

5 minutes pour apprendre

La coloscopie de trop

Dre JESSIE PORZI^a, Pr OMAR KHERAD^a et Dr RUI RIBEIRO DA COSTA^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 361-2

VIGNETTE CLINIQUE

Dans le cadre du dépistage du cancer colorectal chez une patiente de 73 ans en bonne santé habituelle, une coloscopie met en évidence la présence d'un polype sessile de 3 mm correspondant histologiquement à un adénome en dysplasie de bas grade. Une coloscopie de surveillance est alors pratiquée à 3 ans (soit à l'âge de 76 ans) sous anesthésie générale. Cet examen se complique d'une instabilité hémodynamique fugace peropératoire. Deux jours plus tard, la patiente consulte dans un centre d'urgences suite à l'apparition d'une dyspnée d'effort nouvelle en aggravation. À l'examen clinique, les paramètres vitaux et le status cardiopulmonaire sont dans la norme. Le bilan sanguin ainsi que l'électrocardiogramme sont sans particularité. Finalement, un scanner thoraco-abdominal met en évidence de l'air libre dans l'abdomen et un pneumomédiastin, vraisemblablement secondaires à une perforation colique. Elle est donc hospitalisée pour surveillance. L'évolution clinique est favorable sous traitement conservateur avec une résolution complète des symptômes en 48 heures.

INTRODUCTION

Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus fréquemment diagnostiqué en Suisse, après les cancers du sein et du poumon chez la femme et du poumon et la prostate chez l'homme.¹ Dans ce contexte, le dépistage du CCR et la surveillance des polypes à risque représentent un enjeu de santé publique majeur, comme en témoigne la récente implémentation de campagnes de dépistage dans les cantons de Vaud et Genève chez les personnes de plus de 50 ans. Deux méthodes de dépistage sont proposées en Suisse : a) la détection de sang occulte dans les selles tous les deux ans et b) la coloscopie à répéter tous les dix ans en l'absence de polype ou plus fréquemment si des polypes sont détectés.¹

Il est important de rappeler les recommandations pour la surveillance après une coloscopie afin d'éviter la réalisation d'un examen potentiellement inapproprié et accompagné d'éventuelles complications.

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES POUR LE DÉPISTAGE ET LA SURVEILLANCE DU CANCER COLORECTAL

Selon les recommandations de l'American Cancer Society (ACS) qui sont suivies par la Société suisse de gastroentérologie, le

dépistage du CCR devrait être appliqué à tout individu dès l'âge de 50 ans et ce jusqu'à 75 ans si l'espérance de vie attendue est supérieure à 10 ans.² D'autres mesures doivent être adoptées pour les groupes à risque selon l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE).³

Les personnes avec un parent du premier degré ayant eu un CCR avant l'âge de 50 ans sont à risque de développer une forme familiale de CCR. Chez ces patients, l'ESGE propose de débiter une surveillance par coloscopie dès l'âge de 40 ans et de répéter cet examen tous les 5 ans s'il est normal. En cas d'anomalie, la surveillance ultérieure s'aligne sur celle de la population générale.³

Les patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) touchant le côlon ont un risque accru de CCR pouvant s'élever jusqu'à 18% après 30 ans d'évolution de leur maladie. Certains facteurs de risque comme la durée de la maladie, son extension et l'association avec une cholangite sclérosante primitive augmentent encore plus ce risque. Dans ce cas de figure, le dépistage du CCR par coloscopie commencera 6 ans après le début des symptômes et le calendrier de dépistage de la dysplasie colique sera établi selon le degré de risque individuel (activité de la maladie, antécédents de dysplasie, histoire familiale de CCR, anomalie anatomique, présence d'une cholangite sclérosante primitive).

Enfin, les personnes atteintes d'un syndrome de Lynch doivent bénéficier d'un suivi spécialisé gastroentérologique et débiter le dépistage entre 25 et 35 ans selon le type de mutation dont ils sont porteurs. Chez ces derniers, le dépistage doit être répété tous les 2 ans s'ils sont asymptomatiques.

Une revue exhaustive et détaillée de l'ensemble des recommandations de surveillance dépasse le cadre de cet article. Celles-ci se fondent essentiellement sur le nombre, la taille ainsi que le type et les caractéristiques histopathologiques des polypes identifiés (dysplasie, composante villositaire, carcinome, etc.) et sont résumées de manière schématique dans la **figure 1**.⁴

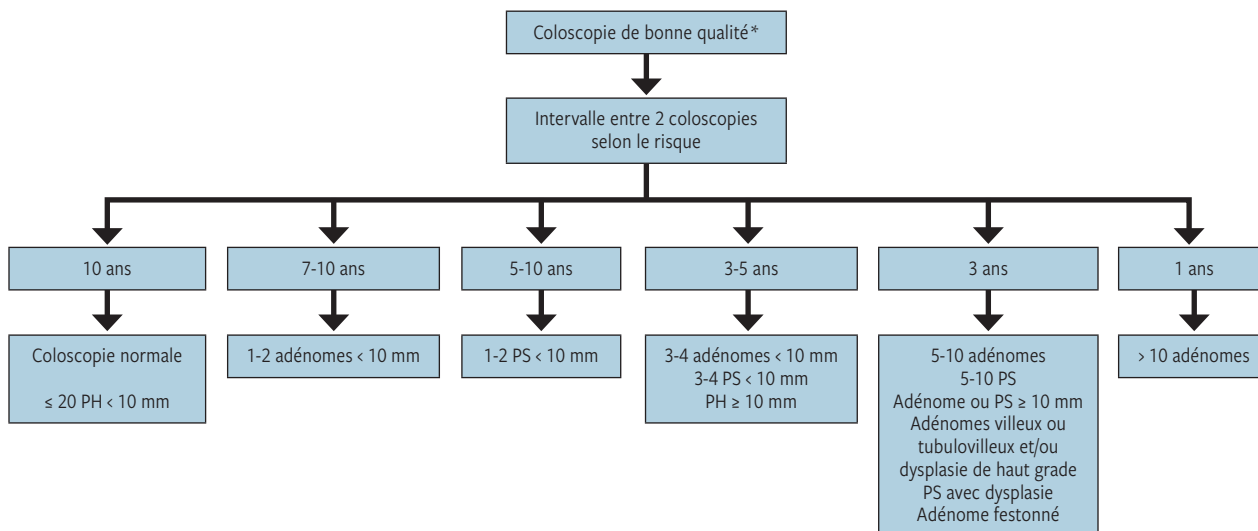
COMPLICATIONS

Bien que les complications liées à la coloscopie soient rares, leur fréquence augmente de façon linéaire avec l'âge du patient et la présence de comorbidités. La complication la plus redoutée est la perforation digestive (0,1% pour les coloscopies diagnostiques et 0,1 à 0,3% pour les thérapeutiques)² qui peut entraîner de graves infections et nécessite parfois une prise en charge chirurgicale. Un pneumopéritoine avec de l'air libre dans l'abdomen secondaire à une perforation

^aService de médecine interne, Hôpital de La Tour, 1217 Meyrin/Genève
jessie.porzi@latour.ch | omar.kherad@latour.ch | rui.ribeiro@latour.ch

FIG 1 Suivi post-coloscopie

*Examen qui doit atteindre le cæcum; bonne préparation permettant de voir les polypes > 5 mm; bon examinateur: taux de détection d'adénome; résection complète de polypes.
PH: polype hyperplasique; PS: polype sessile.



(Adaptée de réf.⁴).

peut être identifié par un scanner. Plus rarement, l'air peut remonter à travers les fascias et le diaphragme et provoquer un pneumomédiastin.⁵ Le saignement digestif (8/10 000) ainsi que les problèmes cardiovasculaires liés à la sédation viennent s'ajouter à la liste des complications les plus fréquentes liées à la coloscopie.

RETOUR SUR LA VIGNETTE CLINIQUE

Dans le relevé anesthésique, on remarque qu'une hypotension majeure s'est produite au moment de la sédation. Par ailleurs, le geste s'est vraisemblablement compliqué d'une petite perforation colique qui s'est traduite par un pneumomédiastin symptomatique nécessitant 48 heures d'hospitalisation.

Cette coloscopie n'était pas complètement inappropriée dans la mesure où la surveillance d'un polype sessile avec dysplasie devrait se faire dans un intervalle de 3 ans. Toutefois, l'âge avancé de la patiente (> 75 ans) a rendu cette indication relative et l'a exposée à un risque non négligeable de complications qu'il faut absolument prendre en considération lors d'une décision partagée avant l'intervention.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les recommandations internationales suggèrent de débiter le dépistage du cancer colorectal dès 50 ans et ce jusqu'à 75 ans si l'espérance de vie attendue est supérieure à 10 ans
- Deux méthodes de dépistage sont proposées en Suisse: a) la détection de sang occulte dans les selles tous les deux ans et b) la coloscopie à répéter tous les dix ans en l'absence de polype ou plus fréquemment si des polypes sont détectés
- La surveillance post-coloscopie se base sur le nombre, la taille ainsi que le type et les caractéristiques histopathologiques des polypes en prenant en considération l'âge et les comorbidités du patient
- Les complications après une coloscopie sont rares, mais peuvent être graves comme un saignement ou une perforation digestive se traduisant par un pneumopéritoine et un pneumomédiastin

SOUMETTRE UN CAS

Soumettez un cas traitant d'un incident ou potentiel incident (near miss en anglais) faisant suite à un acte médical éventuellement inapproprié (pour le format, merci de vous référer à l'encadré au bas du texte de présentation de la rubrique (Kherad O. Nouvelle rubrique: «5 minutes pour apprendre». Rev med suisse 2021;17:359-60).

Les textes sont à envoyer à: omar.kherad@latour.ch, avec copie à: redaction@medhyg.ch.

1 Frossard JL. Le cancer colorectal en

2020. Rev Med Suisse 2020;16:208-9.

2 Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. CA Cancer J Clin 2018;68:250-81.

3 van Leerdam ME, Roos VH, van Hoof JE, et al. Endoscopic management of Lynch syndrome and of familial risk of colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy

(ESGE) Guideline. Endoscopy

2019;51:1082-93.

4 Gupta S, Lieberman D, Anderson JC, et al. Recommendations for Follow-Up after Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Am J Gastroenterol 2020;115:415-34.

5 Dong J, Wang H. Pneumomediastinum and Subcutaneous Emphysema Secondary to Polypectomy. Am J Gastroenterol 2019;114:1569.