 5 : cancer infiltrant la sous-muqueuse

pTis

pT1

Néoplasies = adénomes et adénocarcinomes

La classification de Vienne dite modifiée (2002) diffère de la classification de Vienne originelle (2000) par la catégorie de néoplasie 4.4 (appelée 5.1 dans la classification de Vienne initiale).

Elle permet de distinguer clairement les adénocarcinomes superficiels sans risque d'envahissement lymphatique (catégories 4.3 et 4.4 ou pTis de l'OMS) et les adénocarcinomes avec risque d'envahissement ganglionnaire (catégorie 5 ou pT1 de l'OMS).

Dans la classification de Vienne, on individualise un stade intramuqueux du cancer qui correspond à une invasion du chorion muqueux, sans risque d'envahissement lymphatique (absence de réseaux lymphatiques dans la muqueuse).

GLOSSAIRE – Définitions

Néoplasie : tissu néoformé

- soit tumeur :
 - . bénigne (*ex. : adénome*)
 - . maligne (*ex. : adénocarcinome*)
- soit néoplasie intra-épithéliale : de bas grade ou de haut grade (synonymes : dysplasie de bas grade ou de haut grade)

Adénome = dysplasie = néoplasie intra-épithéliale :

tumeur bénigne glandulaire correspondant à un foyer circonscrit de dysplasie. Un adénome peut être une dysplasie de bas grade ou de haut grade.

Adénome plan :

adénome dont l'épaisseur ne dépasse pas le double de celle de la muqueuse saine adjacente (définition microscopique). Ils correspondent à une surélévation de la muqueuse d'une hauteur inférieure à l'épaisseur d'une pince à biopsie standard fermée (définition macroscopique).

Adénome festonné :

adénome se caractérisant par un aspect festonné des glandes rappelant le polype hyperplasique (définition microscopique). Comme tout adénome, il est au minimum en dysplasie de bas grade.

Côlon distal :

partie du côlon la plus proche de l'extrémité rectale.

Côlon proximal :

Partie du côlon la plus proche de l'extrémité cœcale.

DALM (*dysplasia-associated lesion or mass*) :

les DALM se présentent comme des plaques irrégulières, des masses en relief, de larges lésions polypoïdes sessiles à large base d'implantation. Elles sont presque constamment associées à des lésions de dysplasie en muqueuse plate.

Il s'agit de lésions de dysplasie de haut grade développées sur MICI, comportant fréquemment des foyers d'adénocarcinome au moins intramuqueux.

Les lésions de DALM de type *adenoma like* doivent être distinguées des adénomes sporadiques qui peuvent survenir de façon fortuite au cours des MICI sur un ensemble de critères dont aucun n'est absolument spécifique.

HNPCC (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer) :

le syndrome du cancer colorectal héréditaire sans polypose ou HNPCC est la nouvelle dénomination du syndrome de Lynch.

Ce syndrome HNPCC est défini par l'atteinte de 3 membres de la même famille d'un cancer associé au syndrome HNPCC (cancer colorectal, de l'endomètre, du grêle, de l'uretère, du rein ou des voies excréto-urinaires) et tous les critères suivants :

- 1 des sujets est uni aux 2 autres par un lien de parenté au 1^{er} degré ;
- au moins 2 générations successives sont atteintes ;
- au moins 1 des sujets a eu un CCR avant l'âge de 50 ans ;
- la PAF est exclue en cas de CCR ;
- le diagnostic de CCR repose sur un examen anatomique et pathologique.

PAF (polypose adénomateuse familiale) :

la polypose adénomateuse familiale est une maladie autosomique dominante à forte pénétrance liée à une mutation du gène APC situé sur le bras long du chromosome 5. Elle est caractérisée par la présence de plus de 100 adénomes localisés au niveau du côlon ou du rectum.

PAF atténuée (polypose adénomateuse familiale atténuée) :

la polypose adénomateuse familiale dite « atténuée » est définie par un nombre moindre de polypes (20 à 100) avec une tendance à une localisation colique droite. Ce syndrome est un cas particulier de la PAF du fait du siège de l'anomalie moléculaire (entre les codons 1290-1330) sur le gène en cause (APC).

Peutz- Jeghers (le syndrome de Peutz-Jeghers) :

il s'agit d'un syndrome héréditaire autosomique dominant à forte pénétrance défini par la présence de polypes hamartomateux de l'intestin grêle, du côlon et du rectum associés à une pigmentation mucocutanée et par l'anomalie moléculaire STK11 localisée sur le chromosome 19q13.

Polypose hyperplasique (le syndrome de polypose hyperplasique) :

ce syndrome de polypose hyperplasique est défini par la présence :

- d'au moins 5 polypes hyperplasiques (PH) en situation proximale dont 2 de plus de 10 mm ;
ou
- quel que soit leur nombre, la présence de plusieurs polypes hyperplasiques de siège proximal chez un patient avec un antécédent au 1^{er} degré de polypose hyperplasique ;
ou
- la présence de plus de 30 polypes hyperplasiques quelle que soit leur taille siégeant sur l'ensemble du côlon.

Polypose juvénile :

la polypose juvénile est définie par la présence de multiples polypes hamartomateux typiques du côlon et du rectum débutant dans l'enfance associée à une augmentation du risque de CCR et dans 50 % des cas à une mutation du gène SMAD4. Le nombre de polypes permettant d'isoler la polypose juvénile du polyype juvénile sporadique est de 3.

FICHE DE SYNTHÈSE

L'objectif de ces recommandations est de préciser la place de l'endoscopie digestive basse pour le diagnostic de lésions néoplasiques chez des sujets à risque élevé et très élevé de cancer colorectal (CCR) et dans des situations cliniques particulières pour les sujets à risque moyen de cancer colorectal.

Indications de l'endoscopie digestive basse chez les patients à risque moyen de CCR (cancer colorectal)

1. En présence de symptômes digestifs isolés : douleurs abdominales et/ou diarrhée et/ou constipation

Une coloscopie totale est recommandée en cas de survenue des symptômes :

- a. après 50 ans
- b. avant 50 ans, en l'absence de réponse à un traitement symptomatique

2. En présence de rectorragies chroniques ou aiguës abondantes

Une coloscopie totale est recommandée :

- a. en cas de rectorragie chronique (itérative, rouge foncé, quel que soit l'âge du patient)
- b. en cas de rectorragie chronique isolée rouge vif, après 50 ans
- c. en cas de rectorragie aiguë abondante, dès que l'état clinique du patient le permet

Le choix entre une rectosigmoidoscopie souple ou une coloscopie totale de première intention est possible : en cas de rectorragie chronique isolée rouge vif, avant 50 ans.

3. En cas d'endocardite

Une coloscopie totale est recommandée : en cas d'endocardite à *Streptococcus bovis* ou du groupe D.

4. Avant ou après transplantation d'organe chez un patient asymptomatique

Données insuffisantes pour proposer une recommandation.

5. En cas de diverticulose colique symptomatique

Une coloscopie totale est contre-indiquée : lorsque le diagnostic d'une inflammation aiguë d'une diverticulose colique a pu être posé par d'autres moyens diagnostiques.

Une coloscopie totale est recommandée : à distance d'une complication aiguë, en cas d'indication opératoire ou de doute diagnostique avec une pathologie néoplasique.

Indications de l'endoscopie digestive basse chez les patients à risque élevé

Surveillance des MICI (maladie de Crohn et RCH)

Une coloscopie totale avec biopsies (tous les 10 cm, au minimum 30 prélèvements) est recommandée :

- a. en cas de pancolite, après 10 ans d'évolution, puis tous les 2-3 ans
- b. en cas de colite gauche, après 15 ans d'évolution, puis tous les 2-3 ans

Si dysplasie incertaine : contrôle endoscopique et biopsies à 6 mois

Si dysplasie de bas grade ou de haut grade (catégories 3 et 4 de la classification de Vienne) : prendre un deuxième avis anatomopathologique avant la décision thérapeutique

Si dysplasie sur lésion en relief : biopsie de la lésion et de la muqueuse plane adjacente

Indication des biopsies coliques et/ou iléales (aspect macroscopique normal)

1. En cas de diarrhée chronique à la recherche :

- a. d'une infection opportuniste chez les sujets immunodéprimés : biopsies iléo-coliques
- b. d'une colite microscopique chez les sujets non immunodéprimés : biopsies rectales et sigmoïdiennes.

2. À la recherche de MICI (biopsies nombreuses, étagées et bien répertoriées)

| | Début surveillance | Rythme de surveillance | Examen pratiqué |
|--|--|--|----------------------------|
| Surveillance des sujets asymptomatiques à risque très élevé de CCR | | | |
| PAF : <i>membres de la famille d'un patient atteint de PAF</i> | À partir de 10-12 ans | Tous les ans | Rectosigmoidoscopie souple |
| PAF après colectomie : surveillance du rectum restant | | Tous les ans | Rectosigmoidoscopie souple |
| PAF atténuée : <i>membres de la famille d'un patient atteint de PAF atténuée</i> | À partir de 30 ans | Tous les ans | Coloscopie totale |
| Polypose colique familiale avec mutation gène MHY | À partir de 30 ans | Pas de recommandation | Coloscopie totale |
| HNPCC : <i>membres de la famille d'un patient atteint de HNPCC</i> | À partir de 20-25 ans | Tous les 2 ans | Coloscopie totale |
| HNPCC après traitement chirurgical | | Tous les 2 ans | Coloscopie totale |
| Polypose juvénile : <i>membres de la famille d'un patient atteint et patient atteint</i> | À partir de 10-15 ans | Tous les 2-3 ans | Coloscopie totale |
| Syndrome de Peutz-Jeghers : <i>membres de la famille d'un patient atteint et patient atteint</i> | À partir de 18 ans | Tous les 2-3 ans | Coloscopie totale |
| Surveillance des sujets asymptomatiques à risque élevé de CCR | | | |
| ATCD familial de CCR | À partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index | Contrôle à 5 ans puis* 2 coloscopies distantes de 5 ans, puis* espacer la surveillance | Coloscopie totale |
| * un cas au 1 ^{er} degré avant 60 ans | | | |
| * plusieurs cas au 1 ^{er} degré, quel que soit l'âge | | | |
| ATCD familial de CCR au 1 ^{er} degré et découverte d'un adénome non avancé | | Coloscopie de contrôle à 3 ans | Coloscopie totale |
| ATCD familial d'adénome colique | À partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index | Selon résultat de la première coloscopie | Coloscopie totale |
| * au 1 ^{er} degré avant 60 ans | | | |
| ATCD personnel de CCR après chirurgie : | | Contrôle à 6 mois, puis* à 2-3 ans puis à 5 ans | Coloscopie totale |
| * si coloscopie préopératoire incomplète | | | |
| ATCD personnel de CCR après chirurgie : | | Contrôle à 2-3 ans puis* à 5 ans | Coloscopie totale |
| * si coloscopie préopératoire complète | | | |
| Patient acromégale | Lors du diagnostic d'acromégalie | | Coloscopie totale |
| Surveillance des patients à risque élevé de CCR, après exérèse de polypes colorectaux | | | |
| Polypes hyperplasiques | | | |
| Après exérèse de polype hyperplasique ≥ 1 cm et/ou multiple ($n \geq 5$) de siège colique et/ou siégeant sur le côlon proximal dans un contexte d'ATCD familial de polypose hyperplasique | | Contrôle à 5 ans puis* à 10 ans | Coloscopie totale |
| Adénomes en dysplasie de bas grade et avancés¹ | | | |
| Exérèse incomplète d'un adénome en dysplasie de bas grade (catégorie 3) ou avancé de catégorie 4.1 et 4.2 | | Contrôle à 3 mois | Coloscopie totale |
| Exérèse complète d'un adénome avancé, ou d'un nombre d'adénome ≥ 3 , ou d'un adénome chez un patient ayant un ATCD familial de CCR | | Contrôle à 3 ans, puis 2 coloscopies espacées de 5 ans puis à 10 ans | Coloscopie totale |
| Exérèse complète d'un adénome non avancé et d'un nombre d'adénomes < 3 , et absence d'ATCD familial de CCR | | Contrôle à 5 ans, puis* une coloscopie à 5 ans puis* à 10 ans | Coloscopie totale |
| Adénomes transformés | | | |
| Exérèse incomplète d'un adénome transformé de catégorie 4 | | Contrôle à 3 mois puis* à 3 ans | Coloscopie totale |
| Exérèse complète d'un adénome transformé de catégorie 4 | | Contrôle à 3 ans | Coloscopie totale |
| Exérèse d'un adénome transformé de catégorie 5 sans colectomie complémentaire | | Contrôle à 3 mois puis* à 3 ans | Coloscopie totale |

: un adénome avancé est défini par une taille ≥ 1 cm, ou la présence d'un contingent vilieux ($> 25\%$ de l'adénome), ou la présence de lésion de dysplasie de haut grade ou de carcinome *in situ* (catégorie 4.1 ou 4.2 de la classification de Vienne présentée en annexe)

* si coloscopie normale