



VOUS ALLEZ AVOIR... UNE POLYPECTOMIE

UN POLYPE :

Un examen radiologique (lavement, colo-scanner) ou un examen endoscopique (coloscopie) a montré qu'il existait dans votre gros intestin (colon) un polype. C'est une prolifération de cellules anormales qui se développent à la surface de la muqueuse et forment un relief plus ou moins élevé et plus ou moins étalé. Avec le temps certaines cellules de ce polype peuvent devenir cancéreuses, on parle alors de polype dégénéré voire de cancer. Ce polype doit être enlevé avant qu'il ne devienne dangereux.

L'ablation d'un polype peut être effectuée lors d'une coloscopie s'il n'est pas trop gros ou trop étalé en surface. Ce geste nécessite des précautions particulières et expose à des risques spécifiques. Nous allons reprendre les différents éléments qui vous ont été expliqués par votre gastroentérologue et qui figurent dans un document écrit qui vous a été remis.

LA COLOSCOPIE :

L'ablation du polype aura lieu lors d'une coloscopie. Une coloscopie consiste à remonter un tube (coloscope) muni d'une caméra dans votre colon en passant par l'anus. Ce tube servira à amener des instruments jusqu'au polype et à l'enlever sans avoir besoin d'ouvrir la paroi abdominale (figure 1).

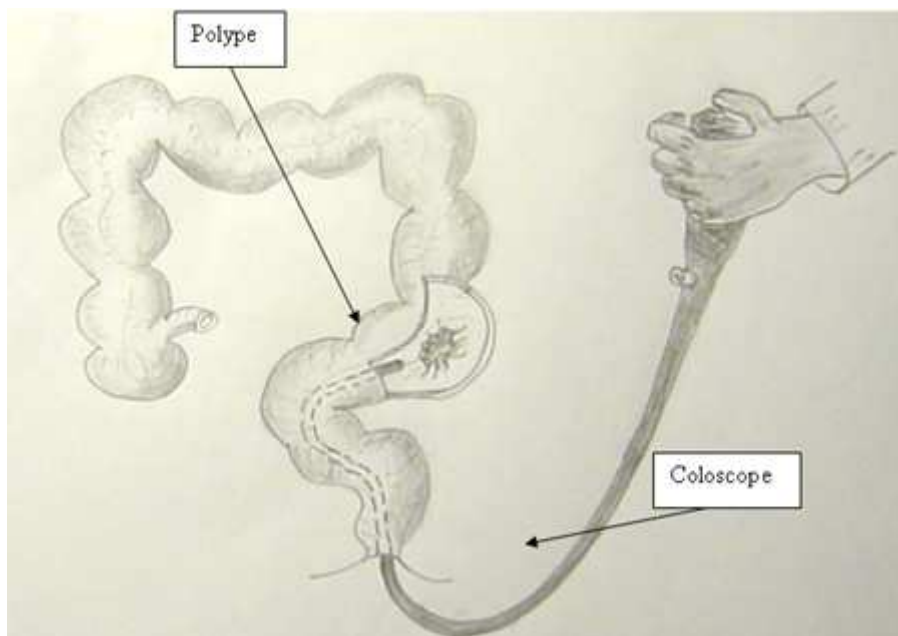


Figure 1: Polype du colon vu en coloscopie.
La paroi du colon est représentée ouverte au niveau du polype.

Pour que cet examen soit effectué dans de bonnes conditions il faut que votre colon soit vide de matières. Un régime sans résidu est conseillé pendant les 2 à 3 jours précédents. Une purge

liquide sera faite dans les 12 heures avant l'examen. Cette étape parfois pénible est importante: le colon des patients est mal préparé dans plus de 20 % des cas. Une préparation de mauvaise qualité empêche de voir les polypes de moins de 1 cm de diamètre. Pour optimiser cette étape il faut bien prendre en totalité les produits prescrits pour la purge. Celle-ci peut être complétée par des lavements. Il faut arrêter 2 jours à l'avance les médicaments à base de fer prescrits en cas d'anémie : ils teintent en noir le contenu de l'intestin et gênent la visibilité.

L'ANESTHESIE :

La coloscopie est un examen qui peut être inconfortable, voire douloureux. C'est pourquoi il est le plus souvent pratiqué sous anesthésie générale. Dans ce cas une visite avec un anesthésiste est obligatoire dans le mois précédent. Elle permet d'adapter au mieux l'anesthésie en fonction des antécédents médicaux et chirurgicaux et des traitements en cours. Un traitement par aspirine, antiagrégant ou anticoagulant peut nécessiter des précautions particulières. L'existence d'un souffle cardiaque ou d'une prothèse valvulaire cardiaque impose la prescription d'antibiotiques avant l'examen. Comme pour toute anesthésie générale il faut être à jeun et ne pas avoir fumé depuis au moins 6 heures avant l'examen. La purge doit donc être entièrement bue avant ce délai.

LA POLYPECTOMIE :

L'ablation du polype est effectuée par le gastroentérologue lors de la coloscopie. Ce geste se fait donc sans ouverture de la cavité abdominale. Toute cette opération est faite avec un contrôle visuel par le coloscopiste qui vérifie que le polype est enlevé dans de bonnes conditions. Pour enlever le polype, il faut le décoller de la paroi digestive en coupant sous sa base l'épaisseur de la paroi du colon sans la traverser entièrement (figure 2). A l'heure actuelle il est encore impossible d'enlever la totalité de la paroi du colon au niveau du polype par une coloscopie. Un trou dans la paroi du colon est en effet une complication grave de cette opération et peut nécessiter une intervention chirurgicale pour le reboucher. Différents bistouris en forme de pointe ou de lasso métallique conduisant un courant électrique qui coagulent la paroi sont utilisés pour couper la racine du polype. L'endoscopiste peut s'aider d'une infiltration de liquide sous le polype pour le surélever et ainsi mieux l'attraper avec ses instruments. Le polype est enlevé en totalité et récupéré par l'endoscopiste pour permettre son analyse microscopique (examen anatomo-pathologique). L'étape de l'analyse microscopique du polype est indispensable même lorsqu'on dispose de techniques de coloration ou de grossissement optique de l'image endoscopique parce que certains polypes peuvent être de petits cancers.

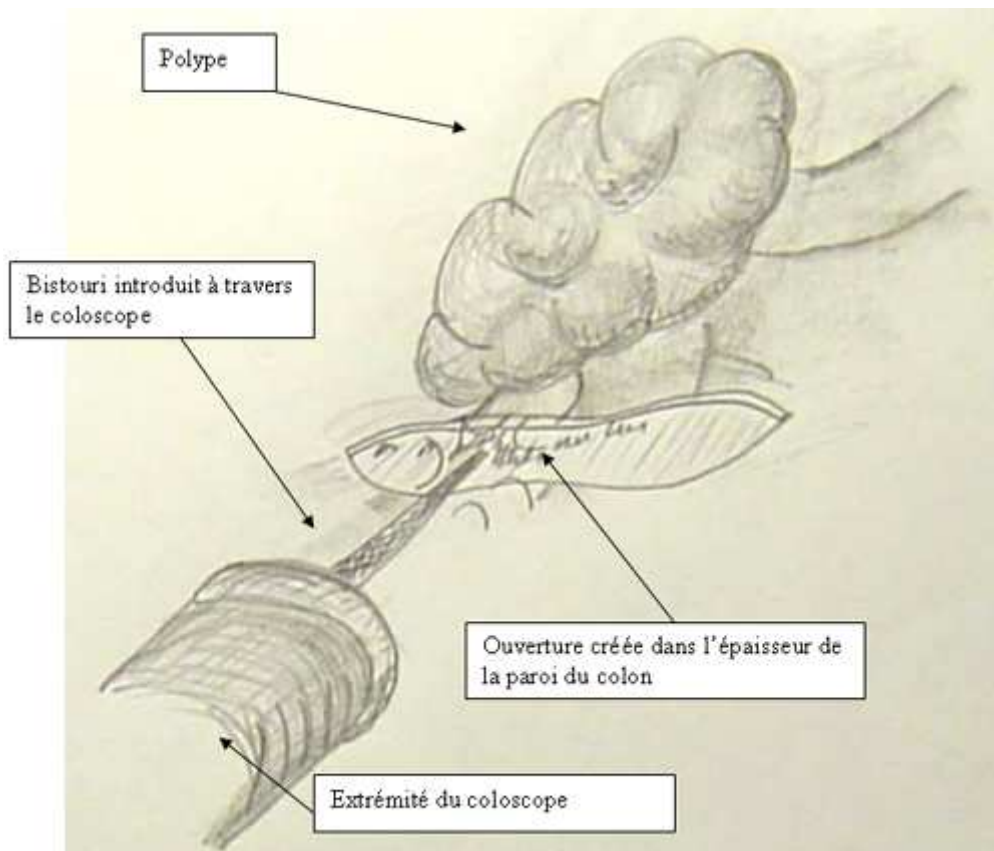


Figure 2 : découpe sous le pied du polype dans l'épaisseur de la paroi du colon grâce à un bistouri passant par le conduit du coloscope (dite technique de dissection sous muqueuse).

Si lors de la coloscopie qui a retrouvé le polype les conditions optimales pour l'enlever ne sont pas réunies, l'endoscopiste peut poser sur le polype une agrafe métallique (clip) qui aidera à le retrouver lors du prochain examen. Dans certains cas difficiles l'ablation du polype peut être faite en coloscopie par le gastroentérologue en même temps qu'un chirurgien surveille la paroi du colon avec une caméra introduite à travers la paroi abdominale (laparoscopie ou coelioscopie).

Si l'ablation du polype est impossible en coloscopie ou si surviennent des complications une intervention chirurgicale peut être nécessaire plus ou moins rapidement.

LES COMPLICATIONS :

Globalement en France le risque d'accident après une coloscopie (examens diagnostiques et thérapeutiques confondus) est de 0,2 %.

Un saignement immédiat ou retardé peut survenir en tout dans 1 à 20 % des cas. Ce pourcentage varie en fonction de la taille du polype qui est enlevé. Lors de l'opération l'endoscopiste est confronté à un saignement dans moins de 5 % des cas. Il dispose alors de bistouris coagulants, d'injections locales de produits vasoconstricteurs, d'agrafes ou de lassos qui compriment les vaisseaux pour arrêter le saignement. Ces nombreux moyens sont le plus souvent efficaces et aucun geste complémentaire n'est alors nécessaire. Un saignement retardé (dans les 15 jours suivants) est beaucoup plus rare : environ 6 fois pour mille interventions. Il peut nécessiter une nouvelle coloscopie pour l'arrêter. Dans les cas difficiles une intervention radiologique ou chirurgicale est indiquée pour tarir le saignement. Une transfusion sanguine peut être justifiée pour compenser un saignement important.

La paroi du colon peut être involontairement perforée lors de l'ablation du polype. Cet accident peut être évident lors de l'opération ou ne se démasquer que dans les 24 à 48 heures suivantes. Cet accident est rare, survenant dans moins de 1 % des cas. Des douleurs abdominales, un arrêt du transit, voire de la fièvre sont des signes d'alarme. Une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour réparer la fuite, dans les cas graves la confection d'un anus sur la paroi abdominale (colostomie) peut être nécessaire de façon temporaire, le temps de la guérison de l'infection abdominale.

Le risque de transmettre une maladie infectieuse par les instruments utilisés est réduit par les protocoles de désinfection utilisés et par les contrôles effectués avant chaque examen.

LA PRISE EN CHARGE GLOBALE ET LES CONTROLES ULTERIEURS :

Elle varie selon la qualité du geste effectué et la nature du polype qui a été enlevé notamment la présence de cellules cancéreuses ou leur diffusion dans la profondeur du polype ainsi qu'au niveau de la zone sectionnée. Si l'exérèse pratiquée par endoscopie n'a pas été complète ou s'il s'agissait d'un polype cancéreux trop évolué, une nouvelle endoscopie peut être indiquée 3 mois après, voire une opération chirurgicale enlevant le segment de colon sur lequel était le polype.

Si l'exérèse endoscopique apporte toutes les garanties de sécurité, des contrôles ultérieurs sont nécessaires. Une coloscopie de contrôle sera programmée dans les 3 à 5 ans en fonction de la nature et du nombre de polypes enlevés. Cependant, un contrôle endoscopique plus rapproché peut être proposé lorsque la qualité de la préparation colique a été jugée insuffisante pour permettre un examen complet du colon ou lorsque l'ablation du polype a été jugée incomplète.

CONCLUSION :

L'ablation en coloscopie d'un polype remplace une intervention chirurgicale plus lourde. Mais cette technique nécessite de s'adapter à chaque cas particulier et s'intègre dans une prise en charge globale qui dépend notamment de la nature et de l'aspect du polype enlevé. En cas de complication impossible à contrôler médicalement ou si la nature du polype l'impose, la chirurgie reste parfois nécessaire.

Mise à jour :décembre 2008