

Polypectomie et mucosectomie colo-rectales :
Recommandations cliniques de l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) 2017

Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR):
European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline 2017

Traduction : Denis Heresbach, Erwan Bories, Aymeric Becq

Relecture : Xavier Dray

DÉFINITION, CLASSIFICATION, RÉSECTION ET RÉCUPÉRATION DES POLYPES

1. ESGE recommends that gross morphology of polyps should be described using the Paris classification system and sized in millimeters. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande que la description macroscopique des polypes soit faite en utilisant la classification de Paris et leur taille en millimètres (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

2. ESGE recommends that for flat and sessile (Paris II and Is) polyps ≥ 10 mm, termed laterally spreading lesions (LSLs) or laterally spreading tumors (LSTs), surface morphology should be also described as granular or nongranular. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande pour les polypes plans ou sessiles (Paris II et Is) ≥ 10 mm, appelés lésions ou tumeurs à extension latérale, une description de la morphologie de surface comme granulaire ou non-granulaire (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

3. ESGE recommends that all polyps be resected except for diminutive (≤ 5 mm) rectal and rectosigmoid polyps that are predicted with high confidence to be hyperplastic. (High quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande que tous les polypes soient rééqués à l'exception des polypes diminutifs (≤ 5 mm) du rectum, et les polypes du recto-sigmoïde caractérisés comme hyperplasiques avec un haut degré de confiance (niveau de preuve élevé ; recommandation forte).

4. ESGE recommends retrieval of all resected polyps for histopathological examination. In expert centers, where optical diagnosis may be made with a high degree of confidence, a “resect and discard” strategy may be considered for diminutive polyps. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L’ESGE recommande de récupérer tous les polypes résectés pour analyse histologique. Dans les centres experts où le diagnostic optique peut être effectué avec un haut degré de confiance, une stratégie de résection sans analyse peut être envisagée pour les polypes diminutifs (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

RÉSECTION DES POLYPES < 20 MM

5. ESGE recommends cold snare polypectomy (CSP) as the preferred technique for removal of diminutive polyps (size \leq 5mm). This technique has high rates of complete resection, adequate tissue sampling for histology, and low complication rates. (High quality evidence; strong recommendation.)

L’ESGE recommande une polypectomie à l’anse froide comme technique à privilégier pour la résection de polypes diminutifs (\leq 5 mm). Cette technique permet un taux de résection complète élevé, un prélèvement tissulaire adéquat pour l’analyse histologique et un taux de complication faible (niveau de preuve élevé ; recommandation forte).

6. ESGE recommends against the use of cold biopsy forceps (CBF) excision because of high rates of incomplete resection. In the case of a polyp sized 1-3mm where cold snare polypectomy is technically difficult or not possible, cold biopsy forceps may be used. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L’ESGE recommande de ne pas réaliser de résection à la pince à biopsie froide compte tenu d’un taux élevé de résection incomplète. Lorsque la polypectomie à l’anse froide est techniquement difficile ou impossible pour un polype de 1 à 3 mm, la pince à biopsie froide peut être utilisée (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

7. ESGE recommends against the use of hot biopsy forceps (HBF) because of high rates of incomplete resection, inadequate tissue sampling for histopathological examination, and unacceptably high risks of adverse events in comparison with snare excision (deep thermal injury and delayed bleeding). (High quality evidence; strong recommendation.)

L’ESGE recommande de ne pas utiliser de pince à biopsie chaude compte tenu d’un taux élevé de résection incomplète, de prélèvements tissulaires inadéquats pour analyse histologique, et d’un taux

de complication inacceptable comparativement à la résection à l'anse (lésion thermique profonde et hémorragie à distance) (niveau de preuve élevé ; recommandation forte).

8. ESGE recommends snare polypectomy for sessile polyps 6-9mm in size. ESGE recommends against the use of biopsy forceps for resection of such polyps because of high rates of incomplete resection. (High quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande une polypectomie à l'anse pour les polypes sessiles de 6 à 9 mm. L'ESGE recommande de ne pas utiliser de pinces à biopsie pour la résection de ces polypes compte tenu d'un taux élevé de résection incomplète (niveau de preuve élevé ; recommandation forte).

9. ESGE suggests CSP for sessile polyps 6-9mm in size because of its superior safety profile, although evidence comparing efficacy with HSP is lacking. (Moderate quality evidence; weak recommendation.)

L'ESGE suggère la polypectomie à l'anse froide pour les polypes sessiles de 6 à 9 mm en raison d'un meilleur profil de sécurité, bien que les données comparant son efficacité à celle de la polypectomie à l'anse chaude soient peu nombreuses (niveau de preuve modéré ; recommandation faible).

10. ESGE suggests hot snare polypectomy (HSP) (with or without submucosal injection) for removal of sessile polyps 10-19mm in size. In most cases deep thermal injury is a potential risk and thus submucosal injection prior to HSP should be considered. (Low quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE suggère une résection par polypectomie à l'anse diathermique (avec ou sans injection sous-muqueuse) des polypes sessiles de 10 à 19 mm. Dans la majorité des cas, il existe un risque de lésion thermique profonde ; ainsi, l'injection sous-muqueuse préalable devrait être envisagée (niveau de preuve bas ; recommandation forte).

11. In certain situations, there may be a role for piecemeal cold snare polypectomy to reduce the risk of deep mural injury, but further studies are needed. (Low quality evidence; weak recommendation.)

Dans certains cas, la polypectomie fragmentée à l'anse froide pourrait réduire le risque de lésion thermique profonde, mais des études de confirmation sont nécessaires (niveau de preuve bas ; recommandation faible).

12. ESGE recommends HSP for pedunculated polyps. To prevent bleeding, in pedunculated colorectal polyps with head \geq 20mm or a stalk \geq 10mm in diameter, ESGE recommends pretreatment of the stalk with injection of dilute adrenaline and/or mechanical hemostasis. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande une polypectomie à l'anse diathermique pour les polypes pédiculés. Afin de prévenir une hémorragie, dans les cas de polypes pédiculés avec une tête ≥ 20 mm ou un pied ≥ 10 mm de diamètre, l'ESGE recommande une injection d'adrénaline diluée et/ou une hémostase mécanique préalable au niveau du pied du polype (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

13. Large (≥ 20 mm) sessile and laterally spreading or complex polyps, should be removed by an appropriately trained and experienced endoscopist, in an appropriately resourced endoscopy center. (Moderate quality evidence, strong recommendation.)

Les polypes sessiles ≥ 20 mm, les tumeurs à extension latérale et les polypes complexes doivent être réséqués par des endoscopistes correctement formés et expérimentés, dans un centre d'endoscopie disposant de ressources adaptées (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

14. The majority of colonic and rectal lesions can be effectively removed in a curative way by standard polypectomy and/or by EMR. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

La majorité des polypes colo-rectaux peuvent être correctement réséqués, de façon curative, par les techniques habituelles de polypectomie et/ou mucosectomie (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

15. En bloc resection techniques such as en bloc EMR, ESD, or surgery should be the techniques of choice in cases of suspected superficial invasive carcinoma. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

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

16. ESD can be considered for removal of colonic and rectal lesions with high suspicion of superficial submucosal invasion and which otherwise cannot be removed en bloc by standard polypectomy or EMR. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

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 polypectomie standard ou mucosectomie (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

17. ESGE recommends that successful EMR be defined endoscopically by the absence of neoplastic tissue at the completion of the procedure after careful inspection of the post-EMR mucosal defect and margin. (Low quality evidence, strong recommendation.)

L'ESGE recommande qu'une mucosectomie réussie soit définie endoscopiquement par l'absence de tissu néoplasique en fin de geste après examen attentif du site de résection et de ses berges (niveau de preuve bas ; recommandation forte).

18. ESGE recommends that endoscopic cure for lesions resected by EMR should be confirmed at surveillance colonoscopy by advanced endoscopic imaging and systematic biopsy. (Low quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande que le succès endoscopique d'une lésion réséquée par mucosectomie soit confirmé lors de la coloscopie de surveillance par des techniques d'imagerie endoscopique avancées et des biopsies systématiques (niveau de preuve bas ; recommandation forte).

19. ESGE recommends that suspected residual or recurrent adenoma identified at surveillance colonoscopy is snare resected within the same procedure. Where snare resection is not possible, ablation should be performed. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande qu'une suspicion de résidu adénomateux ou qu'une récurrence d'adénome identifiées lors de la coloscopie de surveillance soit réséquée à l'anse durant ce même examen. Les zones où la résection à l'anse n'est pas possible devraient être traitées par des techniques de destruction (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

20. ESGE recommends the use of advanced endoscopic imaging to identify the potential presence of superficial submucosal invasion. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande le recours à des techniques d'imagerie endoscopique avancées pour identifier la présence potentielle d'une invasion sous-muqueuse superficielle (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

21. ESGE suggests that when advanced imaging is not available, standard chromoendoscopy may be beneficial. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE suggère que lorsque les techniques d'imagerie endoscopique avancées ne sont pas disponibles, la chromoendoscopie standard peut être bénéfique (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

22. ESGE recommends that polyps with advanced endoscopic imaging characteristics of deep submucosal invasion should not be considered for endoscopic treatment and should be referred for surgery. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE 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, et devraient être adressés pour chirurgie (niveau de preuve modéré; recommandation forte).

23. ESGE recommends that polyps without characteristics of deep submucosal invasion should not be referred for surgery without consultation with an expert endoscopy center for evaluation for polypectomy/EMR. (Low quality evidence, strong recommendation.)

L'ESGE recommande que les polypes qui n'ont pas de signe d'envahissement sous-muqueux profond ne soient pas adressés en chirurgie sans évaluation en centre expert en endoscopie pour juger de la faisabilité d'une polypectomie/mucosectomie (niveau de preuve bas ; recommandation forte).

24. ESGE recommends that lesions that may need to be located at future endoscopic or surgical procedures should be tattooed during colonoscopy. (Low quality evidence, strong recommendation.)

L'ESGE recommande que les lésions qui peuvent nécessiter d'être localisées lors d'une future endoscopie ou chirurgie soient tatouées pendant la coloscopie (niveau de preuve bas ; recommandation forte).

25. ESGE recommends sterile carbon particle suspension as the preferred tattoo agent. (Low quality evidence, strong recommendation.)

L'ESGE recommande les particules de carbone stériles comme agent de choix pour le tatouage endoscopique (niveau de preuve bas; recommandation forte).

26. ESGE recommends the formation of a saline bleb in the submucosal layer of the colon prior to tattoo injection. (Low quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande la réalisation d'une bulle par injection de solution saline dans la sous-muqueuse de la paroi colique, avant injection d'agent de tatouage (niveau de preuve bas ; recommandation forte).

27. ESGE recommends that tattoos be placed ≥ 3 cm anatomically distal (anal side) to the lesion, with 2 or 3 separate injections being made at this level on opposite sides of the lumen, to increase the likelihood of detection. Endoscopic and surgical team members should agree on a standardized location of tattoo injection at their institution. The details of tattoo injection should be clearly text- and photo-documented in the endoscopy report, using unambiguous terminology. (Low quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande que les tatouages soient effectués ≥ 3 cm en aval (sur le versant anal) de la lésion, avec 2 ou 3 injections distinctes, sur des faces opposées de la lumière colique, afin d'augmenter la probabilité de repérage. Les membres des équipes d'endoscopie et de chirurgie doivent se mettre d'accord, dans leur institution, sur une localisation standardisée 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 (niveau de preuve bas ; recommandation forte).

MUCOSECTOMIE POUR LÉSIONS SESSILES A EXTENSION LATÉRALE ≥ 20 MM

28. ESGE recommends careful lesion assessment prior to EMR to identify features suggestive of poor outcome. Features associated with incomplete resection or recurrence include lesion size > 40 mm, ileocecal valve location, prior failed attempts at resection, and size, morphology, site, and access (SMSA) level 4. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande une analyse attentive de la lésion avant mucoséctomie afin de reconnaître les caractéristiques associées à un échec de la résection. Les caractéristiques associées à une résection incomplète ou à une récurrence sont : une taille supérieure à 40 mm, une localisation sur la valve iléo-cæcale, un échec préalable de résection endoscopique, et un classement SMSA (*Size, Morphology, Site, Access*) de niveau 4 (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

29. ESGE recommends that the goals of EMR are to achieve a completely snare-resected lesion in the safest minimum number of pieces, with adequate margins, and without need for adjunctive ablative techniques. (Low quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande que les objectifs de la mucoséctomie soient d'aboutir à une résection complète à l'anse, avec un nombre minimal de fragments pour un niveau de sécurité maximal, des marges saines, sans nécessité de recours à une méthode de destruction complémentaire (niveau de preuve bas ; recommandation forte).

30. ESGE suggests the use of submucosal injectates for EMR that are more viscous than normal saline and whose safety has been proven, including succinylated gelatin, hydroxyethyl starch, or glycerol, since their use is associated with superior technical outcomes and reduced procedural time. (High quality evidence; weak recommendation.)

L'ESGE suggère d'utiliser pour les injections sous-muqueuses de produits plus visqueux que le sérum physiologique, et ayant un bon profil de sécurité, prouvé, comme les succinylates de gélatine, l'hydroxyéthylamidon, ou le glycérol, car leur utilisation est associée à de meilleurs résultats techniques et à des temps d'intervention plus courts (niveau de preuve élevé ; recommandation faible).

31. ESGE recommends that a biologically inert blue dye such as indigo carmine should be incorporated into the submucosal injection solution to facilitate identification of fluid cushion extent, lesion margins, and deep mural injury. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande qu'un colorant biologiquement inerte, tel que l'indigo carmin, soit incorporé dans la solution d'injection sous-muqueuse, afin de faciliter la visualisation de l'extension du coussin d'injection, des marges de la lésion et des lésions thermiques profondes (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

32. ESGE suggests that en bloc EMR should be limited to lesions ≤ 20 mm in the colon and ≤ 25 mm in the rectum. (Low quality evidence, weak recommendation.)

L'ESGE suggère que les mucosectomies en bloc soient limitées aux lésions coliques ≤ 20 mm, et aux lésions rectales ≤ 25 mm (niveau de preuve bas ; recommandation faible).

33. ESGE recommends complete snare resection during EMR, because adjunctive thermal ablative techniques (e.g. argon plasma coagulation [APC]) are not as effective and are associated with higher adenoma recurrence. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande une résection à l'anse complète durant la mucosectomie, car les techniques adjuvantes de destruction thermique (par exemple, par coagulation au plasma argon) ne sont pas aussi efficaces et sont associées à un taux de récurrence adénomateuse plus élevé (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

34 ESGE suggests that where complete snare excision cannot be achieved, the optimal method for adjunctive removal of residual adenoma requires further study. (Low quality evidence; weak recommendation.)

L'ESGE suggère que lorsque la résection à l'anse complète ne peut pas être obtenue, la technique adjuvante optimale de destruction des résidus adénomateux nécessite d'être déterminée par des études complémentaires (niveau de preuve bas ; recommandation faible).

35. ESGE suggests that where complete snare excision EMR has been achieved, the role of adjuvant thermal ablation of the EMR resection margins to prevent recurrence requires further study. (Low quality evidence; weak recommendation.)

L'ESGE suggère que lorsque la résection à l'anse lors d'une mucoséctomie a pu être obtenue de façon complète, le rôle de la destruction adjuvante thermique des berges de la résection dans la prévention des récurrences nécessite des études complémentaires (niveau de preuve bas ; recommandation faible).

36. ESGE recommends that when a lesion appears suitable for EMR, but does not lift with submucosal injection, referral should be made to an expert endoscopist in a tertiary center. (Moderate quality evidence, strong recommendation.)

L'ESGE recommande que lorsqu'une lésion paraît éligible à une mucoséctomie, mais ne se soulève pas après injection sous-muqueuse, le patient doit être adressé à un endoscopiste expert dans un centre tertiaire (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

37. ESGE recommends that all EMR specimens be retrieved for histological evaluation. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande que toutes les pièces d'une mucoséctomie soient récupérées pour analyse histologique (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

ÉQUIPEMENT POUR POLYPECTOMIE ET MUCOSECTOMIE

38. ESGE suggests the use of a microprocessor-controlled electrocautery generator for polypectomy. (Low quality evidence; weak recommendation.)

L'ESGE suggère l'utilisation d'une source électrochirurgicale contrôlée par microprocesseur pour la réalisation de polypectomies (niveau de preuve bas; recommandation faible).

39. ESGE recommends against using low power coagulation current for EMR because of the increased risk of post-procedural bleeding. (Low quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande de ne pas utiliser de courant de coagulation de faible puissance pour une mucoséctomie compte tenu de l'augmentation du risque d'hémorragie post-procédure (niveau de preuve bas ; recommandation forte).

40. ESGE recommends against using pure cutting current for pedunculated polypectomy because of an increased risk of intraprocedural bleeding. (Low quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande de ne pas utiliser de courant de section pur pour les polypes pédiculés compte tenu de l'augmentation du risque d'hémorragie per-procédure (niveau de preuve bas ; recommandation forte).

41. ESGE suggests the use of carbon dioxide (CO₂) insufflation during colonoscopy and polypectomy. (Low quality evidence, strong recommendation.)

L'ESGE suggère une insufflation au dioxyde de carbone (CO₂) pendant les coloscopies et les polypectomies (niveau de preuve bas; recommandation forte).

42. ESGE recommends the use of CO₂ insufflation for EMR (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande une insufflation au CO₂ pour les mucoséctomies (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

43. ESGE suggests the use of a fluid jet pump to enable efficient irrigation of the colonic mucosa and polypectomy sites and management of bleeding. (Low quality evidence; weak recommendation.)

L'ESGE 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 (niveau de preuve bas ; recommandation faible).

EFFETS INDÉSIRABLES DE LA POLYPECTOMIE : DÉFINITIONS ET PRISE EN CHARGE

44. For intraprocedural bleeding, ESGE recommends endoscopic coagulation (snare-tip soft coagulation or coagulating forceps) or mechanical therapy, with or without the combined use of dilute adrenaline injection. (Low quality evidence; strong recommendation.)

Au sujet des hémorragies per-procédures, l'ESGE recommande la coagulation endoscopique (coagulation douce à la pointe de l'anse ou pince coagulante) ou une technique mécanique, avec ou sans injection combinée d'adrénaline diluée (niveau de preuve bas ; recommandation faible).

45. ESGE does not recommend routine endoscopic clip closure or other methods of prophylaxis to prevent delayed bleeding for sessile polyps. (Moderate quality evidence; weak recommendation.)

L'ESGE ne recommande pas la fermeture systématique par clips des sites de polypectomie ni d'autre méthode de prévention de l'hémorragie retardée après résection de polypes sessiles (niveau de preuve modéré ; recommandation faible).

46. ESGE suggests that there may be a role for mechanical prophylaxis (e. g. clip closure of the mucosal defect) in certain high risk cases after polypectomy or EMR. This decision must be individualized based on the patient's risk factors. (Low quality evidence; weak recommendation.)

L'ESGE suggère qu'il pourrait y avoir une place pour la prévention mécanique (c'est-à-dire la fermeture par clip des sites de résection) dans certaines situations à haut risque après polypectomie ou mucosectomie. Cette décision doit être fondée, au cas par cas, sur les facteurs de risque individuels des patients (niveau de preuve bas ; recommandation faible).

47. Patients admitted to hospital with delayed bleeding who are hemodynamically stable, without ongoing bleeding, may be initially managed conservatively. If intervention is required, ESGE recommends colonoscopy as the firstline investigation. (Moderate quality evidence, strong recommendation.)

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

48. When the polypectomy site is identified during colonoscopy for post-polypectomy bleeding, and active bleeding or other high risk stigmata are identified, ESGE recommends forceps coagulation or

mechanical therapy, with or without the combined use of dilute adrenaline injection. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

Quand le site de résection est identifié lors d'une coloscopie pour hémorragie post-polypectomie, s'il est le siège d'un saignement actif ou de signes de haut risque, l'ESGE recommande un traitement par pince coagulante ou par une technique mécanique, avec ou sans injection combinée d'adrénaline diluée (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

49. ESGE recommends careful inspection of the post-resection mucosal defect to identify features of or risk factors for impending perforation. Where these risk factors are identified, clip closure should be performed. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande une inspection minutieuse du site de résection afin d'identifier des signes ou des facteurs de risque de perforation imminente. Une fermeture par clip doit être réalisée au niveau des zones où ces facteurs de risque sont identifiés (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

50. ESGE recommends audit of adverse events. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande un audit des événements indésirables (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

CIRCUIT, ANALYSE ET COMPTES RENDUS DES SPECIMENS HISTOLOGIQUES (PRE-REQUIS MINIMAUX)

51. ESGE recommends that polypectomy specimens be placed in separate containers, one for each lesion. Local factors may play a role in whether this is feasible. Fixation should be by buffered 10% formalin. The pathologist should measure the size of each specimen in millimeters. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande que les spécimens de polypectomies soient placés dans des pots séparés, un par lésion. Des facteurs locaux peuvent influencer la faisabilité de cette démarche. La fixation devrait être effectuée dans du formol à 10 %. L'anatomo-pathologiste devrait mesurer la taille de chaque spécimen en millimètre (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

52 ESGE suggests that large (≥ 20 mm) sessile lesions removed en bloc, or lesions suspicious for submucosal invasion removed piecemeal, should be pinned to cork to optimize histological assessment. (Low quality evidence; weak recommendation.)

L'ESGE suggère que les lésions larges (≥ 20 mm) sessiles réséquées en bloc, ou les lésions suspectes d'invasion sous-muqueuse réséquées en fragments, devraient être épinglées sur un support en liège afin d'optimiser l'évaluation histologique (niveau de preuve bas ; recommandation faible).

53. ESGE recommends that specimens be sliced and totally embedded, allowing the identification of the deep and lateral margins. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande que les spécimens soient entièrement inclus et coupés en fines lamelles, permettant l'identification des marges profondes et latérales (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

54. ESGE recommends the grading of adenomas/neoplasia as low grade or high grade according to the World Health Organization (WHO) classification. (High quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande de préciser le grade des adénomes/néoplasies comme étant de bas ou haut grade, selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (niveau de preuve élevé ; recommandation forte).

55. ESGE recommends that sessile serrated adenomas/polyps should be reported as containing cytological dysplasia when it is present. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande que les polypes/adénomes festonnés sessiles devraient être décrits comme étant le siège d'une dysplasie cytotogique, lorsqu'elle est présente (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

DIAGNOSTIC DE LÉSIONS DANS LA SÉQUENCE ADÉNOME-CANCER

56. ESGE recommends that where submucosal invasion is present, the depth of invasion should be measured and reported, in addition to other risk factors, such as poor differentiation, lymphovascular invasion and tumor budding. The distance to the deep/vertical and to the lateral/ horizontal resection margin should be measured and reported. (Moderate quality evidence; strong recommendation.)

L'ESGE recommande que, si une invasion sous-muqueuse est présente, la profondeur de l'invasion devrait être mesurée et reportée, en plus des autres facteurs de risques, tels que la faible différenciation, l'envahissement lympho-vasculaire et le bourgeonnement (*budding*). La distance avec les marges de résection profondes/verticales et latérales/horizontales doit être mesurée et reportée (niveau de preuve modéré ; recommandation forte).

57. The opinion of a second histopathologist may be warranted when reviewing high risk features. (Low quality evidence; weak recommendation)

Une relecture par un second anatomo-pathologiste peut être nécessaire en présence d'éléments de haut risque (niveau de preuve bas ; recommandation faible).

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 Mar; 49 (3): 270–297.