

S.N.F.G.E : Les Endoscopies Digestives Basses**Recommandations et Références**

Ces recommandations sont révisables en fonction de l'évolution des connaissances.

1 - Quand faut-il faire une exploration morphologique du côlon en cas de troubles fonctionnels intestinaux ?

Le diagnostic de troubles fonctionnels intestinaux est clinique.

Une exploration morphologique du côlon n'est pas nécessaire chez tous les patients consultant pour des symptômes évoquant des troubles fonctionnels intestinaux.

Une première exploration morphologique du côlon est justifiée si les symptômes sont apparus après l'âge de 50 ans.

Les malades atteints de troubles fonctionnels intestinaux sont considérés à risque moyen de cancer colorectal (c'est-à-dire celui de la population générale).

Il n'y a pas lieu de répéter les explorations morphologiques coliques en l'absence de modification de la symptomatologie clinique.

2 - Quand il existe une indication à une exploration morphologique du côlon, quelles sont les indications respectives de l'opacification radiologique et de la coloscopie totale en première intention ?

Il est recommandé de réaliser : une coloscopie totale en première intention dans les situations suivantes :

- devant des signes cliniques suggérant une pathologie organique intestinale
- présence de sang occulte dans les selles,
- démarche de détection individuelle des tumeurs rectocoliques dans les groupes à haut risque ou à très haut risque de cancer colorectal,
- nécessité d'un geste thérapeutique per-endoscopique.

une opacification radiologique en première intention dans les situations suivantes :

- contre-indication à la coloscopie (volumineux anévrisme de l'aorte abdominale, insuffisance cardiaque ou respiratoire sévère),
- suspicion de perforation ou de fistule,
- suspicion de sigmoïte diverticulaire,
- suspicion d'obstruction,
- période postopératoire précoce.

Dans les autres situations cliniques, en dehors des situations d'urgence et avant 50 ans ou chez les sujets très âgés, très fragiles, ou de mobilité réduite, il n'y a pas d'étude qui permette de dicter un choix plutôt qu'un autre et le groupe de travail ne se prononce pas.

3 - Quelles sont les indications des biopsies coliques quand la muqueuse colique est macroscopiquement normale ?

La pratique de biopsies systématiques lors de toute coloscopie n'est pas justifiée.

Les principales indications des biopsies coliques en muqueuse macroscopiquement normale lors d'une coloscopie totale sont : les diarrhées aiguës et chroniques, le bilan d'extension d'un lymphome.

4 - Quand et comment détecter les adénomes colorectaux chez un sujet asymptomatique à très haut risque ou à haut risque de cancer colorectal ?

Le groupe de travail a insisté sur la nécessité d'une enquête familiale soigneuse à la recherche de facteurs de risque de cancer colorectal par tous les médecins, en particulier les médecins généralistes, lors d'un premier contact avec un malade.

Il n'a pas été fait de recommandation sur le dépistage de masse ou individuel du cancer colorectal chez les sujets à risque moyen, c'est-à-dire dans la population générale. Des recommandations ultérieures pourraient être proposées en fonction des résultats des études

européennes actuellement en cours.

L'examen morphologique de détection de première intention des adénomes et des cancers est la coloscopie totale dans ces groupes.

Chez les sujets à haut risque de cancer colorectal, il est recommandé de débiter la détection par coloscopie totale :

- à partir de 45 ans chez les sujets dont un parent au premier degré (père, mère, frère, sœur) a été atteint d'un cancer colorectal après l'âge de 55 ans,
- ou 10 ans avant l'âge d'apparition du cancer du parent atteint si celui-ci avait moins de 55 ans.

Chez les sujets appartenant à une famille de Lynch, il est recommandé de débiter la détection par coloscopie totale :

- à partir de l'âge de 20-25 ans,
- ou 5 ans avant l'âge du cancer le plus précoce de la famille, si celui-ci est apparu avant l'âge de 25 ans.

Si la coloscopie n'est pas réalisable, le lavement baryté en double contraste associé à la rectosigmo-doscopie au tube souple est une alternative.

Si la coloscopie n'est pas totale, il est recommandé de faire un lavement baryté en double contraste de complément.

5 - Quel est le rythme de surveillance endoscopique après exérèse d'un ou plusieurs adénomes colorectaux bénins ?

Prise en charge initiale :

- la découverte de polypes hyperplasiques n'est pas, en soi, une indication à une coloscopie totale, soit de complément (si l'examen initial était une rectoscopie ou une rectosigmo-doscopie), soit de surveillance.
- après la résection d'un adénome sessile de plus de 2 cm ou d'adénomes multiples (plus de 5 adénomes), une ou parfois plusieurs coloscopies supplémentaires peuvent être nécessaires pour s'assurer que leur résection a été complète.

Surveillance après polypectomie :

En dehors des syndromes de Lynch, de la polyposse adénomateuse familiale et des polypes dégénérés :

- la présence d'un petit adénome (< 1 cm) tubuleux unique, chez les malades à risque moyen de cancer colorectal, n'élevant pas le risque de cancer colorectal, la surveillance ultérieure ne doit pas être différente de celle de la population générale. Celle-ci n'a pas été définie par le groupe de travail (voir recommandation 4B).
- il est recommandé de faire une coloscopie totale de contrôle à 3 ans chez les malades avec un adénome unique de plus d'un centimètre ou comportant des éléments villosités, ou chez les patients ayant au moins 2 adénomes, à condition que la coloscopie totale initiale ait été de bonne qualité.
- les intervalles ultérieurs de surveillance par coloscopie totale après un examen négatif à 3 ans sont de 5 ans.
- la présence d'une dysplasie sévère ou de haut grade (polype non dégénéré) dans un polype réséqué en totalité ne modifie pas les recommandations de surveillance précédentes.
- la surveillance doit être interrompue quand il apparaît improbable que continuer la surveillance prolongera l'espérance de vie.

En cas de syndrome de Lynch :

- après résection d'un ou plusieurs adénomes, la surveillance par coloscopie totale doit être annuelle, à vie.

6 -Quand faut-il refaire une exploration colique chez un sujet asymptomatique à très haut risque ou à haut risque de cancer colorectal, quand la première exploration était négative ?

Chez les sujets dont un parent au premier degré était atteint d'un cancer colorectal, il est recommandé, bien qu'il n'existe pas de littérature satisfaisante permettant de répondre à cette question, d'attendre au moins 5 ans avant de faire un contrôle par coloscopie totale. Le groupe propose qu'il soit réalisé une étude prospective permettant de répondre à cette question. En cas de syndrome de Lynch, il est recommandé de faire une coloscopie tous les 2 ans jusqu'à 35 ans, puis une coloscopie annuelle.