

Modalités de surveillance par coloscopie après polypectomie: nouvelles recommandations ESGE/SFED

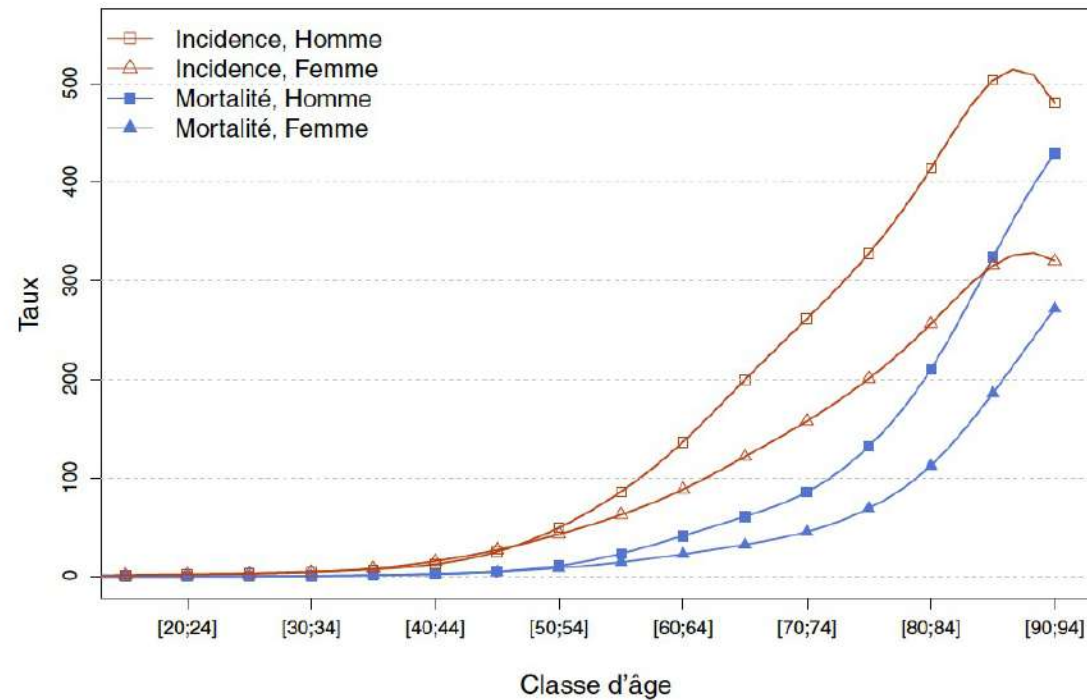
Rodica Gincul

Hôpital Privé Jean Mermoz



Situation en France- données INCA

FIGURE 1 | Taux d'incidence et de mortalité selon la classe d'âge en France en 2018 (courbe transversale de l'âge) - Côlon et rectum



- 2018- 43 300 nouveaux cas / 17 117 décès
- CCR – cause majeure de morbi-mortalité → dépistage

Dépistage par coloscopie: 2 mécanismes

- Détection et l'exérèse des lésions précancéreuses/ détection du CCR au stade précoce
→ réduction à long terme de l'incidence et mortalité par CCR
- Stratification du risque de CCR → surveillance

Impact de la polypectomie: incidence du CCR

INCIDENCE	RR GLOBAL	RR PROXIMAL	RR DISTAL
Cotterchio (2005)	0.69 (0.44-1.07)	1.02 (0.72-1.45)	0.68 (0.49-0.94)
Brenner 1 (2006)	0.26 (0.16-0.40)	0.40 (0.21-0.72)	0.17 (0.09-0.32)
Singh (2006)	0.28 (0.09-0.65)		
Kahi (2009)	0.52 (0.22-0.82)	/	/
Brenner 2 (2010)	0.52 (0.37-0.73)	1.05 (0.63-1.76)	0.33 (0.21-0.53)
Brenner 3 (2010)	0.00 (0.00-0.55)	/	/
Brenner 4 (2011)	0.23 (0.19-0.27)	0.44 (0.35-0.55)	0.16 (0.12-0.20)
Manser (2012)	0.31 (0.16-0.59)	/	/
Jacob (2012)	0.52 (0.34-0.76)	1.23 (0.63-2.26)	0.15 (0.08-0.27)
Doubeni (2013)	0.29 (0.15-0.58)	0.36 (0.16-0.80)	0.26 (0.06-1.11)
Nashihira (2013)	0.44 (0.38-0.52)	0.73 (0.57-0.92)	0.24 (0.18-0.32)
Shergill (2013)	0.26 (0.16-0.41)	0.36 (0.18-0.74)	0.21 (0.11-0.40)
Brenner (2014)	0.31 (0.12-0.77)	0.44 (0.15-1.31)	0.21 (0.03-1.53)
Kahi (2014)	0.58 (0.48-0.69)	0.65 (0.46-0.92)	0.45 (0.32-0.62)

Réduction moyenne d'incidence : **68%**

colon proximal : **38%**, colon distal : **73%**

Impact de la polypectomie: mortalité par CCR

MORTALITE	RR GLOBAL	RR PROXIMAL	RR DISTAL
Baxter (2008)	0.63 (0.57-0.69)	0.99 (0.86-1.14)	0.33 (0.28-0.39)
Kahi (2009)	0.35 (0.00-1.06)	/	/
Singh (2010)	0.71 (0.61-0.82)	0.94 (0.77-1.17)	0.53 (0.42-0.67)
Manser (2012)	0.12 (0.01-0.93)	/	/
Jacob (2012)	0.19 (0.07-à.47)	0.44 (0.09-1.69)	0.05 (0.01-0.17)
Baxter (2012)	0.40 (0.37-0.43)	0.58 (0.53-0.64)	0.24 (0.21-0.27)
Nishahira (2013)	0.32 (0.24-0.45)	0.47 (0.29-0.76)	0.18 (0.10-0.31)
Brenner (2014)	0.32 (0.23-0.43)	0.47 (0.29-0.76)	0.18 (0.10-0.31)

Réduction moyenne de mortalité : **72%**

*colon proximal : **44%**, colon distal : **75%***

Effet moindre pour le CCR proximal → impact de la qualité de l'examen?

Critères de qualité de la coloscopie

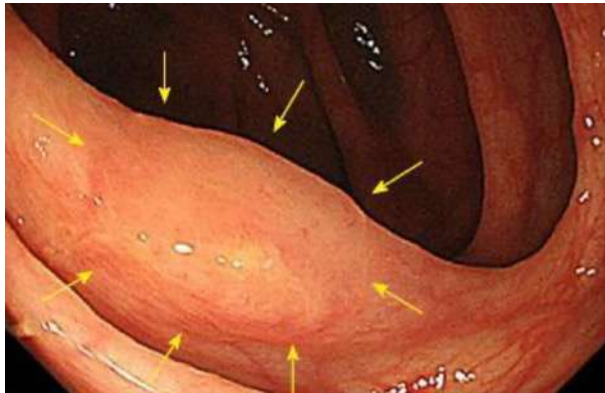
Jean Lapuelle ¹, David Bernardini ¹, Michel Robaszekiewicz ^{1,2}, Stanislas Chaussade ¹

(1) SFED ; (2) CNP-HGE

et les membres des groupes de travail : Erwan Bories ¹, Philippe Bulois ¹, Christophe Cellier ³, Frédéric Cordet ⁵, Emmanuel Coron ³, Patrick Delasalle ^{2,4}, Bernard Denis ³, Franck Devulder ^{2,5}, Xavier Dray ¹, Olivier Gronier ¹, Jean Paul Jacques ^{2,5}, Stéphane Koch ¹, Arthur Laquière ¹, Patrice Pienkowski ^{2,3}, Thierry Ponchon ¹, Vincent Quentin ¹, Anne-Laure Tarrerias ¹, Éric Vaillant ¹, Frank Zerbib ^{2,3}.

(1) SFED ; (2) CNP-HGE ; (3) SNFGE ; (4) CREGG ; (5) Synmad

Critère Majeurs	Critères mineurs
Qualité de préparation > 90 %*	temps allouée pour la coloscopie 30 à 45 mn
Taux de détection des adénomes > 25 % **	Indication > 85 %
Technique de résection adaptée > 80 %	Temps de retrait > 6 mn
Taux d'intubation caecale > 90 %	Description des polypes
	Récupération des polypes > 90 %



* Boston ≥ 7

Si la coloscopie initiale n'était pas de qualité, la réalisation d'une nouvelle coloscopie dans un délai maximal d'un an est recommandée pour assurer une exploration optimale de la muqueuse colique et permettre l'exérèse des polypes qui n'auraient pas été détectés lors du premier examen. (niveau de recommandation forte, preuves de qualité modérée).

**TDA $\geq 25\%$ mesuré à partir de toutes les coloscopies $\geq 45\%$ pour les coloscopies FIT+.

Recommendations for Follow-Up After Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer

Samir Gupta,^{1,2,3} David Lieberman,⁴ Joseph C. Anderson,^{5,6,7} Carol A. Burke,⁸ Jason A. Dominitz,^{9,10} Tonya Kaltenbach,^{11,12} Douglas J. Robertson,^{5,6} Aasma Shaukat,^{13,14} Sapna Syngal,^{15,16} Douglas K. Rex¹⁷

Volume 91, No. 3 : 2020 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 463



MODALITES DE SURVEILLANCE APRES POLYPECTOMIE COLIQUE

Auteurs :

Michel Robaszkiewicz¹, Gabriel Rahmi¹, Thierry Lecomte¹, Bernard Denis¹, Eric Vaillant¹, Olivier Gronier¹, Stanislas Chaussade¹.

Membres des groupes de travail : David Bernardini¹, Patrick Delasalle², Franck Devulder², Stéphane Koch¹, Patrice Pienkowski², Thierry Ponchon¹, Éric Vaillant¹, Ariane Vienne¹.

Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2020



Authors

Cesare Hassan¹, Giulio Antonelli¹, Jean-Marc Dumonceau², Jaroslaw Regula³, Michael Bretthauer⁴, Stanislas Chaussade⁵, Evelien Dekker⁶, Monika Ferlitsch⁷, Antonio Gimeno-Garcia⁸, Rodrigo Jover⁹, Mette Kalager⁴, Maria Pellisé¹⁰, Christian Pox¹¹, Luigi Ricciardiello¹², Matthew Rutter¹³, Lise Mørkved Helsingén⁴, Arne Bleijenbergh⁶, Carlo Senore¹⁴, Jeanin E. van Hooft⁶, Mario Dinis-Ribeiro¹⁵, Enrique Quintero⁸

Hassan Cesare et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: ESGE Guideline Update 2020 ... Endoscopy 2020; 52



2020-2021

Stratification du risque de CCR par la coloscopie

Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



Authors

Cesare Hassan¹, Enrique Quintero^{2,3}, Jean-Marc Dumonceau⁴, Jaroslaw Regula⁵, Catarina Brandão⁶, Stanislas Chaussade⁷, Evelien Dekker⁸, Mario Dinis-Ribeiro⁹, Monika Ferlitsch⁹, Antonio Gimeno-García^{2,3}, Yark Hazewinkel⁸, Rodrigo Jover^{3,10}, Mette Kalager^{11,12}, Magnus Loberg^{12,13}, Christian Pox¹⁴, Bjorn Rembacken¹⁵, David Lieberman¹⁶

Box 1 Main definitions adopted for this Guideline.

Term	Definition
High quality colonoscopy	Complete colonoscopy with a meticulous inspection of adequately cleaned colorectal mucosa. Neoplastic lesions have also been completely removed and retrieved for histological examination.
Index colonoscopy	First high quality colonoscopy on which surveillance strategy is based
Metachronous lesion	Any lesion that is detected at surveillance colonoscopies
Low risk group	1 – 2 tubular adenomas < 10 mm with low-grade dysplasia; serrated polyps < 10 mm and no dysplasia
High risk group	Adenoma with villous histology or high grade dysplasia or ≥ 10 mm in size, or ≥ 3 adenomas; serrated polyps ≥ 10 mm or with dysplasia
Advanced adenoma	Adenoma with villous histology or high grade dysplasia or ≥ 10 mm in size
Advanced neoplasia	Adenoma with villous histology or high grade dysplasia or ≥ 10 mm in size, or colorectal cancer
Serrated polyp	Hyperplastic polyps, sessile serrated polyp, traditional serrated adenomas, and mixed lesions



MODALITES DE SURVEILLANCE APRES POLYPECTOMIE COLIQUE

Auteurs :

Michel Robaszkiewicz¹, Gabriel Rahmi¹, Thierry Lecomte¹, Bernard Denis¹, Eric Vaillant¹, Olivier Gronier¹, Stanislas Chaussade¹.

Membres des groupes de travail : David Bernardini¹, Patrick Delasalle², Franck Devulder², Stéphane Koch¹, Patrice Pienkowski², Thierry Ponchon¹, Éric Vaillant¹, Ariane Vienne¹.

Les sujets ayant un niveau de risque faible de CCR après polypectomie sont ceux qui ont subi l'exérèse :

- de moins de 5 adénomes, tous de taille < 10 mm et en dysplasie de bas grade
- d'un ou de plusieurs polype(s) festonné(s), tous de taille inférieure à 10 mm et ne comportant pas de dysplasie

NB : le caractère vilieux ou tubulo-vilieux d'un polype ne modifie en rien son mode de surveillance, seules la taille et le degré de dysplasie sont pris en compte.

Stratification du risque de CCR par la coloscopie

Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



Authors

Cesare Hassan¹, Enrique Quintero^{2,3}, Jean-Marc Dumonceau⁴, Jaroslaw Regula⁵, Catarina Brandão⁶, Stanislas Chaussade⁷, Evelien Dekker⁸, Mario Dinis-Ribeiro⁹, Monika Ferlitsch⁹, Antonio Gimeno-García^{2,3}, Yark Hazewinkel⁸, Rodrigo Jover^{3,10}, Mette Kalager^{11,12}, Magnus Loberg^{12,13}, Christian Pox¹⁴, Bjorn Rembacken¹⁵, David Lieberman¹⁶

Box 1 Main definitions adopted for this Guideline.

Term	Definition
High quality colonoscopy	Complete colonoscopy with a meticulous inspection of adequately cleaned colorectal mucosa. Neoplastic lesions have also been completely removed and retrieved for histological examination.
Index colonoscopy	First high quality colonoscopy on which surveillance strategy is based
Metachronous lesion	Any lesion that is detected at surveillance colonoscopies
Low risk group	1 – 2 tubular adenomas < 10 mm with low-grade dysplasia; serrated polyps < 10 mm and no dysplasia
High risk group	Adenoma with villous histology or high grade dysplasia or ≥ 10 mm in size, or ≥ 3 adenomas; serrated polyps ≥ 10 mm or with dysplasia
Advanced adenoma	Adenoma with villous histology or high grade dysplasia or ≥ 10 mm in size
Advanced neoplasia	Adenoma with villous histology or high grade dysplasia or ≥ 10 mm in size, or colorectal cancer
Serrated polyp	Hyperplastic polyps, sessile serrated polyp, traditional serrated adenomas, and mixed lesions



MODALITES DE SURVEILLANCE APRES POLYPECTOMIE COLIQUE

Auteurs :

Michel Robaszkiewicz¹, Gabriel Rahmi¹, Thierry Lecomte¹, Bernard Denis¹, Eric Vaillant¹, Olivier Gronier¹, Stanislas Chaussade¹.

Membres des groupes de travail : David Bernardini¹, Patrick Delasalle², Franck Devulder², Stéphane Koch¹, Patrice Pienkowski², Thierry Ponchon¹, Éric Vaillant¹, Ariane Vienne¹.

Les sujets ayant un niveau de risque élevé de CCR après polypectomie sont ceux qui ont subi l'exérèse :

- de 5 adénomes ou plus
- d'au moins un adénome de taille supérieure ou égale à 10 mm ou en dysplasie de haut grade (y compris pTis)
- d'au moins un polype festonné (y compris polype hyperplasique) de taille supérieure ou égale à 10 mm ou comportant des lésions de dysplasie

NB : le caractère vilieux ou tubulo-vilieux d'un polype ne modifie en rien son mode de surveillance, seules la taille et le degré de dysplasie sont pris en compte.

Intervalles de surveillance après polypectomie: sujets à risque élevé



RECOMMENDATION

2020 statement

ESGE recommends surveillance colonoscopy after 3 years for patients with complete removal of at least 1 adenoma ≥ 10 mm or with high grade dysplasia, or ≥ 5 adenomas, or any serrated polyp ≥ 10 mm or with dysplasia.

Strong recommendation, moderate quality evidence.

2013 statement

In the high risk group (patients with adenomas with villous histology or high grade dysplasia or ≥ 10 mm in size, or ≥ 3 adenomas), ESGE recommends surveillance colonoscopy 3 years after the index colonoscopy (strong recommendation, moderate quality evidence). Patients with 10 or more adenomas should be referred for genetic counselling (strong recommendation, moderate quality evidence).

Intervalles de surveillance après polypectomie: sujets à risque élevé



RECOMMENDATION

2020 statement

ESGE recommends surveillance colonoscopy after 3 years for patients with complete removal of at least 1 adenoma ≥ 10 mm or with high grade dysplasia, or ≥ 5 adenomas, or any serrated polyp ≥ 10 mm or with dysplasia.

Strong recommendation, moderate quality evidence.

2013 statement

In the high risk group (patients with adenomas with villous histology or high grade dysplasia or ≥ 10 mm in size, or ≥ 3 adenomas), ESGE recommends surveillance colonoscopy 3 years after the index colonoscopy (strong recommendation, moderate quality evidence). Patients with 10 or more adenomas should be referred for genetic counselling (strong recommendation, moderate quality evidence).

1) Intervalles de surveillance chez les sujets ayant un niveau de risque élevé de CCR après polypectomie :

- Nous recommandons une première coloscopie de contrôle à 3 ans pour les patients ayant eu la résection complète d'au moins 1 adénome de plus de 10 mm OU en dysplasie de haut grade OU de plus de 5 adénomes OU de tout polype festonné (y compris hyperplasique) de plus de 10 mm ou avec une dysplasie (recommandation forte, niveau de preuve modéré).
- Lorsque la première coloscopie de contrôle ne détecte pas de polype conférant un risque élevé de CCR, nous recommandons de réaliser une deuxième coloscopie de contrôle à 5 ans. (recommandation faible, niveau de preuve faible).

Intervalles de surveillance après polypectomie : sujets à risque élevé



RECOMMENDATION

2020 statement

ESGE recommends that patients with 10 or more adenomas should be referred for genetic counselling.
Strong recommendation, moderate quality evidence.

2013 statement

Incorporated unchanged into 2020 statement above.

- Nous recommandons d'adresser à une consultation d'oncogénétique pour avis et établissement d'un programme personnalisé de surveillance toutes les personnes à haut risque de cancer colorectal selon le TNCD, à savoir :

- ≥ 15 polypes adénomateux colorectaux synchrones ou métachrones (compter les polypes sur les coloscopies successives) quel que soit l'âge
- ≥ 10 polypes adénomateux colorectaux synchrones ou métachrones (compter les polypes sur les coloscopies successives) avant 60 ans
- ≥ 5 polypes adénomateux colorectaux synchrones ou métachrones (compter les polypes sur les coloscopies successives) avec au moins un des critères suivants (avant 40 ans ; associés à un cancer colorectal MSS avant 60 ans ; tous avancés (> 1 cm, composante villeuse, dysplasie de haut grade) ; adénomes duodénaux ; atteinte cutanée sébacée* (adénome ou carcinome sébacé ; hyperplasies sébacées multiples ou de grande taille avant 50 ans)

(recommandation forte, niveau de preuve modéré)

* *Polypose atténuée (mutation du gène MUTYH)*

Intervalles de surveillance après polypectomie: sujets à risque faible



RECOMMENDATION

2020 statement

ESGE recommends that patients with complete removal of 1–4 <10mm adenomas with low grade dysplasia, irrespective of villous components, or any serrated polyp <10mm without dysplasia, do not require endoscopic surveillance and should be returned to screening

Strong recommendation, moderate quality evidence.

If organized screening is not available, repetition of colonoscopy 10 years after the index examination is recommended.

Strong recommendation, moderate quality evidence.

2013 statement

In the low risk group (patients with 1–2 tubular adenomas <10mm with low grade dysplasia), the ESGE recommends participation in existing national screening programmes 10 years after the index colonoscopy. If no screening programme is available, repetition of colonoscopy 10 years after the index colonoscopy is recommended (strong recommendation, moderate quality evidence).

Intervalles de surveillance après polypectomie: sujets à risque faible



RECOMMENDATION

2020 statement

ESGE recommends that patients with complete removal of 1–4 <10mm adenomas with low grade dysplasia, irrespective of villous components, or any serrated polyp <10mm without dysplasia, do not require endoscopic surveillance and should be returned to screening

Strong recommendation, moderate quality evidence.

If organized screening is not available, repetition of colonoscopy 10 years after the index examination is recommended.

Strong recommendation, moderate quality evidence.

2013 statement

In the low risk group (patients with 1–2 tubular adenomas <10mm with low grade dysplasia), the ESGE recommends participation in existing national screening programmes 10 years after the index colonoscopy. If no screening programme is available, repetition of colonoscopy 10 years after the index colonoscopy is recommended (strong recommendation, moderate quality evidence).

Localisation ?

Intervalles de surveillance après polypectomie: sujets à risque faible



RECOMMENDATION

2020 statement

ESGE recommends that patients with complete removal of 1–4 <10mm adenomas with low grade dysplasia, irrespective of villous components, or any serrated polyp <10mm without dysplasia, do not require endoscopic surveillance and should be returned to screening

Strong recommendation, moderate quality evidence.

If organized screening is not available, repetition of colonoscopy 10 years after the index examination is recommended.

Strong recommendation, moderate quality evidence.

2013 statement

In the low risk group (patients with 1–2 tubular adenomas <10mm with low grade dysplasia), the ESGE recommends participation in existing national screening programmes 10 years after the index colonoscopy. If no screening programme is available, repetition of colonoscopy 10 years after the index colonoscopy is recommended (strong recommendation, moderate quality evidence).



2) Intervalles de surveillance chez les sujets ayant un niveau de risque faible de CCR après polypectomie :

Chez les patients ayant eu une résection complète de 3 ou 4 adénomes de moins de 10 mm ET en dysplasie de bas grade, quel que soit le contingent vilieux ou d'un ou de plusieurs polypes festonnés de moins de 10 mm sans dysplasie, nous recommandons un contrôle par coloscopie à 5 ans (recommandation forte, niveau de preuve modéré).

Chez les patients ayant eu une résection complète de 1 ou 2 adénomes de moins de 10 mm ET en dysplasie de bas grade, quel que soit le contingent vilieux, nous recommandons la réalisation par l'hépto-gastroentérologue d'une consultation de prévention personnalisée à 5 ans, à l'issue de laquelle, en fonction de l'espérance de vie du patient, de ses comorbidités, de la qualité du programme de DOCCR local et de la balance bénéfice/risque de chaque attitude sera proposé :

- **Soit la réalisation d'une troisième coloscopie entre 7 à 10 ans.**
- **Soit la poursuite du dépistage par FIT tous les deux ans à partir de 5 ans.**

(recommandation faible, niveau de preuve faible)

Intervalles de surveillance après polypectomie: sujets à risque faible



RECOMMENDATION

2020 statement

ESGE recommends that patients with complete removal of 1–4 <10mm adenomas with low grade dysplasia irrespective of villous components or any serrated polyp <10mm without dysplasia, do not require endoscopic surveillance and should be returned to screening

Strong recommendation, moderate quality evidence.

If organized screening is not available, repetition of colonoscopy 10 years after the index examination is recommended.

Strong recommendation, moderate quality evidence.

2013 statement

In the low risk group (patients with 1–2 tubular adenomas <10mm with low grade dysplasia), the ESGE recommends participation in existing national screening programmes 10 years after the index colonoscopy. If no screening programme is available, repetition of colonoscopy 10 years after the index colonoscopy is recommended (strong recommendation, moderate quality evidence).

Chez les patients ayant une coloscopie normale ou des polypes hyperplasiques de moins de 10 mm, nous recommandons la réalisation par l'hépto-gastroentérologue d'une consultation de prévention personnalisée à 5 ans, à l'issue de laquelle, en fonction de l'espérance de vie du patient, de ses comorbidités, de la qualité du programme de DOCCR local et de la balance bénéfice/risque de chaque attitude sera proposé :

- Soit la réalisation d'une coloscopie à 10 ans.
- Soit la poursuite du dépistage par FIT tous les deux ans à partir de 5 ans.

(recommandation forte, niveau de preuve modéré)

NB : Si les polypes hyperplasiques du recto-sigmoïde de taille < 10 mm ne doivent pas être surveillés, nous rappelons que les polypes hyperplasiques du colon droit peuvent correspondre à des adénomes festonnés, ce qui doit conduire en raison d'une grande variabilité inter-observateur du diagnostic, à proposer une double lecture anatomopathologique

Polypes festonnés variabilité anatomopathologique

- 168 pathologistes - interprétation de 20 polypes festonnés ⁽¹⁾
 - LFS fréquemment interprété comme PH
 - AFT fréquemment interprété comme ATV
- Relecture PH proximaux par 3 experts
 - 40 polypes ≥ 5 mm
 - 30%- 40% - 85 % interprétés comme LFS
- Variabilité inter-observateur Kappa 0.14-0.38

(1) Glatz K et al . A Multinational, internet-based Assessment of observer variability in the diagnosis of serrated colorectal polyps.
Am J Clin Pathol 2007; 127:938-945

(2) Khalid O et al. R-interpretation of histology of colon proximal polyps called hyperplastic in 2001. Worl J Gastreterol 2009;15(30°:3767-70

Intervalles de surveillance après polypectomie: temps de la 2^{ème} coloscopie de contrôle



RECOMMENDATION

2020 statement

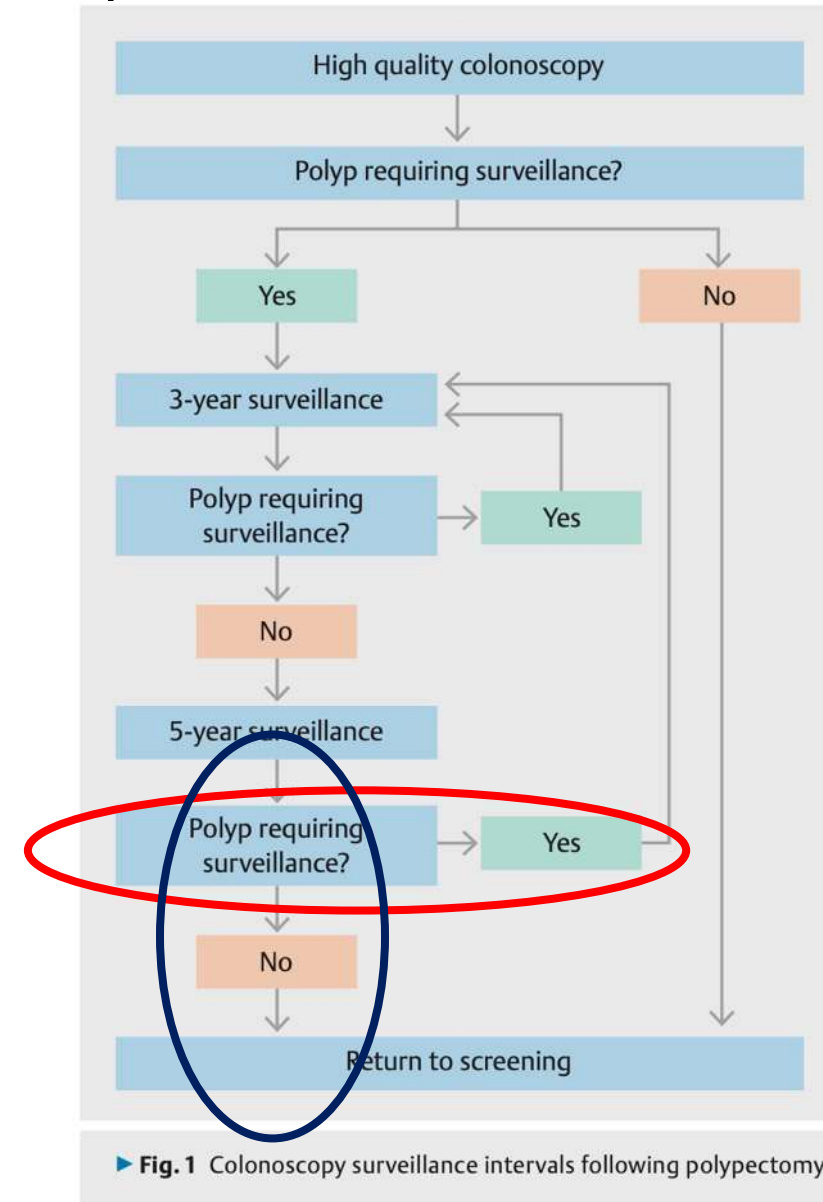
If no polyps requiring surveillance are detected at the first surveillance colonoscopy, ESGE suggests to perform a second surveillance colonoscopy after 5 years.

Weak recommendation, low quality evidence.

After that, if no polyps requiring surveillance are detected, patients can be returned to screening.

ESGE suggests that if polyps requiring surveillance are detected at first or subsequent surveillance examinations, surveillance colonoscopy may be performed at 3 years

Weak recommendation, low quality evidence.



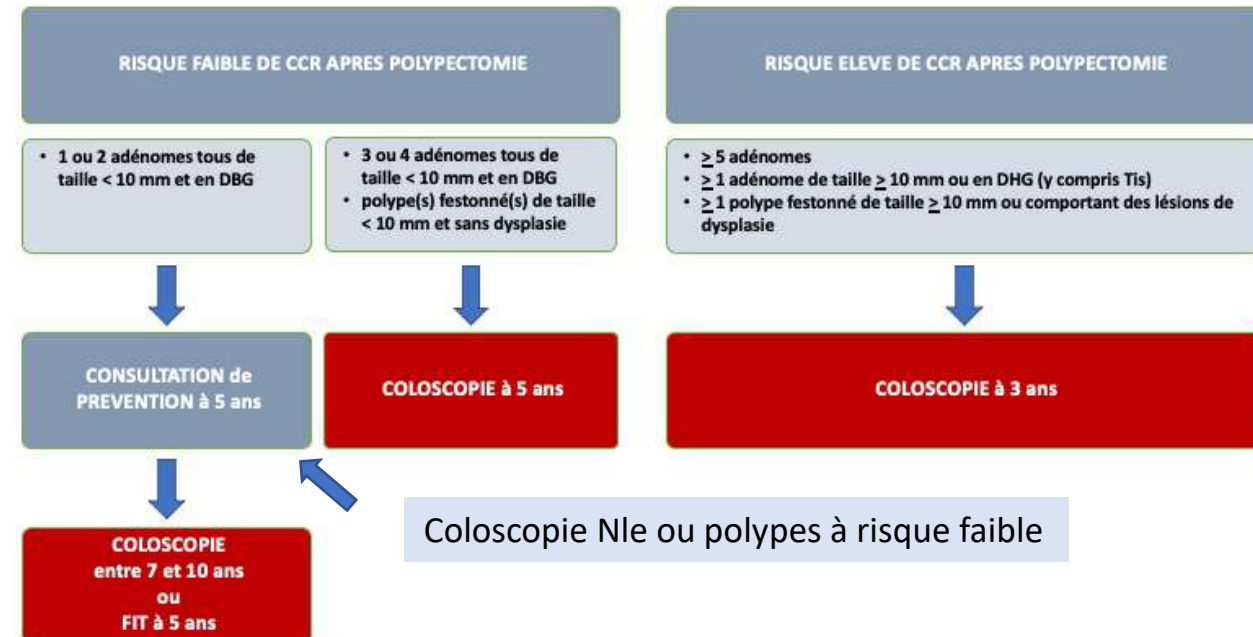


Intervalles de surveillance après polypectomie: temps de la 2^{ème} coloscopie de contrôle

- Lorsque cette deuxième coloscopie de contrôle à 5 ans ne montre que des polypes conférant un risque faible de CCR et à fortiori aucun polype, nous recommandons la réalisation par l'hépatogastroentérologue d'une consultation de prévention personnalisée à 5 ans, à l'issue de laquelle, en fonction de l'espérance de vie du patient, de ses comorbidités, de la qualité du programme de DOCCR local et de la balance bénéfice/risque de chaque attitude sera proposé :

- Soit la réalisation d'une troisième coloscopie entre 7 à 10 ans.
- Soit la poursuite du dépistage par FIT tous les deux ans à partir de 5 ans.

(recommandation faible, niveau de preuve faible)



Population à faible risque: retour au dépistage par FIT ?



	Résultats de la coloscopie	Évaluation du risque en comparaison d'une coloscopie normale	Intervalle de surveillance recommandé	Niveau de recommandation	Niveau de preuve
	Aucun polype ou polype(s) hyperplasique(s) < 10 mm		Consultation de prévention à 5 ans Coloscopie à 10 ans ou FIT à 5 ans	Élevé	Modéré
Risque faible	1 à 2 adénomes < 10 mm ET DBG		Consultation de prévention à 5 ans Coloscopie entre 7 et 10 ans ou FIT à 5 ans	Faible	Faible
	3 ou 4 adénomes < 10 mm ET DBG		Coloscopie à 5 ans	Élevé	Modéré
	Polype festonné < 10 mm ET Sans dysplasie		Coloscopie à 5 ans	Élevé	Modéré
	≥ 1 adénome ≥ 10 mm		Coloscopie à 3 ans	Élevé	Élevé
	≥ 1 adénome DHG		Coloscopie à 3 ans	Élevé	Modéré
	≥ 5 adénomes		Coloscopie à 3 ans	Élevé	Modéré
	≥ 1 polype festonné ≥ 10 mm		Coloscopie à 3 ans	Élevé	Modéré
	≥ 1 polype festonné avec dysplasie		Coloscopie à 3 ans	Élevé	Modéré
	Mucosectomie fragmentée		Coloscopie à 6 mois	Élevé	Modéré

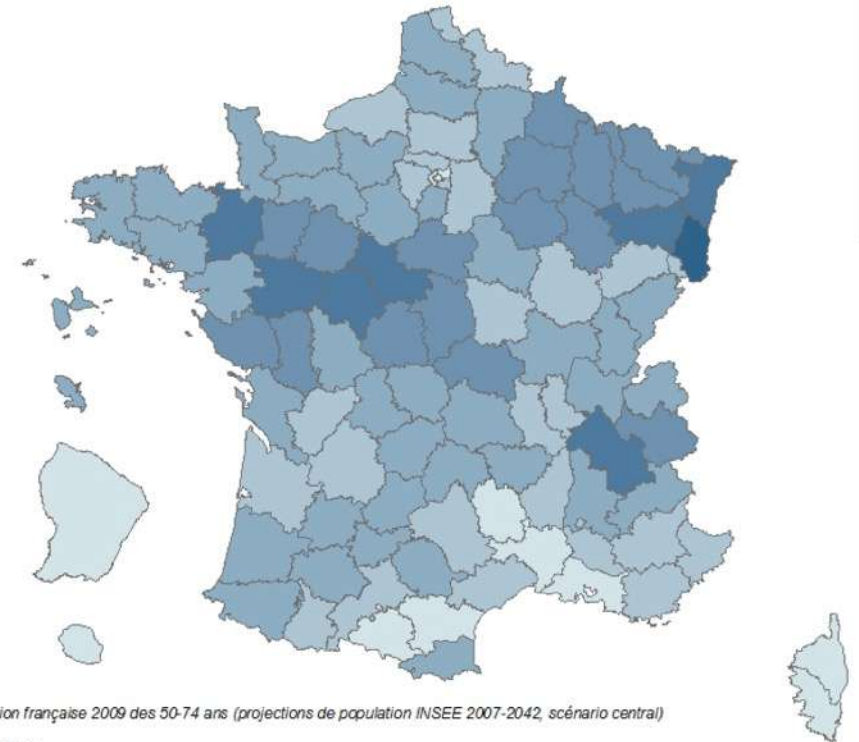
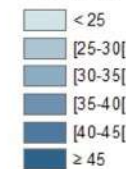
Population à faible risque: retour au dépistage par FIT ?



- Conditions actuelles non favorables
- Faible taux de participations au dépistage:
30.5% - 2018-2019
31.9% - 2018-2019
recommandations européennes -seuil min. 45%
- Disparité territoriale

Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal
Période 2018-2019
Taux standardisés* de participation, par département

Taux de participation
standardisés (%)



* Standardisés sur la population française 2009 des 50-74 ans (projections de population INSEE 2007-2042, scénario central)

Source : ©IGN-GeoFLA®, 2014 ;
©Santé publique France, 28/05/2020
Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee

Les recommandation de l'ESGE concernant la population à risque faible ne sont pas transposable en France

Recommendations for Follow-Up After Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer

Samir Gupta,^{1,2,3} David Lieberman,⁴ Joseph C. Anderson,^{5,6,7} Carol A. Burke,⁸ Jason A. Dominitz,^{9,10} Tonya Kaltenbach,^{11,12} Douglas J. Robertson,^{5,6} Aasma Shaikat,^{13,14} Sapna Syngal,^{15,16} Douglas K. Rex¹⁷

Volume 91, No. 3 : 2020 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 463

TABLE 4. US Multi-Society Task Force Recommendations for Post-Colonoscopy Follow-Up in Average-Risk Adults With Normal Colonoscopy or Adenomas^a

Baseline colonoscopy finding	Recommended interval for surveillance colonoscopy	Strength of recommendation	Quality of evidence
Normal	10 y ^b	Strong	High
1–2 tubular adenomas <10 mm	7–10 y ^c	Strong	Moderate
3–4 tubular adenomas <10 mm	3–5 y	Weak	Very low
5–10 tubular adenomas <10 mm	3 y	Strong	Moderate
Adenoma ≥10 mm	3 y	Strong	High
Adenoma with tubulovillous or villous histology	3 y ^d	Strong	Moderate
Adenoma with high-grade dysplasia	3 y ^d	Strong	Moderate
>10 adenomas on single examination ^e	1 y	Weak	Very low
Piecemeal resection of adenoma ≥20 mm	6 mo	Strong	Moderate ^f

^aAll recommendations assume examination complete to cecum with bowel preparation adequate to detect lesions >5 mm in size; recommendations do not apply to individuals with a hereditary CRC syndrome, personal history of inflammatory bowel disease, personal history of hereditary cancer syndrome, serrated polyposis syndrome, malignant polyp, personal history of CRC, or family history of CRC, and must be judiciously applied to such individuals, favoring the shortest indicated interval based on either history or polyp findings.

^bFollow-up may be with colonoscopy or other screening modality for average-risk individuals.

^cPatients with recommendations issued before 2020 for shorter than 7- to 10-year follow-up after diagnosis of 1–2 tubular adenomas may follow original recommendations. If feasible, physicians may re-evaluate patients previously recommended an interval shorter than 10 y and reasonably choose to provide an updated recommendation for 7- to 10-year follow-up, taking into account factors such as quality of baseline examination, polyp history, and patient preferences.

^dAssumes high confidence of complete resection.

^ePatients with >10 adenomas or lifetime >10 cumulative adenomas may need to be considered for genetic testing based on absolute/cumulative adenoma number, patient age, and other factors such as family history of CRC (see text).

^fSee US Multi-Society Task Force recommendations for endoscopic removal of colorectal lesions.⁶⁹

Intervalles de surveillance après polypectomie



- Polype ≥ 20 mm non dégénéré - mucosectomie fragmenté– M3-M6 puis à M12 (ESGE)
- Exérèse endo ou chir CCR « sporadique »
 - M6 en absence de coloscopie de bonne qualité avant la chir
 - ou
 - 1 an / 3 ans / 5 ans (à adapter en fonction des polypes détectés)
- Exérèse endo CCR → RCP dédié au ca dig superficiels

Intervalles de surveillance après polypectomie



- **Antécédents familiaux d'adénome avancé ou de cancer colorectal (hors syndrome de prédisposition génétique au cancer colorectal)**

Nous ne recommandons pas de raccourcir les intervalles entre les coloscopies de surveillance post-polypectomie chez les patients ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal quel que soit l'âge du cas index (recommandation faible, niveau de preuve faible).

- **Recours au test de recherche d'un saignement occulte dans les selles en dehors des recommandations de dépistage et de surveillance du cancer colorectal**

Dans le cas d'un test immunologique de recherche sang occulte fécal positif non planifié, nous proposons une coloscopie, y compris entre deux coloscopies de contrôle (recommandation faible, niveau de preuve faible).

- **Sujets âgés**

Nous recommandons de suspendre la surveillance dès que l'espérance de vie du patient est limitée du fait de son âge et/ou de comorbidités. Cette proposition est à discuter au cas par cas (recommandation faible, niveau de preuve faible).



Société Française
d'Endoscopie Digestive

SFED

PROFESSIONNELS

PATIENTS



Espace Membre

Connexion

> Devenir membre / Les avantages

> Renouveler sa cotisation



Accueil » Professionnels » Recommandations & autres fiches » Recommandations

ENDOSCOPIE COLO-RECTALE



- [Modalités de surveillance après polypectomie colique](#) (Recommandation SFED - CNPHGE - ESGE, juin 2021)
- [Redéfinition de la perforation colique en fonction de son origine, évaluation du risque](#) (publication HGOD, janvier 2020)
- [Critères de qualité de la coloscopie](#) (fiche SFED - CNP-HGE, novembre 2018)
- [Critères de qualité du compte-rendu de coloscopie](#) (fiche SFED - CNP-HGE, novembre 2018)
- [Règles générales de la prise en charge des cancers superficiels du tube digestif](#) (publication Acta Endoscopica, juin 2017)
- [Prise en charge des cancers colo-rectaux superficiels](#) (publication Acta Endoscopica, juin 2017)
- [Préparation colique et anesthésie générale : position commune SFED-SFAR](#) (septembre 2016)



European Society of
Gastrointestinal Endoscopy

Working together in endoscopy to achieve optimal patient care

Membership ▾

Events ▾

Publications ▾

eLearning ▾

Grants ▾

Endorsements ▾

About Us ▾



Guidelines

Quality Improvement

Curricula

Position Statements

Technical Reviews

Cascade Guidelines

Newsletters

Endoscopy Journal

ESGE GUIDELINES

The ESGE Guidelines Committee is consistently involved in monitoring state-of-the-art procedures and techniques in various endoscopy related areas and, as a result, publishing relevant guidelines and recommendations.

ESGE guidelines represent a consensus of best practice based on the available evidence at the time of preparation. They may not apply in all situations and should be interpreted in the light of specific clinical situations and resource availability.

Recommendations for Follow-Up After Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer

Samir Gupta,^{1,2,3} David Lieberman,⁴ Joseph C. Anderson,^{5,6,7} Carol A. Burke,⁸ Jason A. Dominitz,^{9,10}
Tonya Kaltenbach,^{11,12} Douglas J. Robertson,^{5,6} Aasma Shaukat,^{13,14} Sapna Syngal,^{15,16} Douglas K. Rex¹⁷

