Commentaire d'article

Article Comment

D. Heresbach

© Lavoisier SAS 2015

Quelle surveillance colique à long terme après polypectomie ?

Les modalités de surveillance après polypectomie colique recommandées par la HAS différencient les adénomes à bas risque de récurrence de ceux à haut risque de récurrence. Le schéma proposé recommande, à chaque nouveau contrôle, de le programmer à trois ou cinq ans selon que la coloscopie index a montré des adénomes à haut ou bas risque de récurrence. Un espacement à 5-10 ans ou un arrêt de la surveillance est recommandé après deux coloscopies successives normales en cas d'adénome lors de la coloscopie initiale si cette dernière ne montrait qu'un adénome à bas risque de récurrence. Le rythme de surveillance à long terme après la 2^e ou 3^e coloscopie de contrôle ou son arrêt repose plus sur des avis d'experts que sur des données bien établies. Imperiale TF et al. [1] ont récemment évalué le risque d'adénome lors de la 3^e coloscopie en tenant compte des adénomes retrouvés lors de la coloscopie index et du premier contrôle ou seconde coloscopie.

Ils ont défini un score dans une première cohorte de 965 sujets à risque moyen, notamment sans antécédent familial, et validé ce score dans une seconde cohorte de 372 patients. Les résultats de la première et de la seconde coloscopie étaient classés selon le type de la lésion la plus évoluée et un score de 0, 1, 2 ou 3 était attribué aux patients âgés de moins de 55 ans, de 55 à 59 ans, de 60 à 64 ans et chez les plus de 65 ans. Un score de 0, 1 ou 2 était également attribué pour une coloscopie normale, avec un adénome non avancé ou avancé. Ainsi, sur ces deux premières coloscopies, le score variait entre 1 et 7.

Le risque d'adénome avancé à la seconde coloscopie de contrôle soit la 3^e, était de respectivement 4,8 % et 14,9 % pour les sujets avec un score de respectivement 1 à 5 et 6 à 7. Ces risques étaient de 5,6 % (IC 95 % : 3,4-8) et de 19,2 %

(IC 95 % : 9,6-32) dans la cohorte de validation. Cette étude montre donc un risque pour chaque score et il faut noter qu'il était ≥ 5 % quand le score global était ≥ 3 .

Cette étude prospective présente le mérite de proposer un outil permettant d'adapter le second contrôle coloscopique en fonction du risque individuel. En effet, les recommandations actuelles sont fondées sur le risque de récurrence à la première coloscopie de contrôle et l'approche « en direct » des validations des modalités de surveillance peut être une aide à la pratique pour motiver la 3^e coloscopie. Il faut souligner que la cohorte est de petite taille mais le système CORI (Observatoire National Prospectif et Volontaire de l'Endoscopie Digestive) nous a habitués à ces publications pilotes suivies de cohortes plus larges. Notons que le risque n'est jamais nul et de plus de 5 % pour un score ≥ 3 , ce qui pour un score à 3 correspond à un sujet de 60-64 ans qui présente un adénome avancé à la coloscopie index et aucun adénome au premier contrôle ou à un sujet de 55-59 ans ayant présenté un adénome non avancé à la coloscopie index et au premier contrôle à cinq ans.

Les deux réserves de cette étude résident dans l'absence de réponse à la question du délai idéal (3 ans vs 5 ans), les deuxième et troisième coloscopies étant réalisées en moyenne 41 et 44 mois après la précédente. Enfin, utiliser une classification en adénome avancé et non avancé (qui est la base de la classification dans le système CORI) n'est pas en concordance avec la classification des adénomes en fonction de leur risque de récurrence (bas, haut), critère utilisé dans l'ensemble des recommandations américaine, britannique, européenne et française.

Référence

1. Imperiale TF, Juluri R, Sherer EA, et al. A risk index for advanced neoplasia on the second surveillance colonoscopy in patients with previous adenomatous polyps. *Gastrointest Endosc* 2014;80:471-8.

D. Heresbach (✉)

Unité d'endoscopie et de consultation digestive,
centre hospitalier de Redon, 8, rue Étienne Gascon,
F-35603 Redon
e-mail : denis.heresbach@ch-redon.fr