

16 - Traitement des polypes colorectaux bénins de 20 mm et plus du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique

*Bernard Denis, Isabelle Gendre, Philippe Perrin,
ADECA Alsace*

INTRODUCTION

La résection endoscopique (RE) des gros polypes (GP) colorectaux (≥ 20 mm) devient la règle. Suite au dernier congrès de l'ESGE, les rapporteurs de la SFED considéraient qu'il « n'y a plus de place à la chirurgie des lésions bénignes colo-rectales vu le nombre d'outils à notre disposition ». Pourtant, le recours à une résection chirurgicale (RC) n'est pas si rare en population, variant de 0 à 47% selon l'endoscopiste. But : évaluer le parcours de soins des patients porteurs de GP bénins en population.

PATIENTS ET METHODE

Etude rétrospective de la prise en charge de tous les GP colorectaux bénins diagnostiqués par la 1ère campagne de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique dans une région.

RESULTATS

8160 coloscopies étaient réalisées par 115 endoscopistes. Parmi elles, 4935 coloscopies réalisées par 88 endoscopistes permettaient le diagnostic de 12.601 polypes dont 676 GP (5,4%) chez 633 patients (460 GP chez 426 hommes). Un GP était présent chez 8% des patients. 55% des GP étaient pédiculés, 34% sessiles et 8% plans. 13% étaient situés dans le rectum, 53% dans le colon distal et 34% dans le colon proximal. Il s'agissait d'adénomes tubulo-villeux (68%), tubuleux (23%), vilieux (7%) et de polypes/adénomes festonnés sessiles (2%). 24% étaient en dysplasie de haut grade et 10% le siège d'un carcinome in situ. 540 polypes (80%) de 26 mm de taille moyenne (20 - 70 mm) bénéficiaient d'une RE chez 508 patients. La proportion de GP traités par RE variait selon l'opérateur, la forme, la taille et la localisation du polype : polypes pédiculés (94,9%), lésions sessiles et planes (63,9%), rectum (85,9%), colon distal (91,6%), colon proximal (59,5%), endoscopiste expert (86,4%), non expert (68,6%) ($p < 0,01$). La RE était assurée lors de la coloscopie initiale dans 415 cas (65,5%), lors d'une 2ème coloscopie par le même opérateur dans 48 cas (7,2%) ou par un des 6 opérateurs experts dans 45 cas (7,1%). Le taux global de RE était de 80% et variait de 0 à 100% selon l'endoscopiste. 6 (7%) endoscopistes recevaient des patients adressés par des collègues et étaient considérés comme experts. Leurs taux de succès de RE étaient de 85/91 soit 93% [RE par dissection sous muqueuse dans 10 cas (20 – 60 mm), 9 par un seul opérateur]. 32 (36%) endoscopistes avaient un taux de RE de 90 à 100%, 11 (12%) un taux entre 80 et 100%, et 40 (45%) un taux $< 80\%$. Le taux global de RE des polypes ≥ 30 mm était de 64% et variait de 0 à 100% selon l'endoscopiste. 136 polypes (20%) de 34 mm de taille moyenne (20 - 90 mm) bénéficiaient d'une RC chez 125 patients (20%). Le recours à la RC était direct après la 1ère coloscopie dans 115 cas (18%), après échec d'une 2ème tentative dans 10 cas (2%) et jamais après recours à un 2ème endoscopiste expert. Plus de la moitié des RC ont été considérées comme abusives : 17 (3%) patients porteurs de GP pédiculés (20 – 45 mm) (cf recommandations American Society for Gastrointestinal Endoscopy 2015) et 66 (10,4%) porteurs de polypes plans ou sessiles de 20 à 39 mm. Les taux de complications étaient de 4,6% pour la RE (dont 6 perforations, 5 traitées endoscopiquement et 1 opérée, 6 hémorragies différées traitées par endoscopie, et 1 arrêt cardiaque d'évolution favorable) et de 14,4% pour les RC ($p=0,001$).

CONCLUSIONS

8% des coloscopies du programme de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique révèlent un gros polype de 20 mm et plus. Dans la vraie vie, un patient sur 5 porteurs de gros polype(s) est opéré. Le taux de recours à la chirurgie varie de 0 à 100% selon l'endoscopiste. Plus de la moitié des résections chirurgicales sont abusives, sources d'une morbi-mortalité excessive. Les trois quarts des endoscopistes non experts ne



Association Nationale des Gastroentérologues des Hôpitaux Généraux

recourent jamais à un endoscopiste expert, ce qui constitue une perte de chance pour leurs patients. La dissection sous muqueuse reste confidentielle.