



2009

Tous les polypes colorectaux doivent-ils être analysés ?

Bernard DENIS, Jacques BOTTLAENDER, Anne Marie WEISS, André PETER, Gilles BREYSACHER, Pascale CHIAPPA, Isabelle GENDRE, Philippe PERRIN. Médecine A, Hôpitaux Civils de COLMAR, ADECA Alsace.

L'examen anatomopathologique des polypes colorectaux réséqués par endoscopie représente une charge de travail importante pour les pathologistes ainsi qu'un coût non négligeable. Il n'a d'impact sur la prise en charge que lorsqu'il guide le traitement d'un cancer invasif ou la surveillance coloscopique ultérieure. But : évaluer s'il est possible de ne pas faire l'examen anatomo-pathologique de certains polypes colorectaux sans risque pour le patient. Méthodes : Evaluation rétrospective de tous les polypes réséqués dans une campagne départementale de dépistage organisé de septembre 2003 à août 2008 et évaluation prospective de tous les polypes réséqués dans une unité hospitalière d'endoscopie de janvier à août 2008. Résultats : L'étude rétrospective portait sur 4360 polypes, ses résultats figurent dans le tableau. L'étude prospective concernait 355 polypes réséqués lors de 175 coloscopies chez 68 femmes et 107 hommes de 64.8 ans d'âge moyen. Il s'agissait dans 47.4% des cas d'une 1ère coloscopie et dans 46.5% des cas d'une coloscopie de surveillance pour antécédent personnel de cancer colorectal (CCR) ou d'adénome. Des antécédents familiaux de CCR étaient notés dans 13.9% des cas. 263 (74.1%) polypes étaient $\leq 5\text{mm}$ et 54 (15.2%) $\geq 10\text{mm}$. Il y avait 90 (25.7%) polypes non adénomateux, 76 (21.4%) adénomes avancés et 2 (0.6%) carcinomes invasifs. L'examen anatomopathologique était jugé utile par l'endoscopiste pour 148 polypes (41.1%). Ce taux d'examens utiles variait selon la taille des polypes (26.1% pour les polypes $\leq 5\text{mm}$, 73.7% pour ceux de 6 à 9mm et 92.5% pour ceux $\geq 10\text{mm}$)($p < 0.001$) et selon le contexte (57.1% en cas de 1ère coloscopie, 26.8% en cas de coloscopie itérative, 23.4% en cas d'antécédent personnel de CCR ou d'adénome)($p < 0.001$). L'examen anatomopathologique était nécessaire pour déterminer la date de surveillance chez 24% des patients et modifiait la date proposée par le clinicien chez 8.6%. Il n'avait aucun impact sur la date de surveillance chez 67.4% des patients. Le jugement de l'endoscopiste avait une valeur prédictive négative de 100% pour le diagnostic de cancer invasif. Conclusion : En raison du risque de cancer invasif, tous les polypes $> 5\text{mm}$ doivent être analysés. Au contraire, un grand nombre de polypes $\leq 5\text{mm}$ peut ne pas être analysé, modulable selon le niveau de risque jugé acceptable. Les polypes $\leq 5\text{mm}$ associés à un CCR ou à un polype $\geq 10\text{mm}$ ou qui surviennent à un très grand âge peuvent ne pas être analysés sans aucun risque pour le patient (15 – 20% des polypes) ; les polypes $\leq 5\text{mm}$ associés à un (des) polype(s) de 6 à 9 mm avec un risque de surveiller 1 patient sur 175 à 5 ans au lieu de 3 ans (10% des polypes) et les polypes $\leq 5\text{mm}$ isolés chez des personnes qui doivent de toute façon être surveillées en raison d'antécédent personnel ou familial de CCR ou d'adénome avec un risque de surveiller 1 patient sur 44 à 5 ans au lieu de 3 ans (un tiers des polypes). Taille des polypes $\leq 5\text{mm}$ 6 – 9 mm $\geq 10\text{mm}$ total Nombre n (%) 2351 (53.9) 630 (14.5) 1379 (31.6) 4360 (100) Polypes adénomateux n (%) 1361 (66.8) 483 (82.0) 1290 (96.1) 3134 (71.9) Adénomes avancés n (%) 280 (11.9) 177 (28.1) 1221 (88.5) 1748 (40.1) Cancers invasifs n (%) 0 (0) 1 (0.2) 69 (5.0) 70 (1.6)

[Fermer la fenêtre](#)