

**6^{ème} séminaire de formation continue
en pathologie digestive
27-28 Novembre 2015**

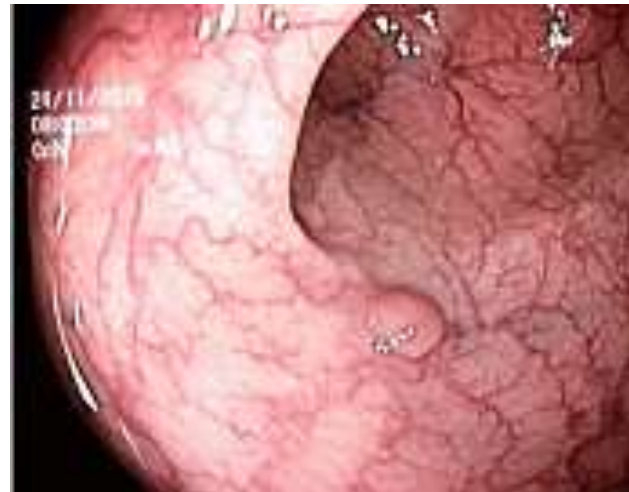
**Peut-on jeter les polypes à
la « poubelle » après leur résection?**

**Dr K.LAYAIDA
Service de gastro-entérologie
CHU Mustapha
Pr BERKANE**

Cas clinique

- Homme âgé de 54 ans consulte pour douleurs abdominales + constipation récente
- Antécédents personnels et familiaux négatifs (cancer, polypes++)
- Coloscopie: bonne préparation, polype sessile du colon gauche

Conduite à tenir?



Différentes stratégies

- Réséquer et faire l'histologie pour tout polype
 - Exclure le cancer et les lésions avancées
 - Déterminer la stratégie de surveillance
- Prédire, réséquer et jeter le polype :
 - Sélectionner les polypes à réséquer et jeter
 - Prédire l'histologie durant la coloscopie
 - Cout ↓
- Prédire et ne pas réséquer
 - Sélectionner les polypes à ne pas réséquer
 - Prédire l'histologie durant la coloscopie
 - Cout ↓↓
- Adresser à l'hôpital ?

Éléments qui influencent la décision

- Taille du polype
- Localisation: rectosigmoïde/reste du colon
- Caractères macroscopiques
- Histoire naturelle
- Risque lié à la polypectomie
- Cout

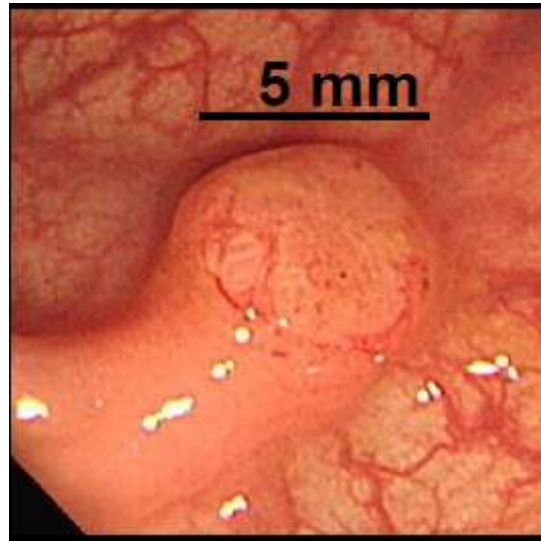
Taille

Qu'est ce qu'un polype diminutif?

- Polype dont la taille $\leq 5\text{mm}$
- Taille calculée par la pince à biopsies



Quel risque?



- Adénome avancé
 - Contingent vilieux ou dysplasie de haut grade
- Malignité

Adénomes avancés

Author (year)	≤ 5 mm	6-9 mm	≥ 10 mm
Aldridge (2001)	1.1%	6.8%	5.8%
Gschwantler (2002)	3.4%	12.5%	29.7%
Pickhardt (2003)	0.1%	16.3%	
Church (2004)	2%	9.8%	
Butterly (2006)	2.6%	7.8%	
Kim (2007)	0.2%		
Yoo (2007)	0.15%	0.5%	1.6%
Lieberman (2008)	0%	2.2%	15.2%
Graser (2009)	1.7%	10.7%	
Rex (2009)	0.9%	5.3%	
Gupta (2013)	0.5%	1.5%	15.0%

Polypes diminutifs: 50% adénomes*

1-2% avancés

Rectum: majorité polypes hyperplasiques en dehors des rares tumeurs carcinoïdes

Prévalence du cancer

Author (year)	≤ 5 mm	6-9 mm	≥ 10 mm
Aldridge (2001)	0%	1.5%	10.2%
Gschwantler (2002)	0%	0.9%	8.7%
Pickhardt (2003)	0%	0%	2.4%
Church (2004)	0.05%	0.15%	3.1%
Odom (2005)	0.03%	0.65%	4%
Butterly (2006)	0.08%	0.4%	
Kim (2007)	0%	0%	
Yoo (2007)	0%	0.5%	1.6%
Lieberman (2008)	0%	0.17%	2.6%
Graser (2009)	0%	0%	2.7%
Rex (2009)	0.05%	0%	
Gupta (2013)	0%	0%	0.3%

Carcinome: 0.5-1/1000

Attention: type IIc et ulcéré (risque élevé de carcinome)

Est-ce qu'on est performant dans leur détection?

- Vidéocoloscopie: examen de référence
- Performance fonction:
 - Qualité de la préparation: pompes, soluté pour la préparation
 - Performance de l'endoscopiste: taux de détection <20% le risque de cancer d'intervalle $\times 10^*$
 - Omissions: 26% pour les polypes diminutifs**

*Kaminski et al. NEJM 2010; 362: 1795-1803

**Van Rijn et al. Am J Gastroenterology 2006; 101 (2): 343-350

Peut on prédire « in vivo » l'histologie?

- Objectifs:
 - Différencier l'adénome du polype hyperplasique
 - Préciser le caractère avancé ou non d'un adénome
- Techniques:
 - Chromoendoscopie avec colorants: polypes <6mm?
 - Chromoendoscopie électroniques: NBI, i-scan, FICE
 - Endomicroscopie confocale
- Méthode optimale = Chromoendoscopie en HR et grossissement
 - Détection: 89-93%
 - Caractère non adénomateux du polype: 85-91%
 - Dysplasie haut grade sous estimée: 4-6.6% (histologie)

Couleur Densité vasculaire

hyperplasique



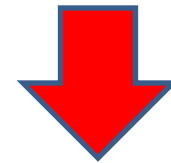
Même couleur ou plus clair /
muqueuse avoisinante



Adénome



Plus foncée/muqueuse
avoisinante



Vaisseaux

hyperplasique



Pas ou lacis de vaisseaux fins et réguliers

Adénome



Gros vaisseaux bruns autour des cryptes



Aspect des cryptes

hyperplasique

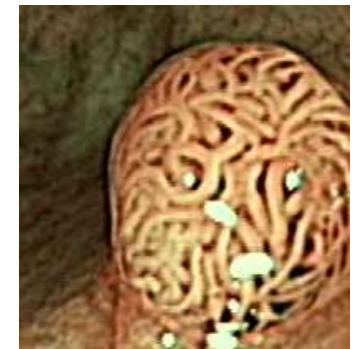


Punctiformes, rondes ou étoilées (brunes ou noires) entourées de muqueuse blanchâtre

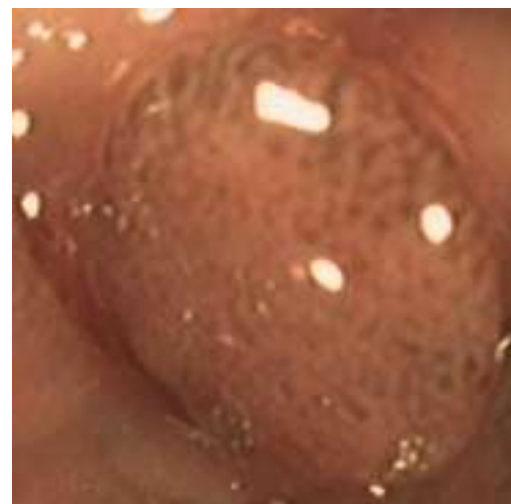


Adénome

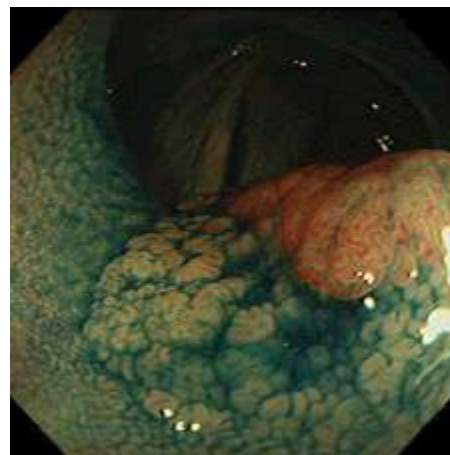
Cryptes allongées, tubulaires ou branchées blanchâtres entourées par des vaisseaux bruns

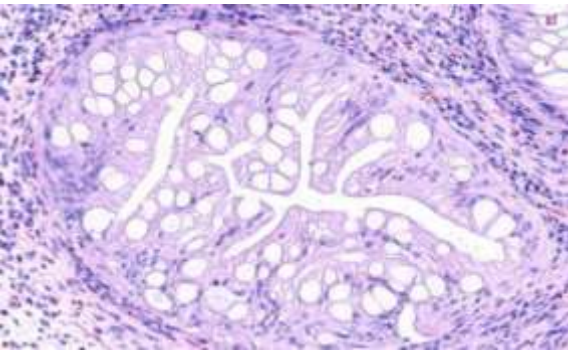


Avant et après NBI



	A	B	C
Intensité colorée par rapport à la muqueuse avoisinante (densité vasculaire)	Identique ou Plus clair	Plus foncé	Mélange Plus clair dans la zone d'intérêt
Vaisseaux	Aucun ou Lacis de vaisseaux fins et réguliers	Gros vaisseaux bruns autour des cryptes	Zones de vaisseaux très tortueux ou absent
Aspect des cryptes	Cryptes punctiformes, rondes ou étoilées - brunes ou noires - entourées de muqueuse blanchâtre	Cryptes allongées, tubulaires ou branchées - blanchâtres - entourées de vaisseaux bruns	Zones avec distorsion des cryptes ou cryptes manquantes
Histologie la plus probable	Hyperplasique	Adénome	Carcinome





Polypes du colon droit

polypes festonnés

- Groupe hétérogène de lésions épithéliales caractérisées par une apparence festonnée ou dentelée des cryptes épithéliales
- 3 types: OMS 2010
 - Polypes hyperplasiques (PH): rectosigmoïde++
 - Polypes/adénomes festonnés sessiles (P/AFS): colon droit+++ , caractérisation difficile (couche adhérente de mucus)
 - Adénomes festonnés traditionnels (AFT): pédiculés, rares
- Aspect endoscopique similaire /PH
- Voie carcinogénèse différente / adénome

Tableau 2 Caractéristiques endoscopiques des polypes festonnés.

	Polype hyperplasique	Adénome festonné traditionnel	Polype/adénome festonné sessile
Localisation préférentielle	Distale	Distale	Proximale
Caractéristiques endoscopiques	Plan ou sessile	Sessile ou pédiculé	Plan ou sessile
Taille moyenne (mm)	< 5	> 5	> 5
<i>Pit pattern</i>	Type I ou II	Type II ou III	Type II ou II-O
Potentiel de dégénérescence	Absent	Présent	Présent

Polypes hyperplasiques du rectosigmoïde

- Les plus fréquents
- Généralement sessiles < 10 mm
- Parfois multiples
- Couleur pale

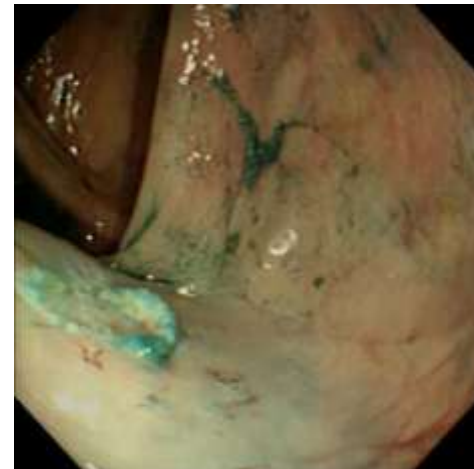
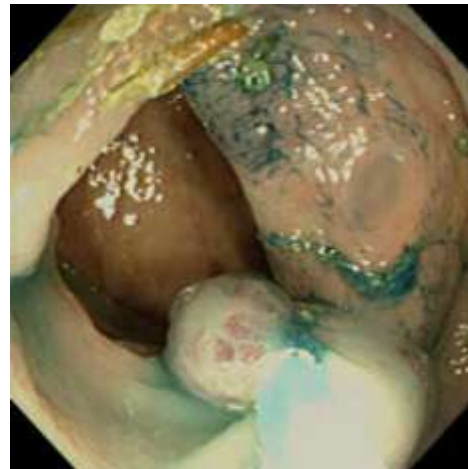
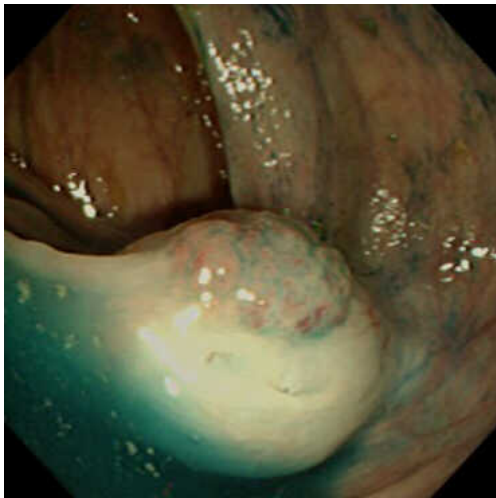
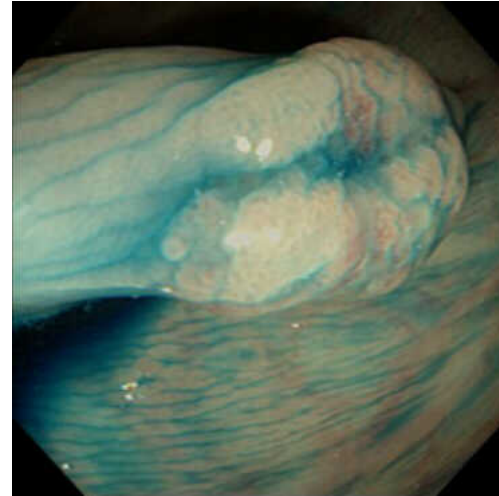


Quelles techniques de polypectomie?

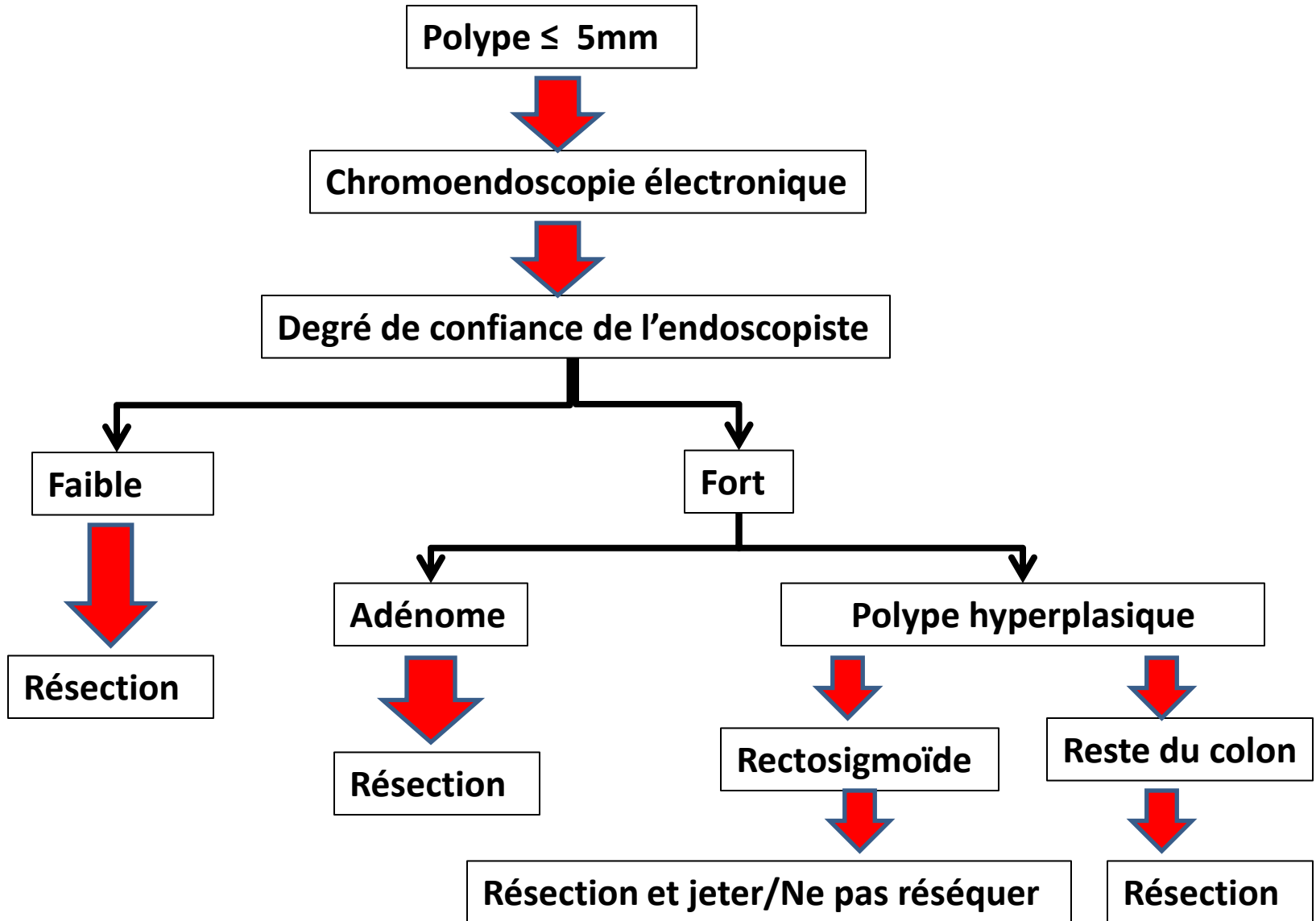
- Position du polype
- A la montée du coloscope
- Pince à biopsies: non, résidu adénomateux après exérèse 40% cas (lésions <3mm)
- Anse froide +++:
 - Laisse peu de résidus
 - Hémorragie: rare, bénigne avec arrêt spontané
 - Risque hémorragie: taille 6-9 mm, antiagrégants plaquettaires
- Pince chaude
- Ne pas biopsier un polype?



Résection à l'anse diathermique



Algorithme



Conclusion

Avant d'envisager la mise en application chez nous, il est nécessaire de:

- Se doter d'un bon équipement en endoscopie
- Réaliser des études multicentriques dans des centres hospitaliers universitaires ou généraux, publics et privés
- Sensibiliser les anatomo-pathologistes