

# Courrier des lecteurs

## Recommandations de suivi après polypectomie

Courrier des lecteurs relatif à: Truninger K, Lugli A, Koeberle D. Suivi après polypectomie coloscopique et traitement du cancer colorectal. *Swiss Med. Forum* 2022;22(21-22):349–355.

Le comité du groupement des gastroentérologues vaudois (GGV) a pris connaissance des recommandations consensuelles révisées concernant le suivi après polypectomie coloscopique récemment publiées dans le *Forum Médical Suisse* [1]. Après lecture de vos propositions, nous relevons plusieurs questions qui nous semblent pertinentes pour leur application pratique et quelques propositions complémentaires qui pourraient venir étoffer ce document.

En premier lieu, les propositions faites ne concernent que les situations où un ou plusieurs polypes sont retrouvés lors de la coloscopie. Aucune mention n'est faite quant à l'attitude à adopter si aucune lésion n'est retrouvée et il nous paraît important de conserver une recommandation pour ce cas de figure fréquent (un contrôle à 10 ans par endoscopie ou par FIT paraîtrait adéquat et en accord avec les recommandations internationales mentionnées dans votre article).

L'absence de recommandation de suivi pour les patients ayant un ou plusieurs parents de 1<sup>er</sup> degré présentant un antécédent de cancer colo-rectal ou un polype avancé mérite d'être complété à notre sens et également figurer dans un nouveau document vu le nombre important de patients qui sont concernés (jusqu'à 10% des personnes examinées). Vous avez clairement signalé que votre document ne concerne pas cette population mais il nous semble que pour améliorer la facilité d'utilisation de ce document, une recommandation sur ce point permettrait de combler «un vide» actuellement présent.

Face à une tendance de plus en plus marquée à individualiser le risque oncologique des patients, notamment en considérant l'anamnèse familiale et d'autres facteurs de risques parfois modifiables [2, 3, 4] la mention de ces facteurs de risques et une proposition de suivi entre 5–10 ans après l'ablation de polypes

(moins de 4 et si polypes de moins de 1 cm), nous paraîtrait utile afin de suivre avec sécurité des patients qui sont entre 2–4 × plus à risque de présenter un cancer colorectal [4]. Les recommandations suivies jusqu'à présent étaient par ailleurs qu'un contrôle à 5 ans chez ces patients était indiquée. En outre, la notion d'anamnèse familiale négative va évoluer rapidement, comme expliqué ci-dessous.

Les recommandations internationales favorisent de plus en plus une individualisation du risque essentiellement dans le choix de l'examen de dépistage à choisir (FIT vs coloscopie) mais aussi pour le suivi après polypectomie [3, 4, 5, 7]. En raison de l'augmentation constante des recrutements au sein des différents programmes de dépistage en Suisse, si le recrutement est suffisant bien sûr, nous devrions voir progressivement diminuer les personnes se présentant avec une anamnèse familiale de CCR au profit d'anamnèses familiales de polypes non-cancéreux. Parmi ces gens, il y a ceux qui auraient développé un CCR sans dépistage. On risque donc de se trouver confronté de plus en plus avec des anamnèses familiales «heureusement faussement négatives» pour le CCR, mais qui n'ont plus la même information prédictive de risque de CCR pour la descendance, que si ces gens étaient allés jusqu'au CCR. Vos recommandations manquent cette évolution.

Le nombre de 4 polypes ou plus comme limite entre patient à bas ou haut risque de CCR durant le suivi est sujet à controverse. La plupart des études et guidelines, y compris celles citées dans votre article, sont parvenues à la conclusion que le risque changeait au-dessus de 2 ou 3 polypes [2–7]. Le choix de 4 ou plus devrait au minimum faire l'objet d'une discussion détaillée en laissant une certaine marge de manœuvre au gastroentérologue prescripteur au risque de se voir refuser des remboursements d'exams effectués à 5 ans plutôt que 10 ans chez des patients dont le risque oncologique est finalement plus difficile à estimer.

Il est fréquent que les patients ne partagent pas les résultats de leur colonoscopie avec les autres membres de leur famille malgré l'importance de cette information. Aucune recommandation n'est proposée concernant

l'âge auquel un dépistage doit être considéré chez un parent de 1<sup>er</sup> degré après l'ablation d'un polype chez le patient source. Habituellement, un intervalle de 10 ans avant la découverte de la lésion primaire est proposée pour les parents de 1<sup>er</sup> degré. Mentionner cette information permet de sensibiliser les patients à l'importance de discuter de leurs résultats avec les personnes de leur famille qui pourraient être concernées.

En résumé, nos propositions de recommandations supplémentaires à intégrer à votre document officiel seraient les suivantes:

Proposition de suivi pour les patients sans polypes lors de leur colonoscopie: 10 ans (colo ou FIT à choix).

Proposition de suivi pour les patients avec jusqu'à 3 polypes de moins de 1 cm lors de leur colonoscopie: 5–10 ans en fonction de leurs facteurs de risques respectifs et selon l'évaluation du spécialiste en charge.

Proposition de suivi pour les patients sans polypes lors de leur colonoscopie mais avec un ou plusieurs parents de 1<sup>er</sup> degré avec un cancer colo-rectal ou un polype significatif: 5 ans puis 5–10 ans en fonction des résultats de l'endoscopie.

Proposition de suivi pour les patients avec jusqu'à 3 polypes de moins de 1 cm lors de leur colonoscopie avec un ou plusieurs parents de 1<sup>er</sup> degré avec un cancer colo-rectal ou un polype significatif: 5 ans. En conclusion, il est, pour l'heure, difficile d'intégrer ces nouvelles recommandations dans nos attitudes pratiques de suivi individuelles.

Dr méd. Christopher Doerig, Lausanne

Dr méd. Sophie Buyse, Yverdon

Prof. Dr méd. Pierre Michetti, Lausanne

### Disclosure statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

### Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2022.09193>.