

Critères de qualité de la polypectomie colorectale

Dr V. VALANTIN
Hôpital Européen
MARSEILLE

polypectomie

- + de 410 000 fois/ an
- Geste de base du GE
- Prévention du K colorectal (17000 DC)
- Critères de qualité optimisation avec pour objectif :
 - Détection maximale
 - Résection maximale

Détection 1^{er} critère de qualité

- Il faut détecter avant de reséquer!!!

Détecter lésions et adénomes

Omission respectivement 16% et 11% si <6mm

- Amélioration :
 - qualité : endoscope, préparation, innovations
 - Temps de retrait > 6 min
 - optimisation endoscopique (nbi , fice, i-scan)
 - colorations adaptées

Avant la polypectomie

- Evaluer le risque de résection incomplète, GG
- Choix de la résection ...
- Toutes ces informations doivent être colligées + photos
- Histologie restera LE CRITERE!!!!
- Pertinence des recommandations post colo est très proche de celles données/ histo >92%

Avant la polypectomie

- En cas de non résection LOCALISATION
-tatouage, clips et CR endoscopique
- Etude 236 patients K Dg en Colo
21%(49) mal localises
27/49 erreur significative car modifiait la
stratégie opératoire
- Concerne tous les segments coliques même le
rectum!

Avant la Polypectomie

- Retirer toutes les lésions coliques détectées
 - vrai si $< 5\text{mm}$ (1.6% DHG et 4.6% TV)
 - vrai si (>5 et <9 mm)

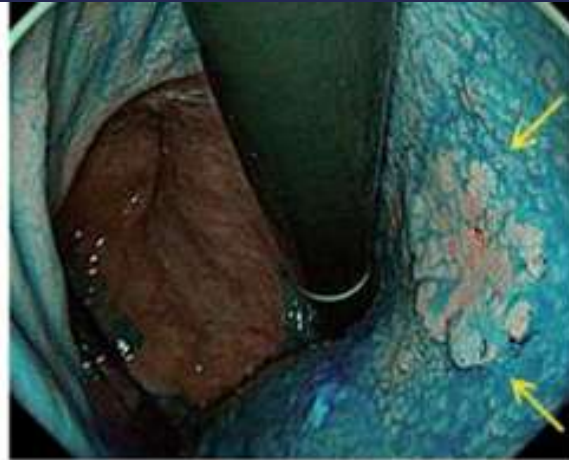
Contraste électronique devrait \nearrow le S et Sp
critères « histologiques » endoscopiques

- vrai si avancés (>10 mm) ssi CURATIF

Mais algorithmes décisionnels utilisent des paramètres disponibles qu' a posteriori : histologie , R0...



Endoscopie à la lumière blanche



Chromoendoscopie virtuelle
avec zoom



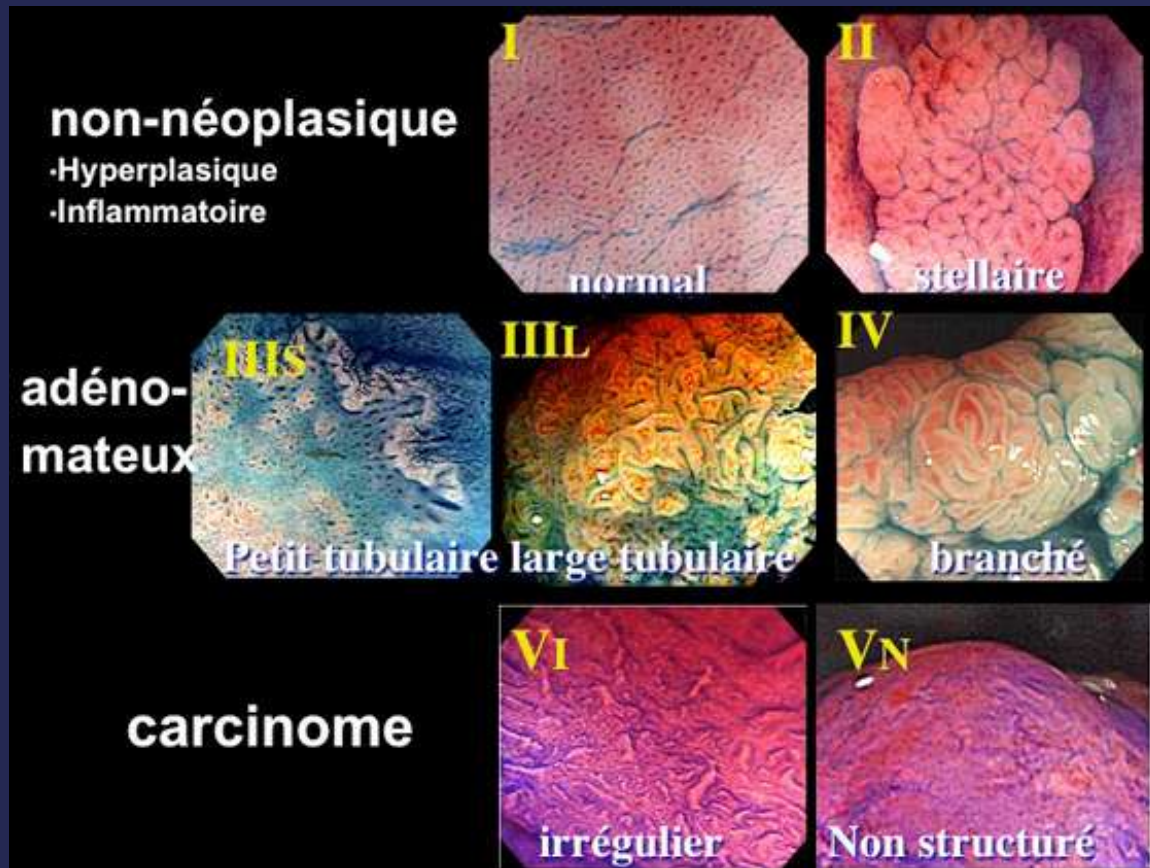
chromo endoscopie

Avant la Polypectomie

- Histologie défavorable :
 - Sessile /pédiculé
 - ulcéré
 - taille, polypose ou > 3polypes
- Position :
 - circonférence, /plis et haustrations
 - localisation/ valvule, appendice...
- Conditions :
 - préparation, matériel, personnel et horaire.

Types de lésion	Risque de dégénérescence	
Polypoïde		1 à 15%
Surélevé & Plan		4 à 6%
déprimé		30 à 75%
Ulcéré		>90 % et sm

Classification PARIS : probabilité d'atteinte de la sous muqueuse.



Pit pattern

I



II



III_s



III_L



IV



V



Juste Avant la Polypectomie

- Caractéristiques du patient.
(cs pré-anesthésie et consentement éclairés)
 - médicaments et hémostase
 - R. opératoire vs R. endoscopique
- Expérience de l'opérateur
- Estimer : possibilités de résection en un temps, monobloc ou complète, risque perforatif et de K, ainsi que d'une chirurgie 2aire...

Polypectomie proprement dite

Ne rien faire plutôt qu'une résection incomplète
Différer ou réadresser n'est pas une faute

Petits polypes

- < 3 mm biopsie exérèse efficace (+90%)
- >3 et <6 mm anse froide > biopsie exérèse
- .
- >6 mm et <10 mm
 - Pédiculés et sessiles non suspect : polypectomie
 - Pédicules court faire une injection sous muqueuse

Polypes pédiculé

- Gros et/ou grand pied:
 - hémostase préventive
 - endoloop
 - SP adrénaliné au 1/10000
 - clip hémostatique



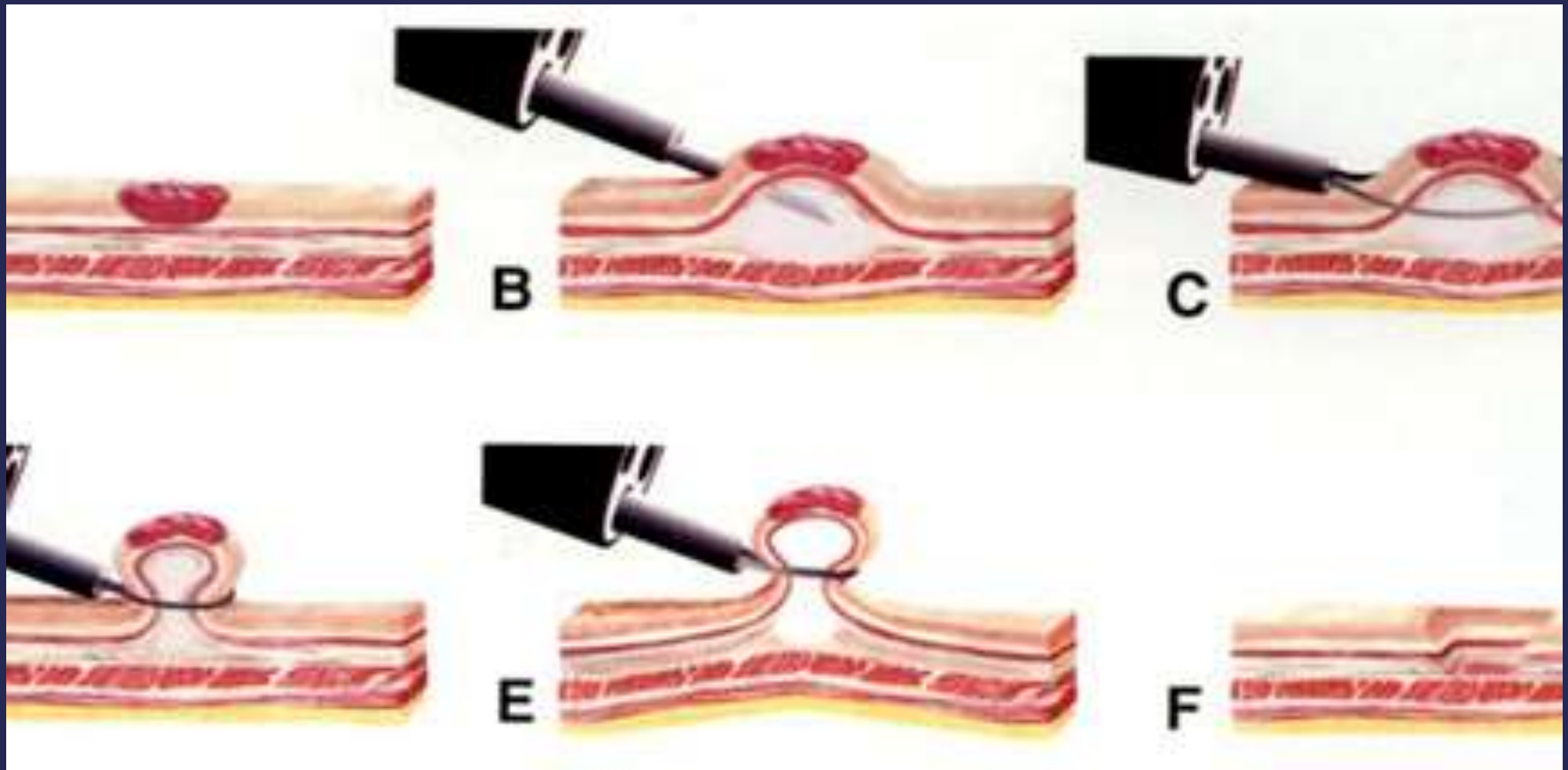
Clip hémostatique

Pour toutes les autres lésions

Mucosectomie +/- ESD

MUCOSECTOMIE

- Injection sous muqueuse préalable
 - SP avec indigo-carmin +/- adrénaline
 - Tangentiellement et en amont de la lésion
 - Décollement/musculeuse
 - Attention si incomplet...
- RESECTION par anse/caps/élastique
 - section pure ou endocoupe
 - monobrin et /ou picots



Mucosectomie a l anse



mucosectomie

Mucosectomie endoscopique: technique:

Aspiration-ligature-section:

- ✓ Principe: Enserrement de la lésion à l'aide d'un **élastique**
- ✓ Matériel: dispositif de ligature des VO + Anse diathermique; Kit spécial de mucosectomie
- ✓ Technique:
 - aspiration de la lésion dans l'app de ligature;
 - mise en place de l'élastique;
 - section avec anse diathermique placée autour de la zone enserrée par l'élastique.



American Journal of Gastroenterology C 2006 by Am. Coll. of Gastroenterology

Mucosectomie /élastique

Mucosectomie endoscopique: technique:

Injection-aspiration-section:

« technique du capuchon transparent »

- ✓ Principe: Faciliter l'enserrement de la lésion à l'aide d'un **capuchon** d'aspiration.
- ✓ Matériel: Capuchon distal transparent cylindrique ou oblique+Anses souples asymétriques(mini-anses).



Gastroenterology Vol. 22, No. 5, pp. 929-943, 2008

**Mucosectomie au caps
plus délicat que / élastique**

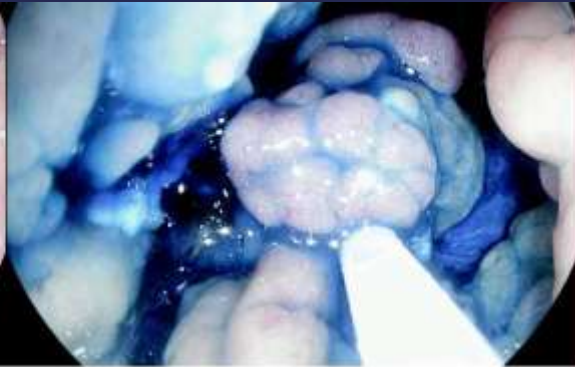
Mucosectomie / peace meal

- ≠ Monobloc
- Liée à la taille de la lésion
 - gêne l'analyse de résécabilité R0
 - ↗ I. du cancer d'intervalle
 - Ce risque + élevé si > 5 fragments

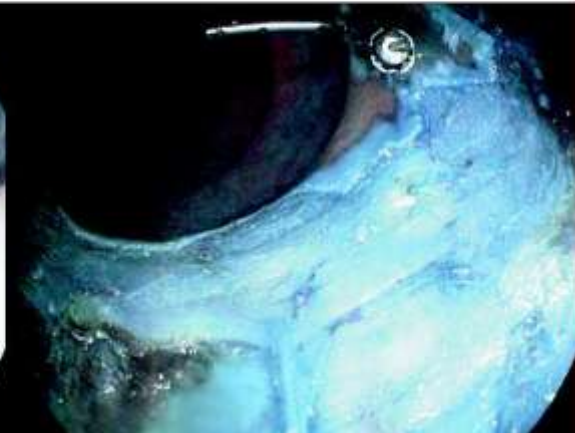
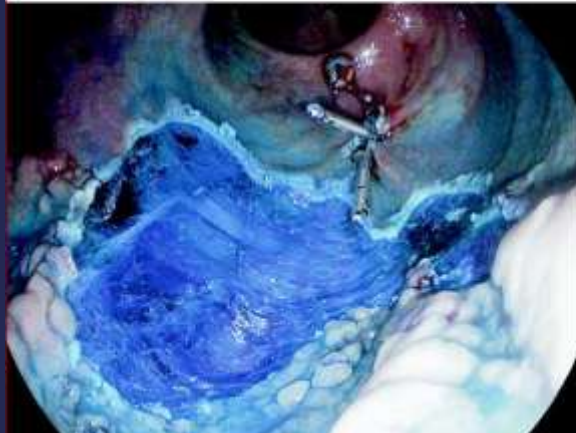
!!! Si >3/4 circonférence risque sténose cicatricielle



INJECTION SOUS-MUQUEUSE



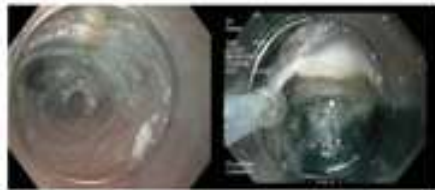
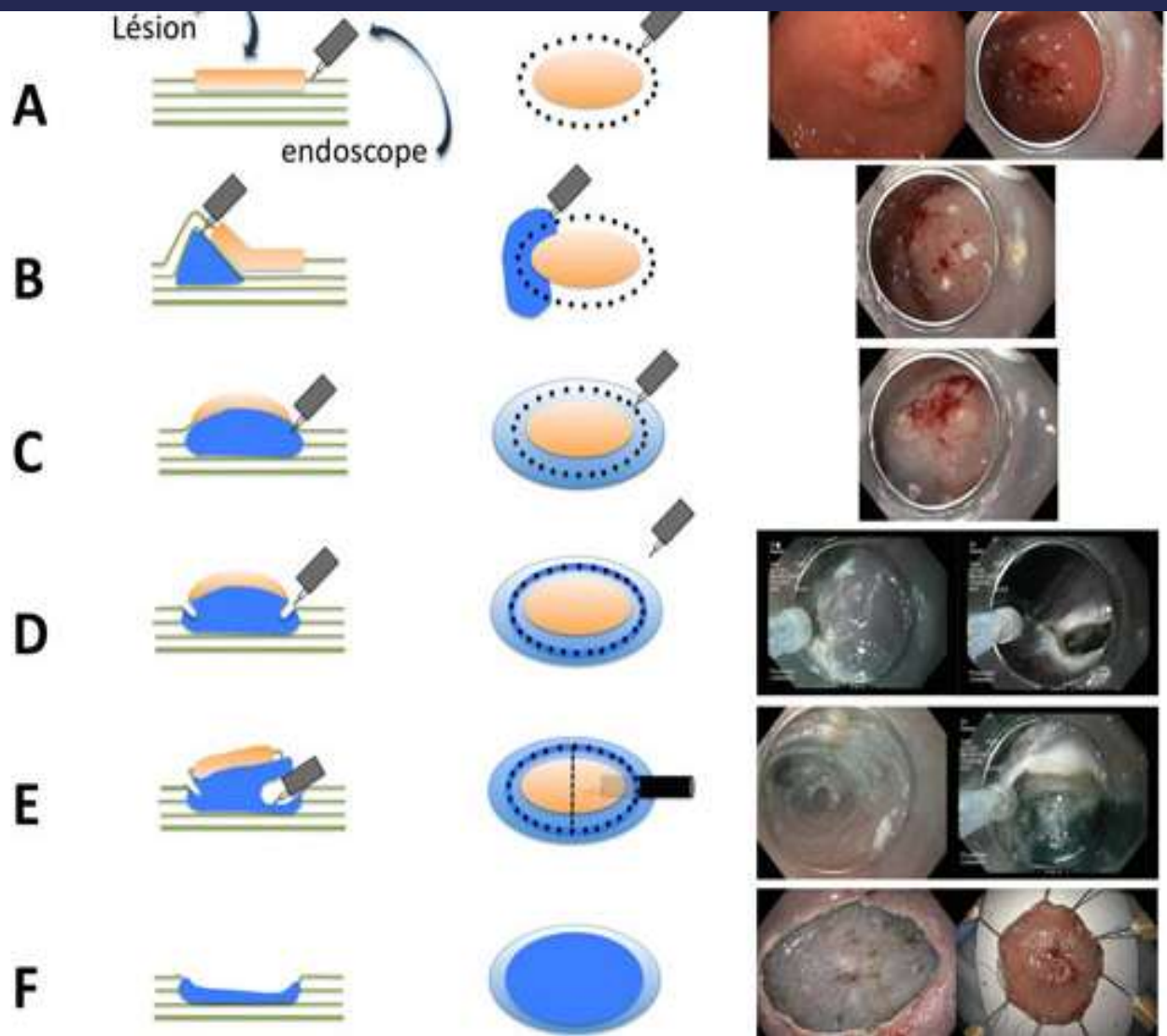
PIECE-MEAL RESECTION

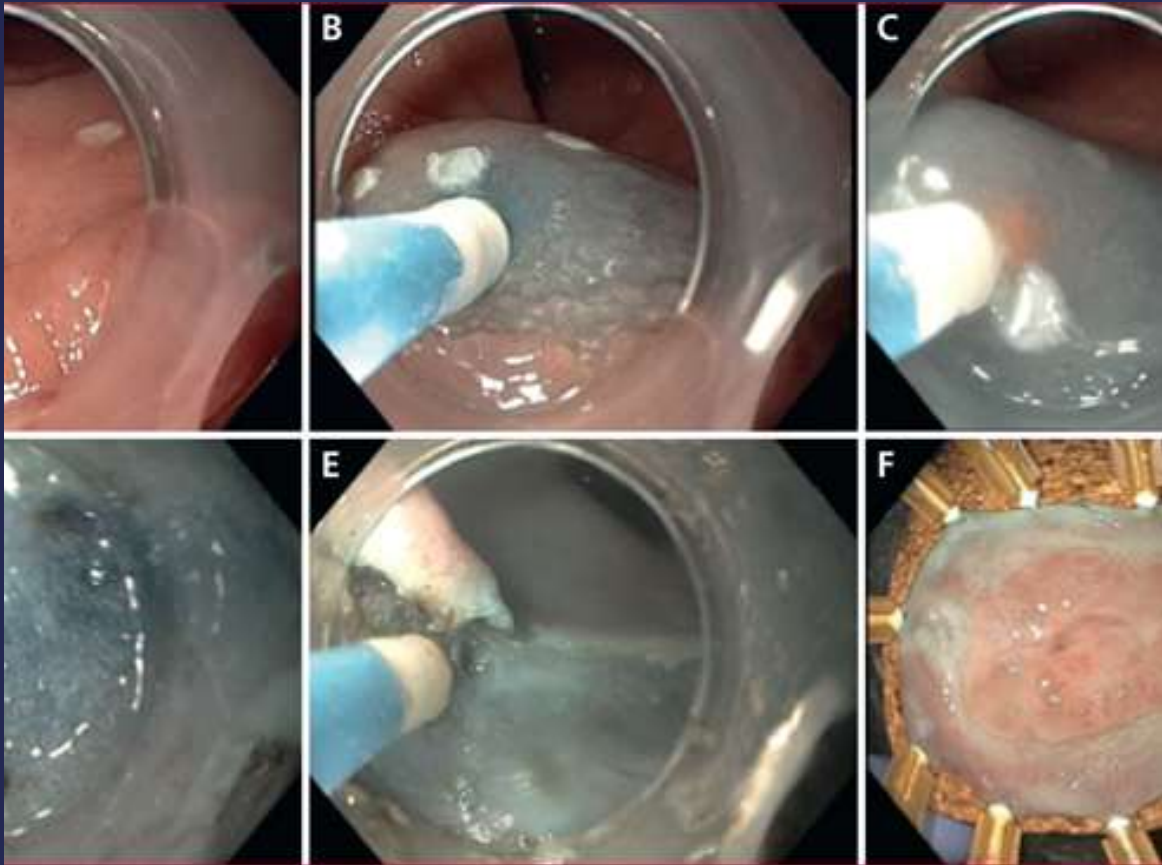


Peace meal

ESD

- Technique de dissection sous muqueuse
- Permet résection mono bloc des larges lésions(rectum, œsophage, estomac ...)
- Utile histologie avancée pTis DHG permettant une bonne analyse sm ...
- Apprentissage long, formation sur l'animal
- Matériel couteux, nécessite CO2, chronophage





ESD



Résultat final ESD

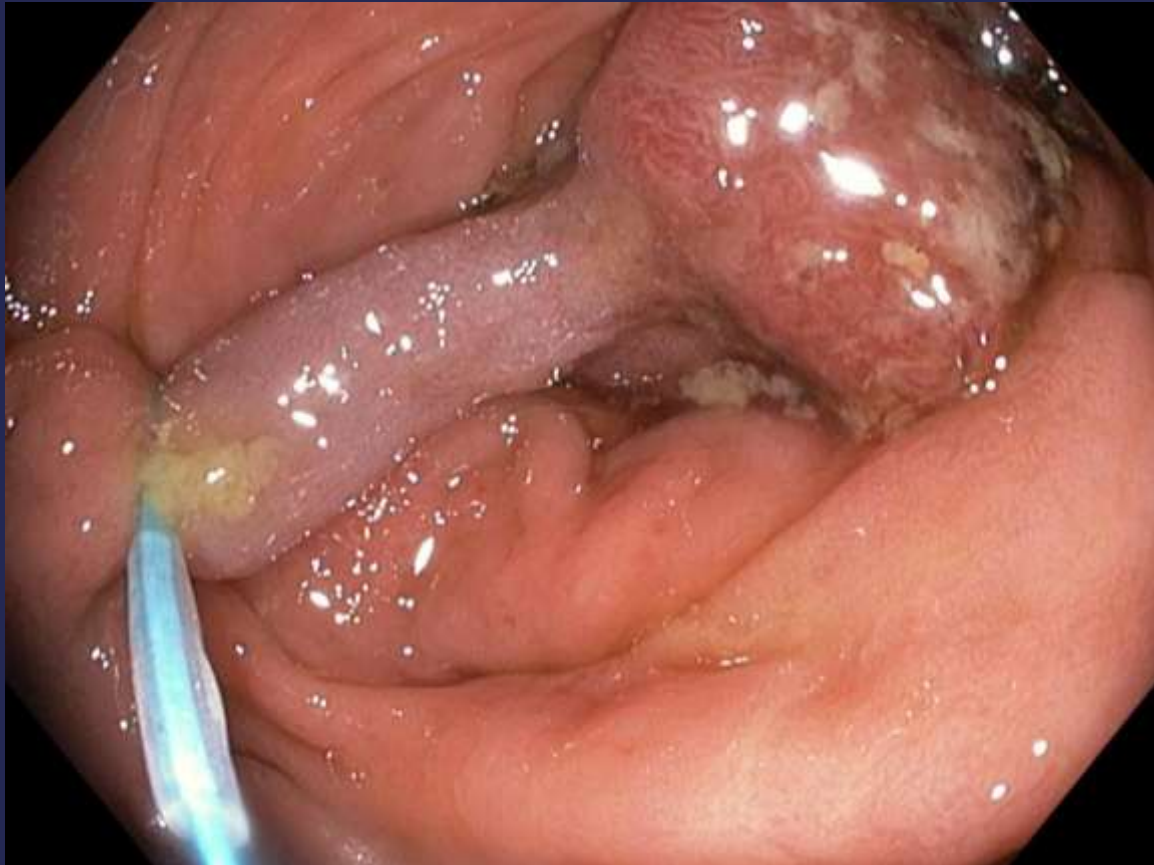
Résection sans complication

€ aux critères dequalités

HEMORRAGIE

- ↗ taux si polype avancé
Endoloop, clip, poudre hémospray, adrénaline
- Efficace dans l'immédiat.
- PERFORATION
- Rare dans les polypectomies classiques

Ovesco



Endoloop

Après la polypectomie

En salle d endoscopie

- Evaluer le caractère complet
 - biopsies et/ou magnification optique(Taux récidive de 9% a 0.5% si coloration systématique)
- Repérage ssi présomption DHG, K, incomplète
- Pièce de polypectomie
 - étalement / plaque liège

Après la polypectomie

- marquage aiguille pied si pédiculé
- encrage face profonde si sessile

Hors de la salle d'endoscopie

- CR anat :
 - type histologique + contingent carcinomateux
 - marge et profondeur
 - D° envahissement (vasculaire, lymphatique)
 - classification Vienne
- Si lésions sessile : difficulté de repérage / musculuse

Après la polypectomie

On remplace / D° d envahissement en μm /
musculaire muqueuse :

- sm1 (0 à 1000) R ganglionnaire < 1%
- sm2 et sm3 >1000
- Résection incomplète si
 - Sm2 et sm3
 - embolies vasculaires, lymphatiques
 - Carcinome indifférencié ou polypoïde sans contingent adénomateux

conclusion

- Connaitre la classification de Paris
- Expertise polypectomie, mucosectomie et gestion de l'hémorragie
- Bonne coopération avec anapat
- Utilisation de RCP
- Acceptation de ses limites et recours a un centre expert

5 points forts

- Polypes >3 et <5 mm anse froide ou pince
- Polypectomie si pédiculé Ip et sessile Is de 6 à 9 mm
- Hémostase préventive si tête > 15 mm et pied > 5 mm
- Mucosectomie sessiles Is > 9mm et planes II
- Soulèvement de la lésion est LE SIGNE d'absence d'envahissement sous muqueuse