

Petits polypes coliques : les retirer à la montée évite d'en laisser en place !

Small bowel polyps: remove them on entry to avoid leaving them behind!

G. Lesur

© Springer-Verlag France 2013

En coloscopie, l'ablation des polypes est possible à la montée ou à la descente du coloscope. Jusqu'à ce travail suisse publié dans *Endoscopy* en novembre dernier [1], aucune étude n'avait jamais comparé ces deux attitudes.

Dans cette étude, les coloscopies réalisées pour hémorragies, MICI, sténose, polyposé génétique ainsi que les examens dont la préparation n'était pas satisfaisante et les malades traités par antiagrégants étaient exclus. De même, les coloscopies mettant en évidence des polypes de plus de 10 mm, qui nécessitent le recueil du polype, et donc souvent une nouvelle intubation du côlon après retrait de l'endoscope, étaient également exclues. Après la découverte du premier polype, les patients étaient randomisés en salle d'endoscopie en deux groupes, le groupe A dans lequel les polypes de moins de 10 mm étaient retirés à la montée et à la descente, et le groupe B dans lequel ils étaient retirés exclusivement au retrait de l'endoscope. L'étude était validée par un comité d'éthique et les patients, aveugle de la méthode choisie, signaient un consentement éclairé. Tous les malades recevaient le lendemain de la procédure un questionnaire visant à évaluer la tolérance de la coloscopie à rendre dans les jours suivants. Les coloscopies étaient réalisées sous propofol, après préparation par 3 l de polyéthylène-glycol par des endoscopistes ayant au moins cinq ans de pratique avec un minimum de 200 coloscopies par an. La taille des polypes était appréciée à l'aide des pinces à biopsie et les polypectomies étaient réalisées selon les techniques habituelles, avec utilisation d'une anse dès que la lésion excédait 4 mm de diamètre. Dans les deux groupes, tous les polypes vus étaient retirés. De très nombreuses données étaient collectées (caractéristiques des patients, durée des coloscopies, nombre de polypes détectés à la montée et à la descente, éventuelles difficultés techniques...). Une estimation du nombre de malades requis pour observer une différence statistique était faite avant le début de l'étude. Les tests statistiques étaient les tests habituels et une différence était considérée comme statistiquement significative si la valeur du p était inférieure à 0,05.

Trois cent un malades étaient randomisés, 150 dans le groupe A (polypes retirés à la montée et à la descente) et 151 dans le groupe B (polypes exclusivement retirés à la descente). Les malades des deux groupes étaient comparables ainsi que les taux de coloscopies complètes de respectivement 97,3 % dans le groupe A et 98 % dans le groupe B. Le nombre total de polypes réséqués, leurs tailles et localisations étaient comparables dans les deux groupes. Les durées totales d'examen de 30,8 ± 15,6 minutes dans le groupe A et 28,5 ± 13,8 minutes dans le groupe B n'étaient pas différentes. De même, les temps pour atteindre le cæcum étaient non significativement différents (13,7 ± 9,3 minutes vs 15,6 ± 9,2 minutes). Le score moyen de difficulté des polypectomies de respectivement 1,6 ± 0,84 dans le groupe A vs 1,5 ± 0,78 dans le groupe B et le confort du patient de respectivement 1,43 ± 0,56 dans le groupe A vs 1,32 ± 0,49 dans le groupe B étaient comparables. Dans le groupe B (polypes exclusivement retirés à la descente), 13 polypes vus à la montée de l'endoscope n'étaient pas retrouvés à la descente, soit 13 des 389 polypes (3,3 %). La taille moyenne de ces polypes était de 3,2 ± 1,3 mm. Les polypes non retrouvés à la descente étaient situés dans le côlon ascendant (1), le côlon descendant (4), le côlon sigmoïde (7) et le rectum (1).

Les auteurs concluent que 3,3 % des polypes vus lors de la montée du coloscope ne sont pas retrouvés à la descente quand les polypectomies ne sont faites qu'au retrait de l'endoscope. Il s'agit toujours de petits polypes. La stratégie de polypectomie à la montée n'allonge pas la durée de la coloscopie et n'augmente pas les difficultés des polypectomies. Une telle approche est aussi bien tolérée que la réalisation des polypectomies exclusivement lors du retrait de l'endoscope. Tous ces éléments plaident donc en faveur d'une ablation des polypes de petite taille dès leur repérage lors de la montée de l'endoscope.

Référence

1. Wildi SM, Schoepfer AM, Vavricka SR, Fruehauf H, Safroneeva S, Wiegand N, et al. Colorectal polypectomy during insertion and withdrawal or only during withdrawal? A randomized controlled trial. *Endoscopy* 2012;44:1019–23.

G. Lesur (✉)
Hôpital Ambroise-Paré, F-92100 Boulogne, France
e-mail : gilles.lesur@apr.aphp.fr