

# Polypectomie et mucosectomie colorectales

## Colorectal Polypectomy and Mucosectomy

Traduction : D. Heresbach

Relecteurs : X. Dray · E. Bories

© Lavoisier SAS 2017

La SFED a décidé après accord de l'ESGE de vous faire partager les recommandations de l'ESGE en publiant les traductions de leurs résumés, le texte intégral étant disponible sur <http://www.esge.com/esge-guidelines.html>  
Ces recommandations sont relayées et adoptées par la SFED.

### L'ESGE :

- recommande que la description macroscopique des polypes selon la classification de Paris et selon leur taille en millimètres (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- recommande que pour les lésions planes et sessiles (types II et Is de Paris) de plus de 10 mm, appelées « tumeurs à extension latérale » (*laterally spreading tumors*, LST), l'aspect morphologique de leur surface, granulaire ou non granulaire, soit également décrit (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- recommande la résection de tous les polypes, excepté les polypes de moins de 5 mm du rectum ou du rectosigmoïde, caractérisés comme hyperplasiques avec un haut degré de confiance (*recommandation forte, niveau de preuve élevé*) ;
- recommande de récupérer tous les polypes réséqués, pour analyse histopathologique. Dans certains centres experts, où le diagnostic optique peut être posé avec un haut degré de confiance, la stratégie de résection sans analyse peut être envisagée pour les polypes diminutifs (5 mm ou moins) [*recommandation forte, niveau de preuve modéré*].

### Résection des polypes diminutifs (5 mm ou moins)

#### L'ESGE :

- recommande la polypectomie à l'anse froide comme technique de référence pour les polypes diminutifs (5 mm ou moins). Cette technique a des taux élevés de résection complète, elle permet un prélèvement adapté à l'analyse histologique et à de faibles taux de complication (*recommandation forte, niveau de preuve élevé*) ;
- recommande de ne pas réaliser les polypectomies à la pince à biopsie froide, compte tenu d'un taux élevé de résections incomplètes. Dans les situations où la résection à l'anse froide d'un polype de 1 à 3 mm est techniquement difficile ou impossible, une pince froide peut être utilisée (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- recommande de ne pas utiliser des pinces chaudes en raison de taux élevés de résections incomplètes, du caractère inadéquat du prélèvement en vue de son analyse histopathologique, et de taux inacceptables d'événements indésirables, en comparaison à la résection à l'anse (plaie thermique profonde et hémorragies retardées) [*recommandation forte, niveau de preuve modéré*]

### Résection de petits polypes (6–9 mm)

#### L'ESGE :

- recommande la résection à l'anse des polypes sessiles de 6 à 9 mm. L'ESGE recommande de ne pas utiliser des pinces pour ces polypes compte tenu de taux élevés de résection incomplète (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;

- suggère l'intérêt de la résection à l'anse froide pour des polypes de 6 à 9 mm en raison d'un meilleur profil de tolérance, malgré l'absence de preuve formelle dans la comparaison aux anses diathermiques (*recommandation faible, niveau de preuve modéré*).

### Résection de polypes sessiles (10 à 19 mm)

L'ESGE suggère la polypectomie à l'anse diathermique (avec ou sans injection sous-muqueuse) pour la résection des polypes sessiles de 10 à 19 mm. Dans la plupart des cas, le risque de plaie thermique profonde est réel et doit faire envisager une injection sous-muqueuse préalable à la polypectomie (*recommandation forte, niveau de preuve bas*).

Dans certaines situations, il pourrait y avoir une place pour la mucosectomie fragmentée à l'anse froide pour diminuer le risque de plaie thermique profonde, mais des études sont nécessaires (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).

### Résection de polypes pédiculés

L'ESGE recommande le recours à l'anse diathermique pour réséquer les polypes pédiculés. Pour ceux dont la tête mesure plus de 20 mm ou le pied plus de 10 mm de diamètre, l'ESGE recommande un prétraitement du pied par l'injection préalable d'adrénaline diluée et/ou une technique d'hémostase mécanique (*recommandation modérée, niveau de preuve élevé*).

### Quels polypes doivent être réséqués par un expert dans un centre de référence ou un centre tertiaire ?

Les polypes sessiles de 20 mm ou plus, les tumeurs à extension latérale et les polypes difficiles doivent être retirés par des endoscopistes correctement formés et expérimentés, dans un centre de ressources en endoscopie (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).

### Polypes nécessitant d'autres techniques (dissection sous-muqueuse ou chirurgie)

La plupart des polypes colorectaux peuvent être correctement réséqués, de façon curative, par des techniques habituelles de polypectomie et/ou par mucosectomie (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).

Les techniques de résection en bloc, comme la mucosectomie en bloc, la dissection sous-muqueuse ou la chirurgie sont des techniques de choix en cas de suspicion de carcinome avec invasion sous-muqueuse superficielle (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).

La dissection sous-muqueuse peut être envisagée pour les lésions rectales ou coliques avec un haut degré de suspicion de carcinome avec invasion sous-muqueuse superficielle, dont l'exérèse est impossible en monobloc par mucosectomie ou polypectomie classique (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).

### L'ESGE :

- recommande le recours à l'imagerie endoscopique avancée (zoom, chromoendoscopie virtuelle) pour reconnaître les carcinomes avec invasion sous-muqueuse superficielle (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- considère que lorsque les techniques d'imagerie endoscopique avancées ne sont pas disponibles, la chromoendoscopie réelle peut être utilisée (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- recommande que les polypes présentant des caractéristiques d'invasion sous-muqueuse profonde à l'examen par des techniques avancées d'imagerie endoscopique ne soient pas traités endoscopiquement, mais soient adressés en chirurgie (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- recommande que les polypes qui n'ont pas de caractéristiques d'envahissement sous-muqueux profond ne soient pas adressés en chirurgie sans évaluation, en centre expert en endoscopie, de l'intérêt d'une polypectomie/mucosectomie (*recommandation forte, niveau de preuve bas*).

### Tatouage du côlon : quelles lésions doivent être tatouées ? Quels sont la meilleure technique et le meilleur site de tatouage ?

#### L'ESGE :

- recommande que les lésions qui peuvent nécessiter d'être localisées lors d'une future endoscopie ou chirurgie soient tatouées (*recommandation forte, niveau de preuve bas*) ;
- recommande les particules de carbone stériles comme agent de choix pour le tatouage endoscopique (*recommandation forte, niveau de preuve bas*) ;
- recommande la réalisation d'une bulle par injection sous-muqueuse de solution saline dans la paroi colique, avant injection d'agent de tatouage (*recommandation forte, niveau de preuve bas*) ;
- recommande que les tatouages soient situés 3 cm en aval de la lésion, en deux ou trois points séparés et opposés dans la lumière colique, afin d'augmenter la probabilité du repérage. Les membres des équipes d'endoscopie et de chirurgie doivent se mettre d'accord, dans leur institution, sur des localisations standardisées de tatouage. Les détails du tatouage doivent clairement être documentés dans le texte et sur les photographies du compte rendu

d'endoscopie, en utilisant une terminologie sans ambiguïté (*recommandation forte, niveau de preuve bas*).

### Mucosectomie pour tumeur à extension latérale de 20 mm et plus

#### L'ESGE :

- recommande une analyse précise de la lésion avant mucosectomie afin de reconnaître les caractéristiques associées à des suites défavorables. Les caractéristiques associées à une résection incomplète ou à un taux élevé de récurrence sont : une taille supérieure à 40 mm, une localisation sur la valve iléocœcale, une tentative préalable infructueuse de résection endoscopique et un classement SMSA (*size, morphology, site, access*) de niveau 4 (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- recommande que les objectifs de la mucosectomie soient d'aboutir à une résection complète à l'anse, avec un nombre minimal de fragments, un niveau de sécurité maximal, des marges saines, sans recours à une méthode de destruction (*recommandation forte, niveau de preuve bas*) ;
- recommande d'utiliser pour les injections sous-muqueuses des produits plus visqueux que le sérum physiologique et ayant un bon profil de sécurité, comme les gélatines succinylées, l'hydroxyéthylamidon ou le glycérol, car leur utilisation est associée à de meilleurs résultats techniques plus simples et à des temps d'intervention diminués (*recommandation faible, niveau de preuve élevé*) ;
- recommande qu'un colorant biologiquement inerte comme l'indigo carmin soit incorporé dans la solution d'injection sous-muqueuse pour faciliter l'identification de l'extension du coussin d'injection, des marges de la lésion et des plaies thermiques profondes (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- suggère que les mucosectomies en bloc soient limitées aux lésions coliques de 20 mm ou moins et aux lésions rectales de 25 mm ou moins (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- recommande une résection complète à l'anse durant la mucosectomie, car les techniques adjuvantes de destruction comme le plasma argon ne sont pas aussi efficaces et sont associées à un taux plus élevé de récurrence adénomateuse (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- suggère que lorsque la résection complète à l'anse ne peut pas être obtenue les techniques adjuvantes de destruction des résidus adénomateux nécessitent des études complémentaires (*recommandation faible, niveau de preuve bas*) ;
- suggère que lorsque la résection complète à l'anse a pu être obtenue, le rôle de la destruction adjuvante thermique des berges de la résection dans la prévention des récurrences adénomateuses nécessite des études complémentaires (*recommandation faible, niveau de preuve bas*) ;

- recommande que lorsqu'une lésion est éligible à la mucosectomie, mais ne se soulève pas après injection muqueuse, le patient doit être adressé à un endoscopiste expert dans un centre tertiaire (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- recommande que tous les prélèvements issus d'une mucosectomie soient récupérés pour analyse histologique (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).

### Considérations sur l'équipement pour polypectomie et mucosectomie

#### L'ESGE :

- recommande l'utilisation de source électrochirurgicale contrôlée par microprocesseur (*recommandation faible, niveau de preuve bas*) ;
- recommande de ne pas utiliser de courant de coagulation de faible puissance au cours de la mucosectomie en raison du risque élevé d'hémorragie postprocédure (*recommandation forte, niveau de preuve bas*) ;
- recommande de ne pas utiliser de courant de section pur pour les polypes pédiculés en raison d'un risque élevé d'hémorragie perprocédure (*recommandation forte, niveau de preuve bas*) ;
- suggère d'utiliser l'insufflation au CO<sub>2</sub> pendant les coloscopies et les polypectomies (*recommandation forte, niveau de preuve bas*) ;
- recommande l'insufflation au CO<sub>2</sub> pour les mucosectomies (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- suggère l'utilisation d'une pompe d'irrigation pour un lavage efficace de la muqueuse colique et des sites de polypectomies, et pour la gestion des hémorragies (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).

### Événements indésirables associés aux polypectomies : définitions et prise en charge

Pour les saignements perprocédure, l'ESGE recommande la coagulation endoscopique (coagulation à la pointe de l'anse ou pince coagulante) ou une technique mécanique, avec ou sans injection d'adrénaline diluée (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).

#### L'ESGE :

- ne recommande pas la fermeture systématique par clips des sites de polypectomie ni d'autres méthodes de prévention de l'hémorragie retardée après résection de polypes sessiles (*recommandation faible, niveau de preuve modéré*) ;
- suggère qu'il peut y avoir un rôle pour la prévention mécanique (c'est-à-dire la fermeture par clips des sites

de résection) pour certaines situations à haut risque après polypectomie ou mucoséctomie. Cette décision doit être fondée sur un niveau de risque individuel (*recommandation faible, niveau de preuve bas*).

Les patients hospitalisés pour hémorragie retardée stable sur le plan hémodynamique, sans hémorragie active à l'admission, peuvent être traités de façon médicale conservative initialement. Si une exploration est requise, l'ESGE recommande la coloscopie comme examen de première ligne (*recommandation faible, niveau de preuve modéré*).

Lors d'une coloscopie pour saignement postpolypectomie, si le site de résection est le siège d'un saignement actif ou de signes de haut risque de récurrence, l'ESGE recommande un traitement par la pince coagulante ou une technique mécanique, avec ou sans combinaison avec une injection d'adrénaline diluée (*recommandation faible, niveau de preuve modéré*).

L'ESGE recommande aussi une inspection minutieuse du défaut muqueux post-résection pour identifier des signes ou des facteurs de risque de perforation. Lorsque ces facteurs de risque sont identifiés, une fermeture par clip doit être réalisée (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).

L'ESGE recommande un audit d'événements indésirables (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).

### Comment la pièce de polypectomie doit-elle être traitée et décrite ?

#### L'ESGE :

- recommande que les spécimens de polypectomies soient placés dans des pots séparés, un pour chaque lésion. Les facteurs locaux peuvent jouer un rôle dans la question de savoir si cela est possible. La fixation doit être effectuée dans du formol 10 %. Le pathologiste doit mesurer la taille de chaque spécimen en millimètre (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- suggère que les larges lésions ( $\geq 20$  mm) sessiles réséquées en bloc, ou les lésions suspectes d'invasion sous-muqueuse réséquées en fragments devraient être épinglées sur une pièce de liège pour optimiser l'évaluation histologique (*recommandation faible, niveau de preuve faible*) ;
- recommande que les spécimens soient entièrement inclus et coupés en fines lamelles, permettant l'identification

des marges profondes et latérales (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;

- recommande le *grading* des adénomes et néoplasies selon la classification WHO (*recommandation forte, niveau de preuve élevé*) ;
- recommande que les polypes/adénomes festonnés sessiles doivent être décrits comme présentant une dysplasie cytologique lorsqu'elle est présente (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*) ;
- recommande que, si une invasion sous-muqueuse est présente, la profondeur de l'invasion soit mesurée et décrite, ainsi que les autres facteurs de risque comme la faible différenciation, l'envahissement lymphovasculaire et le *budding*. La distance des marges de résections latérales et verticales doit être mesurée et reportée (*recommandation forte, niveau de preuve modéré*).

Une relecture par un second pathologiste peut être nécessaire en présence de facteurs de haut risque.

**Liens d'intérêts :** ESGE guidelines represent a consensus of best practice based on the available evidence at the time of preparation. They may not apply in all situations and should be interpreted in the light of specific clinical situations and resource availability. Further controlled clinical studies may be needed to clarify aspects of this statement, and revision may be necessary as new data appear. Clinical consideration may justify a course of action at variance to these recommendations. This guideline is intended to be an educational device to provide information that may assist endoscopists in providing care to patients. This guideline is not a rule and should not be construed as establishing a legal standard of care or as encouraging, advocating, requiring, or discouraging any particular treatment. This document was translated by the Société française d'Endoscopie Digestive and the translation accuracy is under the responsibility of SFED.

### Bibliographie

Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2017;49:270-97