

POLYPOSE ADENOMATEUSE FAMILIALE			
Organe	Contexte	Recommandations standards	Cas particuliers
Côlon-Rectum	Dépistage	Coloscopie complète haute définition + chromocoloscopie à l'indigo carmin* tous les ans** à partir de 10-12 ans avec estimation du nombre total de polypes, de leur taille et 6 biopsies par segment (côlon droit, côlon transverse, côlon gauche, rectum) en ciblant les polypes les plus gros et/ou anormaux	Age de début plus précoce à discuter si symptômes (diarrhée, rectorragie, douleurs abdominales, etc.) ou si cancer diagnostiqué avant l'âge de 15 ans dans la famille, à valider en RCP
		* l'absence d'utilisation de l'indigo carmin nécessite un aménagement du rythme des examens et une discussion singulière avec l'opérateur ; l'utilisation de la coloration virtuelle n'est pas validée comme améliorant la qualité de la coloscopie standard ** à 3 mois si qualité insuffisante (cf CR type d'endoscopie et recommandations de la SFED)	Age et rythme à moduler si phénotype atténué (AFAP) Arrêt à discuter si espérance de vie < 5 ans ou comorbidité (maladie diverticulaire...), à valider en RCP
	Chirurgie prophylactique	Colectomie totale (avec anastomose iléorectale ou iléoanale en fonction de l'atteinte rectale) si polype(s) centimétrique(s) et/ou en dysplasie de haut grade et/ou ulcéré, à valider en RCP (en général vers 20 ans)	Non recommandée si phénotype atténué permettant le contrôle par résection endoscopique
Rectum (si colectomie avec anastomose iléo-rectale)	Dépistage	Rectoscopie haute définition + chromocoloscopie à l'indigo carmin* tous les 6 à 12 mois	Extension de la chirurgie au rectum si contrôle endoscopique impossible (nombre, dysplasie de haut grade, etc.) ou cancer, à valider en RCP
Réservoir iléal (si colectomie avec anastomose iléo-anale)	Dépistage	Endoscopie haute définition + chromocoloscopie à l'indigo carmin* à 6 mois et 1 an de la chirurgie puis tous les 1 à 2 ans en fonction des constatations endoscopiques	Fréquence plus rapprochée à discuter en fonction des constatations endoscopiques
Poche de stomie (si iléostomie)	Dépistage	Examen tous les 2 ans	
Voies digestives hautes (œsophage, estomac, duodénum)	Prévention	Gastroscopie complète et latéroscopie avec chromoendoscopie à 15 ans, 25 ans puis rythme à moduler en fonction des constatations endoscopiques suivant la classification de Spigelman	Rythme annuel à discuter si cancer identifié dans un intervalle entre deux gastroscopies ≤ 2 ans dans la famille, à valider en RCP Age de début plus précoce à discuter si cancer diagnostiqué avant l'âge de 25 ans dans la famille, à valider en RCP Arrêt à discuter si espérance de vie < 5 ans ou comorbidité (maladie diverticulaire...), à valider en RCP
		Chirurgie prophylactique	Non recommandée systématiquement Prise en charge chirurgicale à discuter si adénome(s) ≥ 1 cm et/ou dysplasie de haut grade, à valider en RCP
Autres localisations	Dépistage	Tumeurs desmoïdes intra-abdominales : non recommandé systématiquement Thyroïde : non recommandé systématiquement Autres (dont foie, cerveau) : non recommandé systématiquement	Tumeurs desmoïdes intra-abdominales : palpation annuelle, échographie ou IRM si doute Thyroïde : examen clinique annuel +/- échographie en fonction de l'histoire personnelle et familiale
DPN-DPI	Conseil Génétique		Présentation en CP-DPN si demande du patient