



Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif
et Société Africaine d'Hépatogastro-Entérologie



42^e CONGRÈS NATIONAL DE LA SMMAD

Congrès

20^e JOURNÉE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE D'AFRIQUE FRANCOPHONE



29 - 30 NOVEMBRE
ET 1 DÉCEMBRE 2013
ROYAL TULIP - TANGER

Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif

Tel. : +212 539 424 444 Fax. : +212 539 440 175

E-mail: smmad@smmad.ma www.smmad.ma

Société Africaine d'Hépatogastro-Entérologie (SANGÉ)

E-mail: sange@afgpa.org www.sangé.org

Beyoncé Com

Tel. : +212 5 33 276 754 - Maroc - +212 4 40 400 000 / +212 4 01 210 800

E-mail: beponcom_bey@gmail.com www.beyoncom.ma

- **Résection des polypes :**
 - **Polypectomie, mucosectomie**
 - **et dissection sous-muqueuse**

- **Pr Benajah Dafr-Allah**
 - **Professeur**
- **Hépto-Gastroentérologie, CHU Hassan II, Fès**

Formation Médicale Continue SMMAD / SAHGE
29 Novembre 2018, Tanger

Plan

- Introduction
- Les différentes techniques endoscopiques
 - Polypectomie / mucosectomie / dissection sous-muqueuse endoscopique (ESD)
- Critères de non résecabilité
 - Oncologique
 - Technique
 - Extension en surface
 - Extension en profondeur
 - Localisation

Introduction

- L'exérèse de tous les polypes est recommandée par les sociétés savantes



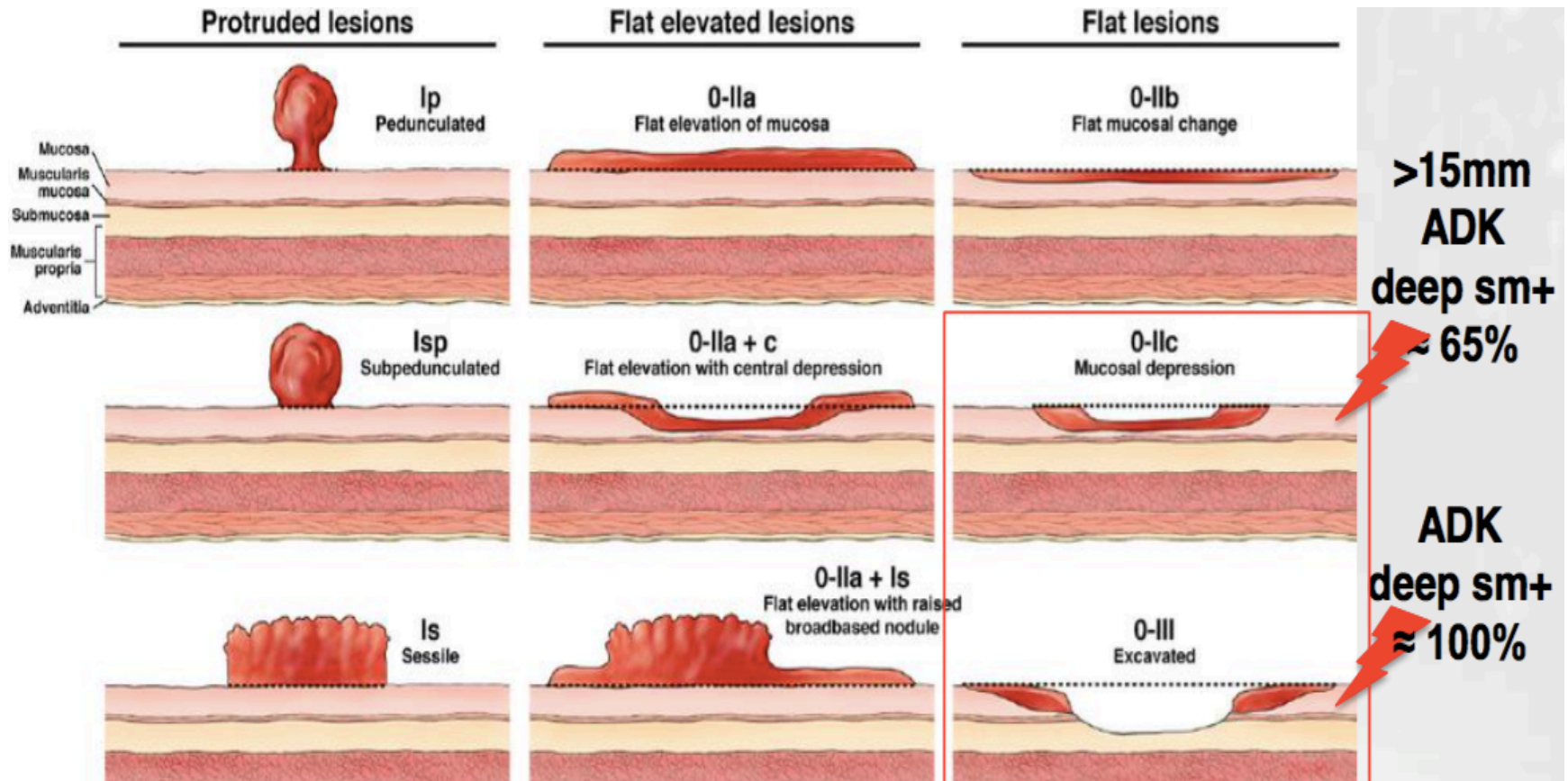
Rembacken B et al. Endoscopy 2012

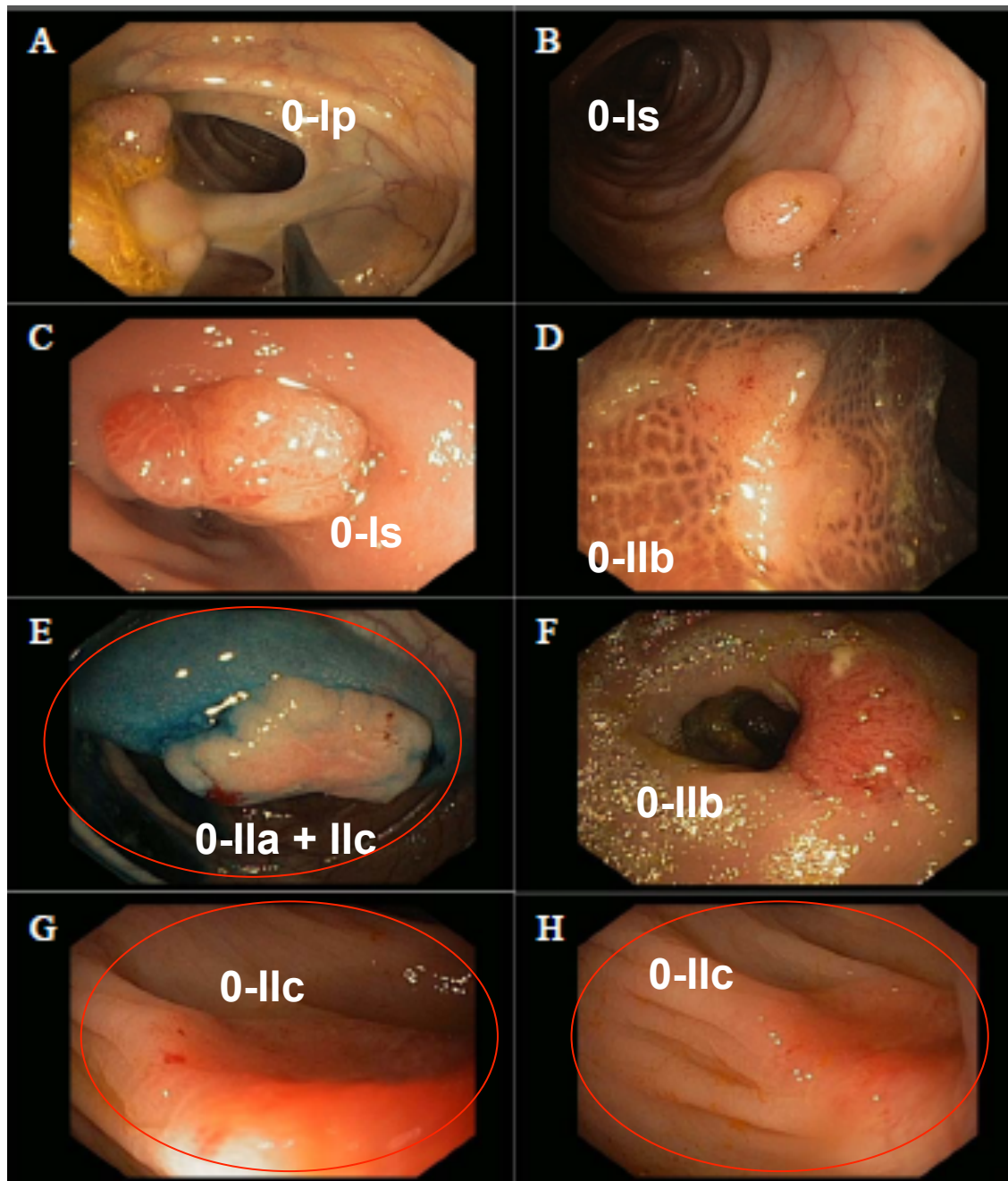
Heresbach & al, Acta endoscopica, 2007

- Enquête SFED 2011 :
 - 1 200 600 coloscopies / an en France
 - TDA 17.7%















Barret et al, PlosOne July 2013

Classification de Paris





Classification de Kudo

I		Round pit (normal pit)	
II		Asteroid pit	
III _s		Tubular or round pit that is smaller than the normal pit (Type I)	
III _l		Tubular or round pit that is larger than the normal pit (Type I)	
IV		Dendritic or gyrus-like pit	
V ₁		Irregular arrangement and sizes of III _l , III _s , IV type pit pattern	
V _N		Loss or decrease of pits with an amorphous structure	

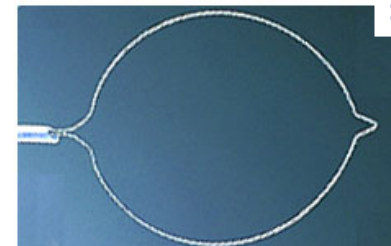
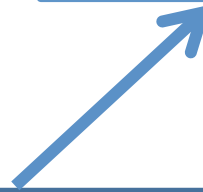


ADK
deep sm+
≈ 85%

Techniques : polypectomie

- Pince à biopsie
- Polypectomie à l'anse
- Polypectomie à l'anse + endoloop
- Polypectomie à l'anse + injection du pied

Hémostase préventive



Technique de mucosectomie

Polypes sessiles de plus de 5 mm

A



Résultats mucosectomie (EMR)

- Perforation : 0,1 à 2%
- Hémorragie post-procédure : 4.5%
- R0 : 70%

- Récidive après EMR mono-bloc :
 - **4%**

- Récidive après EMR piece-meal :
 - **17%**

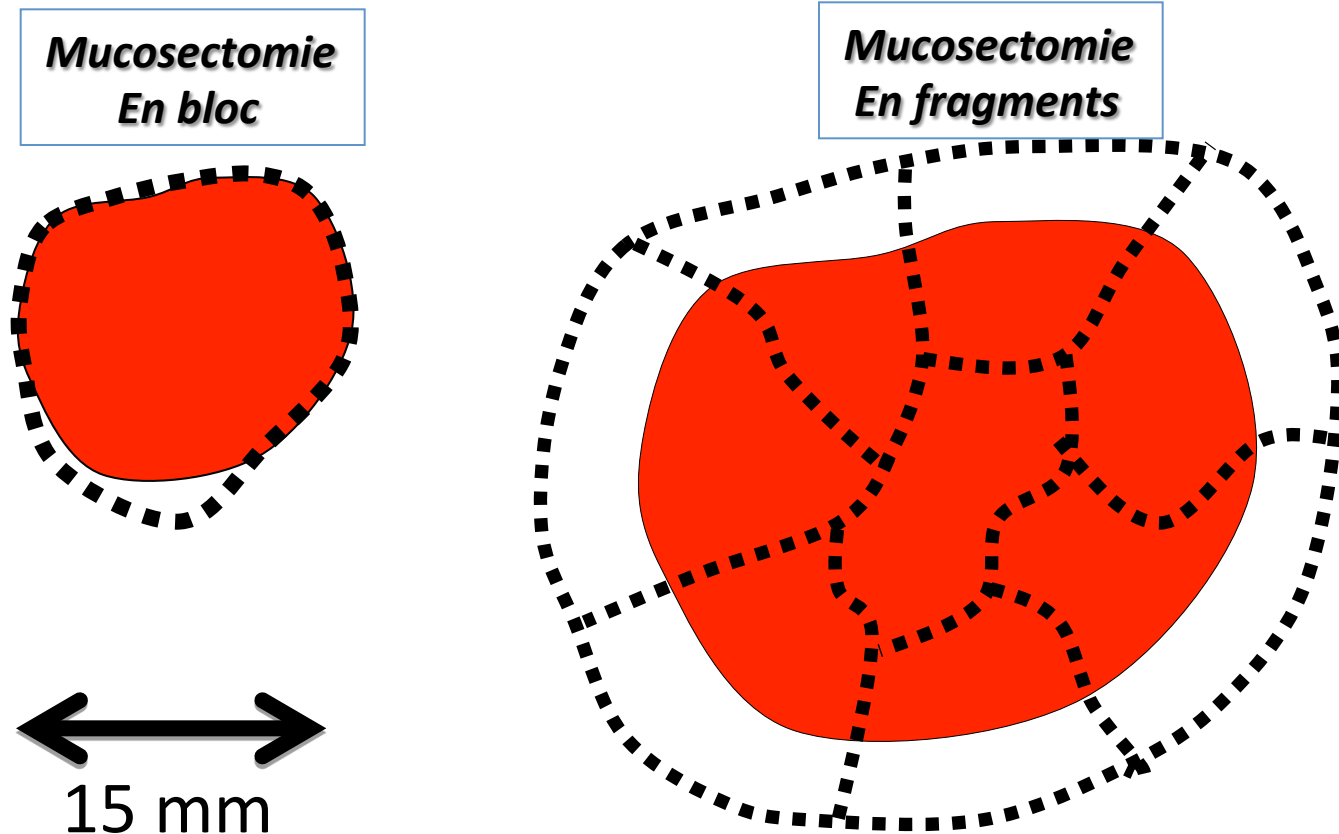
Puli SR et al, Worl J Gastro, September 2009

Tanaka et al, Dig Endoscopy, March 2013

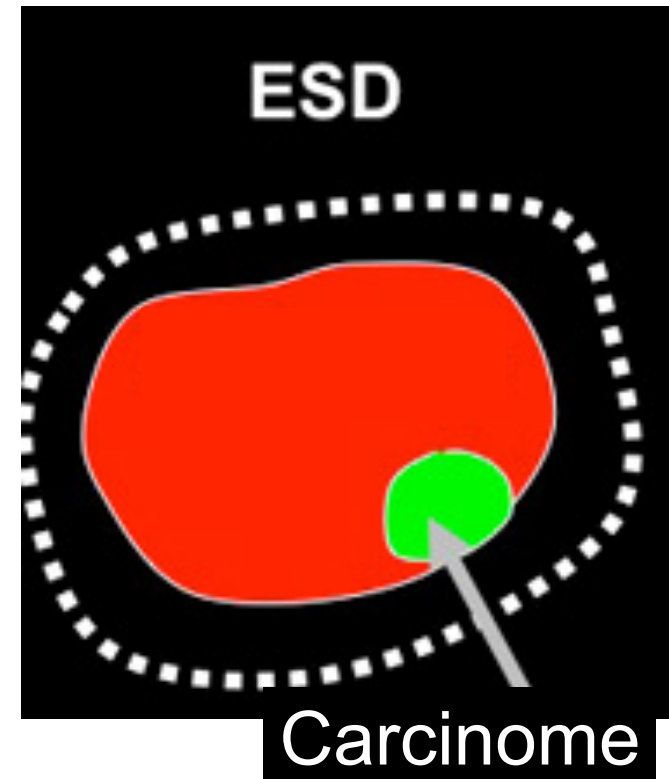
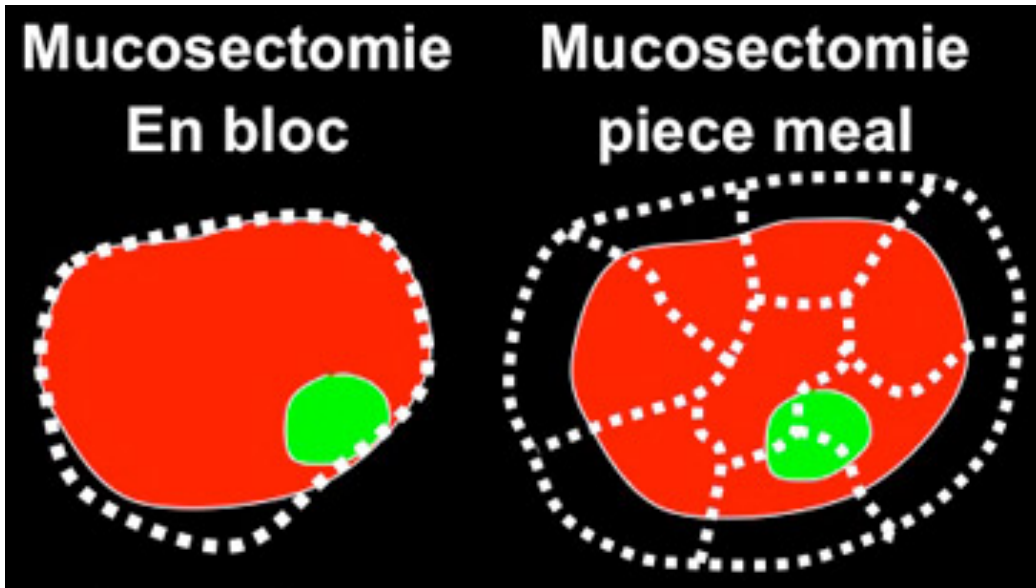
Mucosectomie

En cas de lésion > 15 mm

Mucosectomie = R0 difficile



Mucosectomie

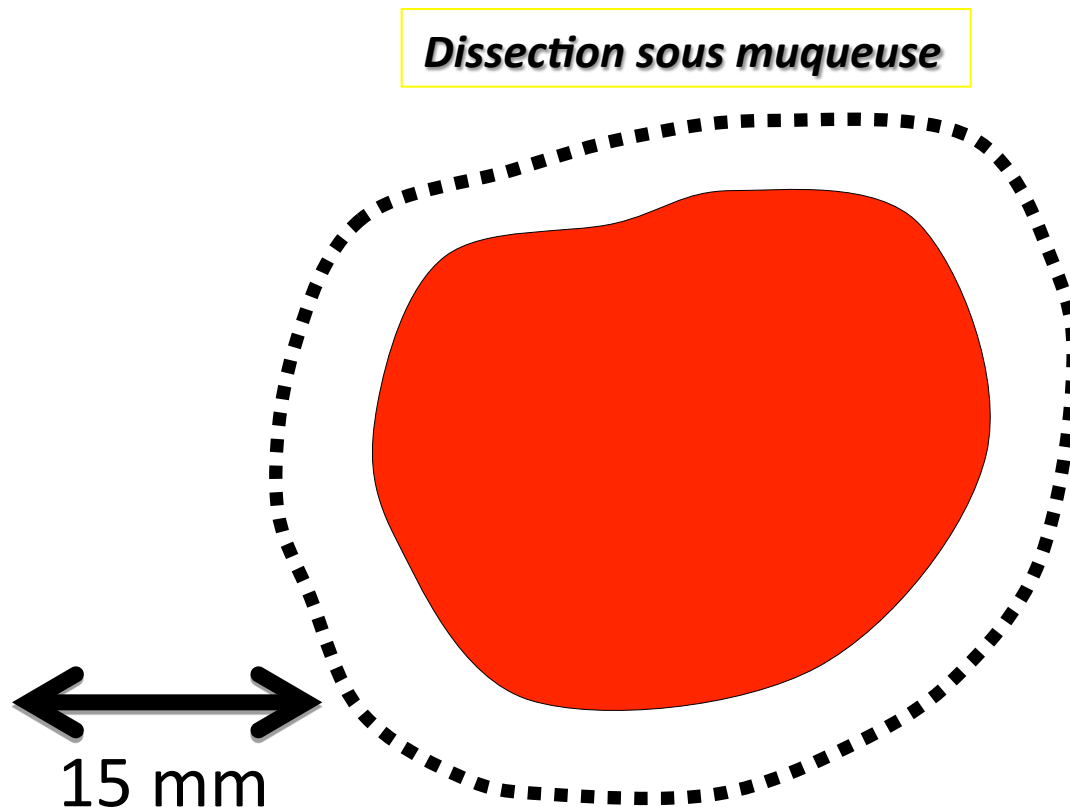


Difficulté d'interprétation anatopath des marges de sécurité si piece-meal

La dissection sous-muqueuse (ESD)

En cas de lésion > 15 mm

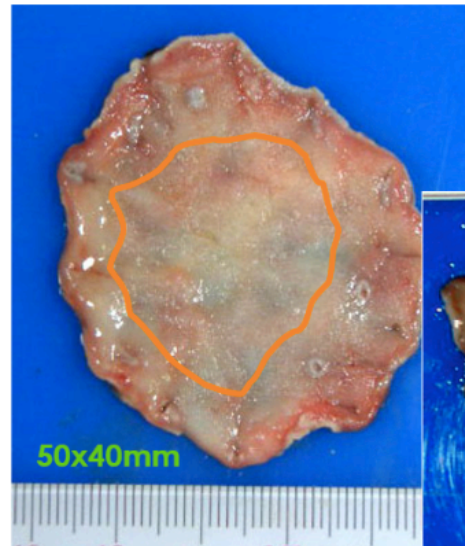
Seule la dissection peut viser le R0



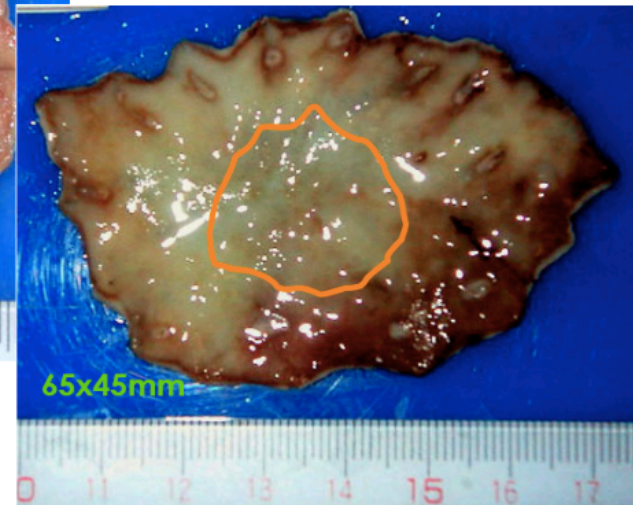
Intérêt de la dissection sous muqueuse



Adénocarcinome bien différencié
Type 0-IIc, 8x7 mm



Adénocarcinome bien différencié
Type 0-IIc, 21x17 mm



Adénocarcinome bien différencié
Type 0-IIc, 30x25 mm

En quelques mots

Intérêts

- Taux de résection monobloc élevée (91%)

Kakushima N, Endoscopy 2006;38:991-5

→ Taux de récurrence locale faible

Complications

- Hémorragie : 3-5,5%

Kakushima N, Endoscopy 2006;38:991-5

Goto O, Dig Dis Sci 2012;57:435-9.

- Perforation: 4-6%

Kakushima N, Endoscopy 2006;38:991-5

Yoshida N, World J Gastroenterol 2010; 16:1688-95

Dissection sous muqueuse

Avantages

- ↑ résection R0
- = Seule technique endo pour lésion >2cm
- Contrôle des marges périphériques
 - Qualité examen histologique
 - Efficacité +++
- >> taux de récurrence à 5 ans = **0%**

Inconvénients

- Apprentissage long
- Technique peu accessible
 - Centres experts
 - Chronophage
 - Coût (absence de cotation)
- Morbidité: perforation/hgje
 - > EMR
 - < chirurgie laparoscopique
 - Variable selon expérience

Mucosectomie ou dissection sous muqueuse?

	ESD	EMR	RR	p
En bloc	89,9%	34,9%	1,9	<0,001
Résection R0	79,6%	36,2%	2,0	<0,001
Perforation	4,9%	0,9%	3,2	<0,001
Hémorragie	1,9%	2,9%	0,7	0,07
Chirurgie (onco/compl)	7,8%	3,0%	2,4	<0,001

Les limites de l'exérèse ?

1. Evaluer la lésion
2. Bien décoller la lésion
3. Bien capturer la lésion
4. Localisations difficiles



Limites oncologiques



Limites techniques

1. J'évalue ma lésion

- Extension surface
- Extension en profondeur

L'extension en surface ?

- évaluation précise extension en surface conditionne :
 - Résection monobloc si <3 cm
 - Atteinte sous-muqueuse
 - Risque de récurrence : augmenté si résection par fragments

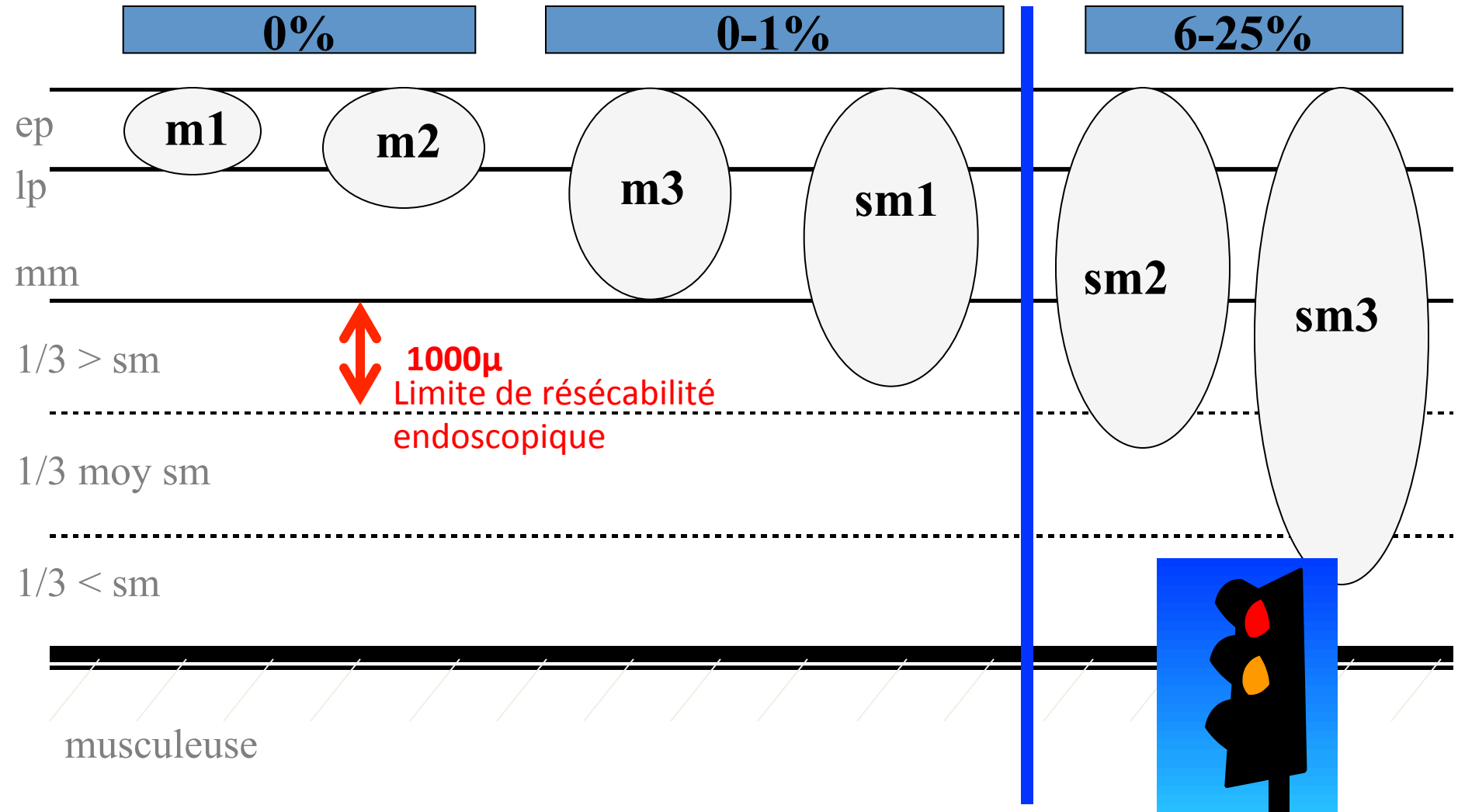
Coloration virtuelle
Colorant de contraste

L'extension en profondeur ?

- Aspect endoscopique
 - Pit pattern : chromoendoscopie
 - Échoendoscopie
 - IRM
- } Lésions rectales

Risque majoré
de complication, de récurrence locale, d'atteinte ganglionnaire

Risque d'envahissement lymphatique et colon : schéma classification japonaise



Extension sous-muqueuse selon le type 0-I,0-II,0-III et la surface

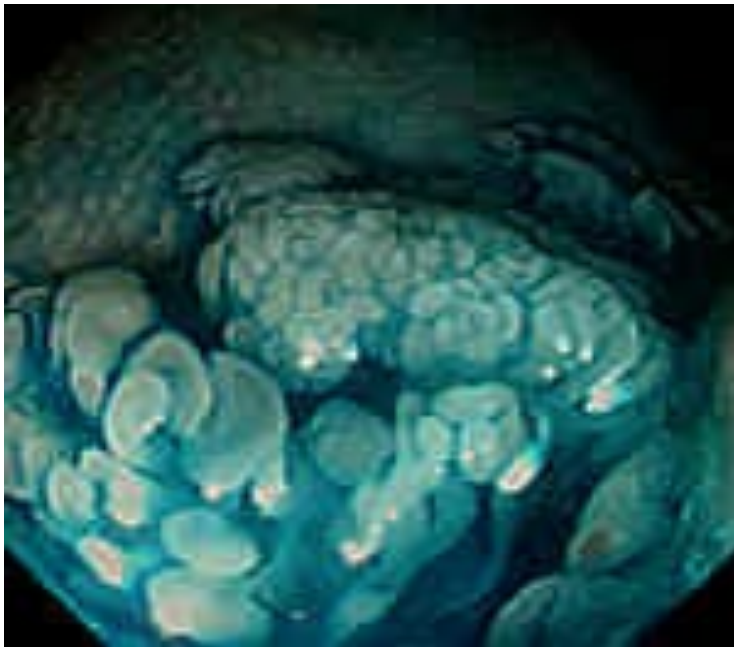
Depth of Invasion, *continued*







Table 12. Colon—depth of invasion*

	5 mm or less	6-10 mm	11-15 mm	16-20 mm	21 mm or more
<i>0-I</i>					
<i>Ip + Is</i>	0/5400 (0%)	49/4045 (1.2%)	80/1002 (8%)	58/330 (17%)	56/187 (30%)
<i>0-IIa,b</i>					
<i>Ila + Iib</i>	2/6214 (<0.1%)	2/1015 (0.2%)	9/493 (1.8%)	17/165 (10%)	53/235 (23%)
<i>0-IIc</i>					
All <i>Iic</i>	17/236 (7%)	58/132 (44%)	42/63 (67%)	18/20 (90%)	13/15 (87%)
<i>0-III</i>					
<i>III</i>	0	0	0	0	0
Total	19/11,850 (<0.2%)	109/5,192 (2%)	131/1,558 (8%)	93/1,523 (18%)	122/437 (28%)

*Proportion (numbers and percentages) of invasion into the submucosa, with reference to the major macroscopic categories within *type 0* and to the diameter of the lesion (in 5 groups). Endoscopy series with pathology confirmation (19, 560 lesions in the period April 1985-April 2003) in Red Cross Hospital in Akita and Showa Northern Hospital in Yokohama. (From S. Kudo, unpublished data from Paris workshop.)

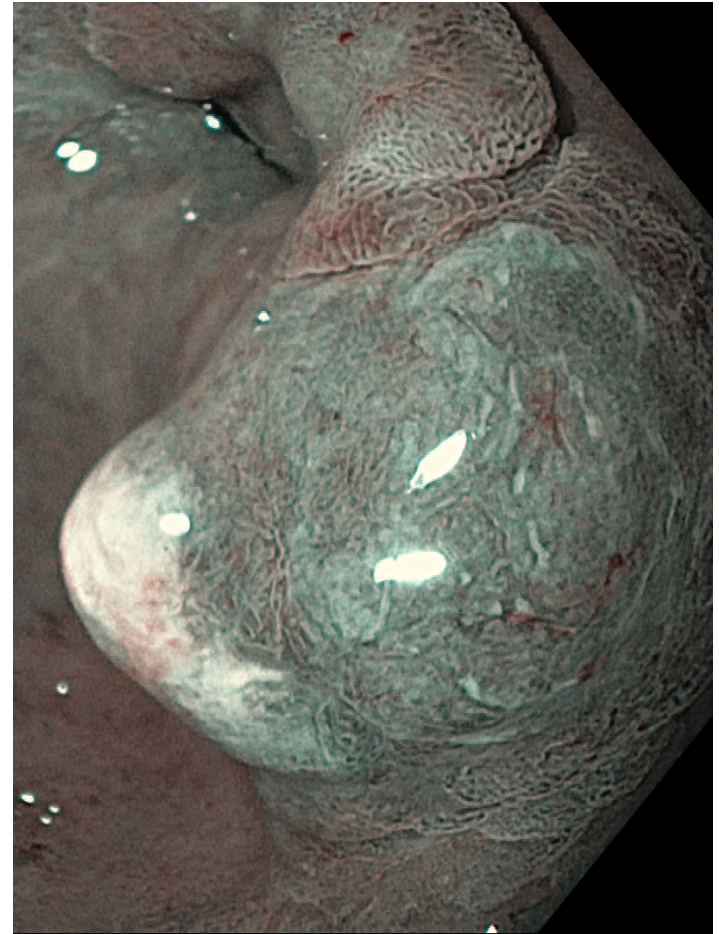
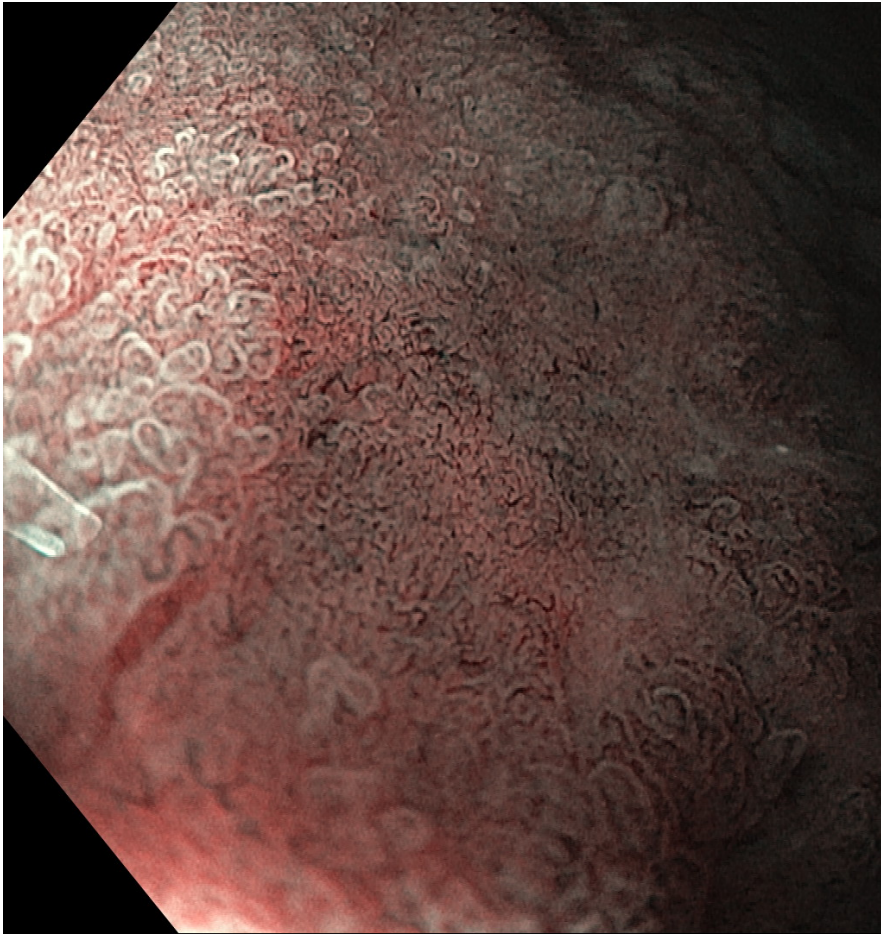
Evaluation chromoendoscopique de l'extension en profondeur



Type	Schema	Characteristics	Histology
I		Round pits	Normal
II		Stellar or papillary, bigger than normal	Hyperplastic, serrated adenoma
III s		Tubular or roundish, smaller than normal	Adenoma, cancer
III L		Mostly tubular, larger than normal	Adenoma
IV		Sulcus-, branch-, or gyrus-like	Villous adenoma
V		Irregular or non-structural	Cancer

Invasion sous muqueuse associée essentiellement au pit pattern V

ADK superficiel → *ADK invasif*



Surface lisse avec
vascularisation irrégulière

Les limites de l'exérèse ?

1. Evaluer la lésion
2. Bien décoller la lésion
3. Bien capturer la lésion
4. Localisations difficiles



Limites oncologiques



Limites techniques

Valeur du non soulèvement ? (non lifting sign)

271 polypes coliques chez 239 patients

Diagnostic endoscopique *versus* non lifting sign

	sens	spec	VPP	VPN	accuracy
Endoscopie	84 %	99%	88%	98%	97%
Non lifting sign	61%*	98%	80%	96%	95%



L'absence de soulèvement ne traduit pas toujours un envahissement en profondeur

Les limites de l'exérèse ?

1. Evaluer la lésion
2. Bien décoller la lésion
3. Bien capturer la lésion
4. Localisations difficiles



Limites oncologiques



Limites techniques

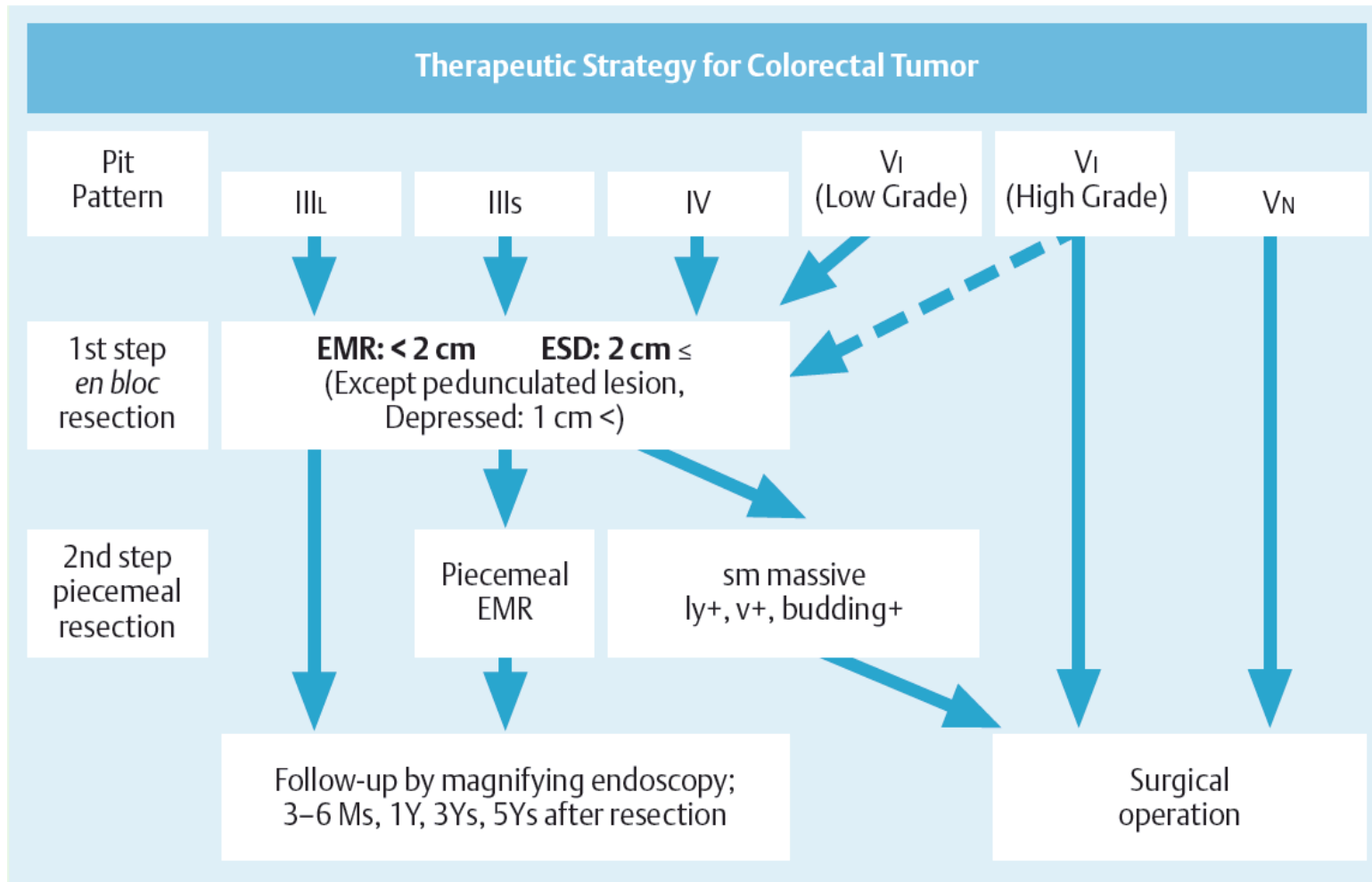
Capture de la lésion

- Anses particulières : anse à pointe ++, anse à griffe, anse rigide, anse asymétrique
- Aspiration douce pendant la capture
- Savoir placer **la lésion dans l'axe du canal opérateur**
- Savoir utiliser **la rétrovision +++** (série de 15 patients sans complication *Pishvaian AC et al Am J Gastro 2006;101:1479-83*)
- Endoscope à double canal opérateur ?

*Lambert Endoscopy 2003; Yamamoto GI endosc 2002; ASGE GIE 2008;
Fyock CJ World J Gastroenterol 2010; Gallegos-Orozco J World J Gastroenterol 2010*

Il faut :

- Du temps (anesthésique!!)
- De la patience
- Des outils adaptés :
 - Insufflation CO2
 - Pompe de lavage
 - Outils d'hémostase (clips, pince hémostatique)



Tamegai Y, Saito Y, Masaki N, Hinohara C, Oshima T, Kogure E, et al. **Endoscopic submucosal dissection: a safe technique for colorectal tumors.** *Endoscopy*. 2007 May;39(5):418-22.

conclusion

N'oubliez pas :

Exigez un compte-rendu détaillé avec Paris, Pit-Pattern

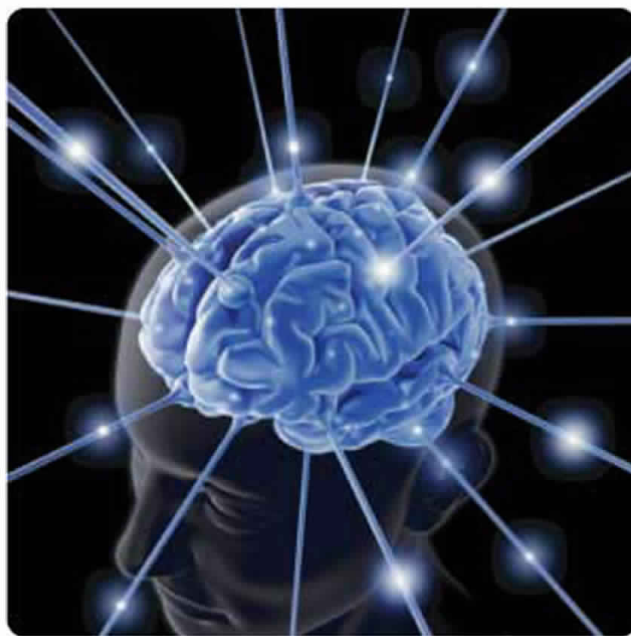
discussion chirurgien ↔ endoscopiste

vraie limite = oncologique = évaluation pré-thérapeutique

Conseil auprès d'un référent (limites techniques sont opérateurs dépendants)

Rectum = objectif monobloc

Les Moyens Faciles Et Rapides
de Sauver, Stimuler et Renforcer
Votre **Mémoire!**



A afficher dans la salle d'endoscopie et à la salle des compte-rendu

