JFHOD
Journées Francophones d'Hépato-gastroentérologie & d'Oncologie Digestive
2016

PRISE EN CHARGE DES PETITS POLYPES DU CÔLON

J.F. BRETAGNE

CHU RENNES

CONFLITS D'INTÉRÊT

- JF Bretagne: **aucun**

Sujet d'actualité

- Les plus fréquents des polypes : détection en augmentation
- Les progrès de la caractérisation optique des polypes vont modifier la prise en charge
- Les techniques de polypectomie très disparates, méritent d'être standardisées

Objectifs pédagogiques

- Epidémiologie
- Risque de dégénérescence
- Faut-il tous les réséquer et tous les analyser ?
- Comment les réséquer ?
- Surveillance post-polypectomie

Classification des polypes colorectaux

- T. épithéliales
  - Adénomes
  - Polypes festonnés
    - P. hyperplasique
    - P. sessile festonné
    - Adénome festonné traditionnel

- Autres
  - Inflammatoires
  - Hamartomes
  - T. endocrines
  - T. lymphoïdes
  - divers

Définition

Un petit polype est un polype < 1 cm

- très petit polype ≤ 5 mm (« diminutive »)
- petit polype 6-9 mm (« small »)

Épidémiologie

- < 10 mm, > 80% des polypes
- ≤ 5 mm, 2/3 des polypes

Prévalence des petits adénomes

Coloscopies de dépistage

- Taux de détection des adénomes (TDA) requis : ≥ 25% (H: 30%, F 20%) [1]
- Grandes variations du TDA entre endoscopistes
  - Gros adénomes : 5-10%
  - Petits adénomes : 20-50%
- Taux de polypes manqués lors des coloscopies back to back [2]

  ≤ 5 mm 21%, 6-9 mm 13%, ≥ 10 mm 2%

[1] *Rex et al. AJG 2015* [2] *van Rijn AJG 2006*

Prévalence des polypes festonnés

- Polypes cliniquement significatifs : PH en amont du sigmoïde et PSF qq soit leur siège (> 10%)

- Polypes festonnés (PH, PSF) du côlon proximal (< angle gauche)
  - Grandes variations entre endoscopistes : (1-19%) 13% [1]
  - Taux de détection dans 5 cohortes européennes : 205 949 coloscopies
    4,7% – 12,2% [2]
  - Minimum requis : ≥ 4,5% [3]
  - Taille : 4 mm (IQR 3-7 mm) [4]

[1] Kahi CGH 2011 ; [2] Ijspeert et al. Gut 2016;online ; [3]Rex et al. AJG 2015 ; [4] de Wijkerslooth et al. GIE 2013

Risque de dégénérescence des petits polypes

Méta-analyse de 4 séries totalisant 20 562 coloscopies de dépistage

		≤ 5 mm	6-9 mm	< 10 mm	≥ 10 mm
Signes avancés * %	Analyse par polype	0,3	0,4	0,7	4,9
Signes avancés* %	Analyse par patient	0,9	4,9	1,7	73,5
Cancer %	Analyse par patient	0,04	0,07	0,04	-

* Caractère villeux, dysplasie haut grade

Hassan et al. APT 2010

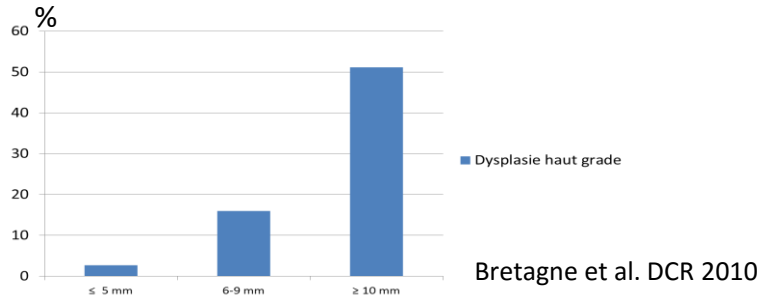
Risque de signes histologiques avancés au sein des petits adénomes

Grandes variations dans la littérature

- Adénomes ≤ 5 mm : 0,9 – 17,4%
- Adénomes 6-9 mm : 5,3 – 53%

- Causes
  - Indications de la coloscopie

    Cancer : 0,1-0,4% (≤ 5 mm)
  - Erreur de mesure de la taille
  - Reproductibilité inter-anatomo-pathologiste médiocre +++



Bretagne et al. DCR 2010

Risque de dysplasie au sein des polypes sessiles festonnés

- La dysplasie est rare au sein des PSF : 5 – 10%
- Quand la dysplasie est présente, elle est rarement de haut grade : 10%
- Caractéristiques des PSF avec dysplasie ou cancer [1]
  - Taille médiane : 9 mm
  - Côlon proximal : 86,5%

[1] *Bettington et al. Gut 2016;online*

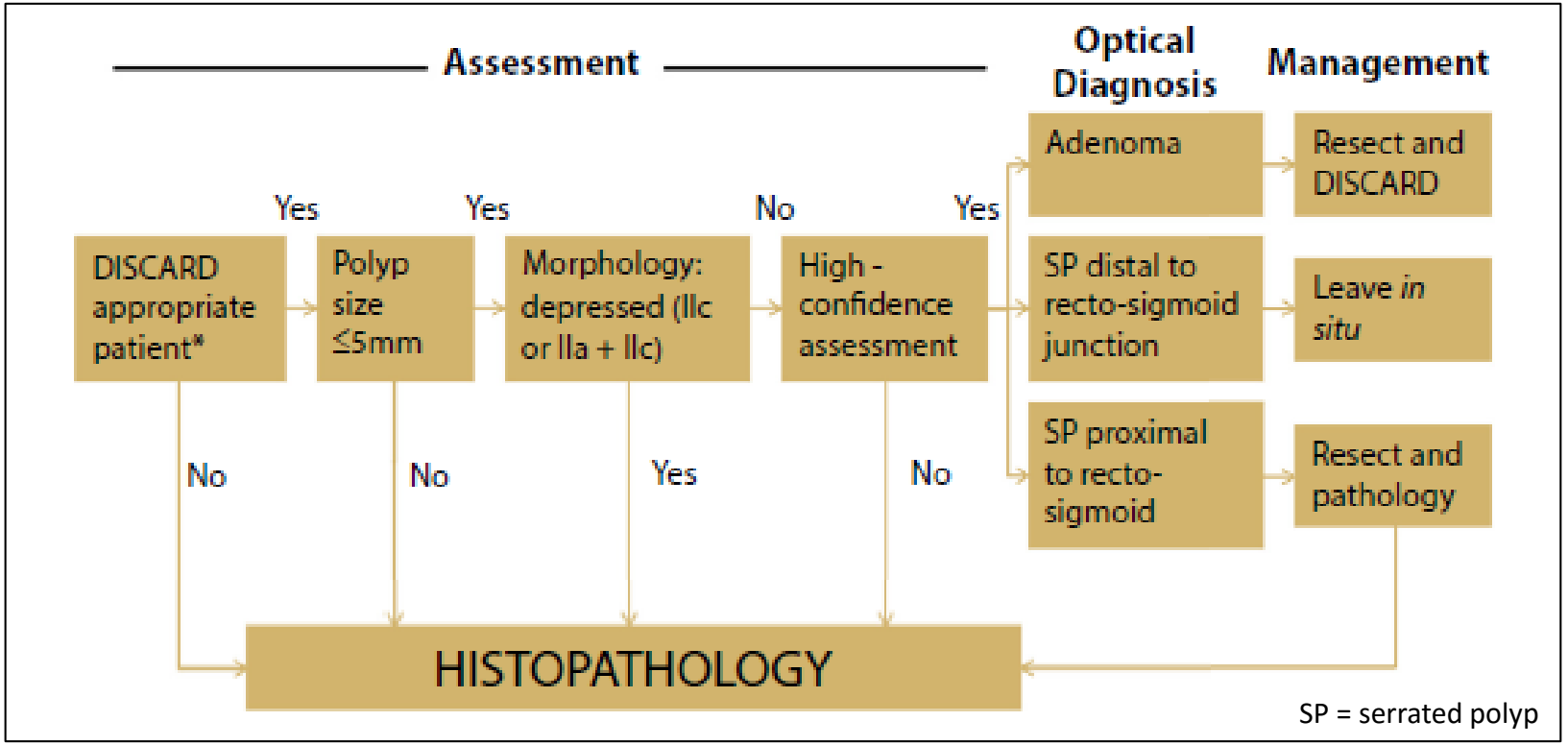
Faut-il les réséquer ? Faut-il les analyser ?

Pourquoi cette question ?

- Progrès de la caractérisation des polypes par la biopsie optique
- Économies financières substantielles

- « DISCARD » : Detect, InSpect, ChAracterize, Resect, and Discard
- « Detect-and-leave » ou « detect-and-disregard »

Stratégies DISCARD & detect-and-leave



* Stratégie non applicable aux cas de coloscopies post-FIT +, patient jeune, contexte de CCR héréditaire, > 10 polypes, MICI

Wang and East. GIE 2015;82:589-92

Conditions requises pour la mise en œuvre de la stratégie 'DISCARD'

1. Diagnostic optique concordant dans au moins 90% des cas avec le diagnostic anatomo-pathologique

2. Valeur prédictive négative pour le diagnostic d'adénome > 90%

3. Rythme de surveillance des coloscopies défini par la biopsie optique en accord dans plus de 90% des cas avec les recommandations issues des résultats anatomo-pathologiques

Preservation and **I**ncorporation of **V**aluable endoscopic **I**nnovations (PIVI). *Rex et al. GIE 2011*

Méta-analyse : adoption du NBI

1. VPN adénome (19 études)
   - Effet du mode d'exercice : univ. 91,8% (89-94%) *vs.* lib. 88,3% (82-94%)
   - Effet du degré de certitude : 93% (90-96%) *vs.* 88% (84-92%)
2. Concordance pour la surveillance (10 études)
   - Effet du mode d'exercice : univ. 91% (86-95%) *vs.* lib. 82% (74-90%)
   - Effet du degré de certitude : 91% (88-95%) *vs.* 79% (71-86%)

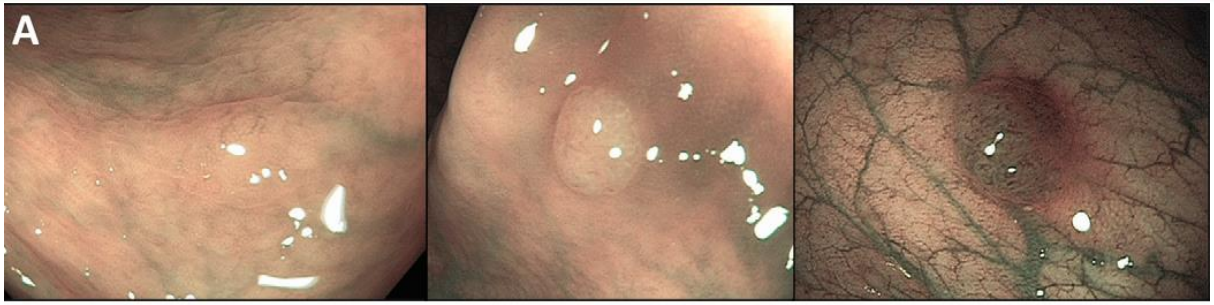
ASGE. GIE 2015

Classification NICE

NBI International Colorectal Endoscopic classification

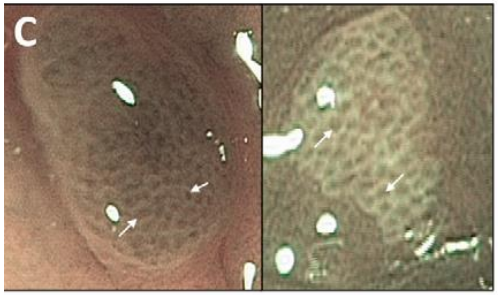
NICE Criterion	Type 1	Type 2
Color	Same or lighter than background	Browner relative to background (verify color arises from vessels)
Vessels	None, or isolated lacy vessels coursing across the lesion	Brown vessels surrounding white structures[a]
Surface pattern	Dark or white spots of uniform size, or homogeneous absence of pattern	Oval, tubular, or branched white structures[a] surrounded by brown vessels
Most likely pathology	Hyperplastic	Adenoma

Hewett et al. Gy 2012

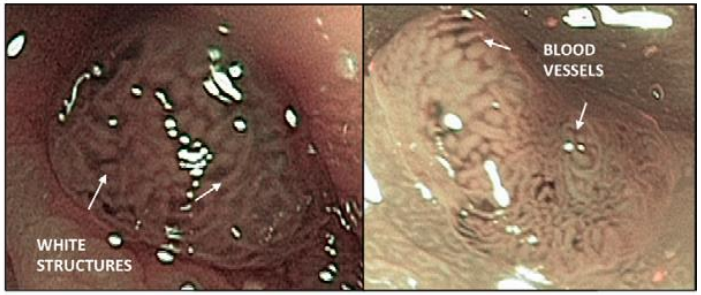


Same as background | Lighter than background | Brown relative to background

No vessels | Isolated lacy vessels coursing across the lesion | Thick brown vessels surrounding white structures

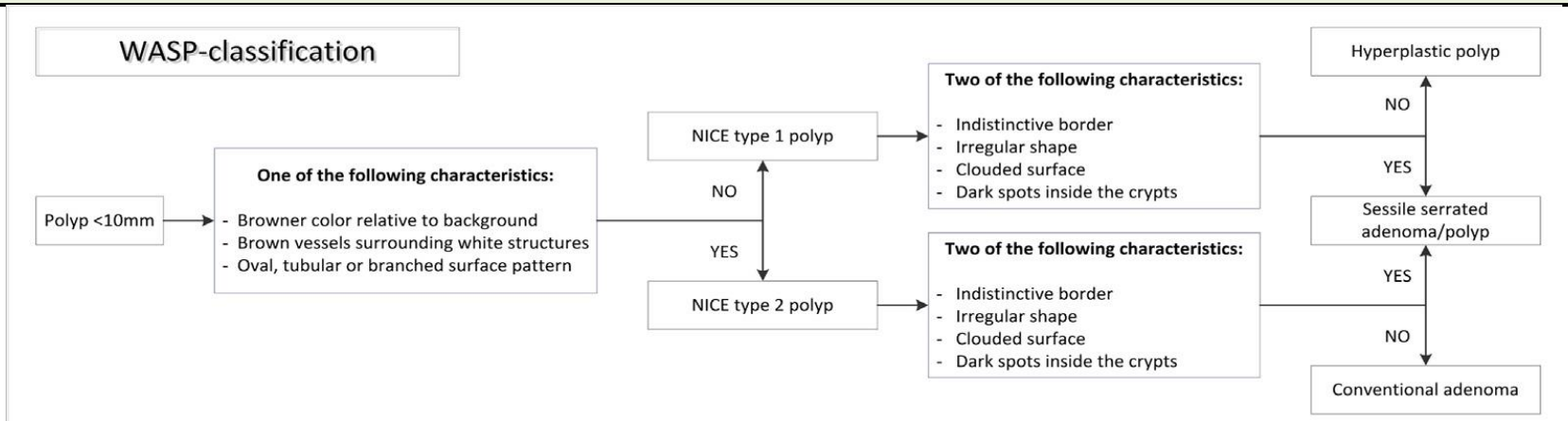


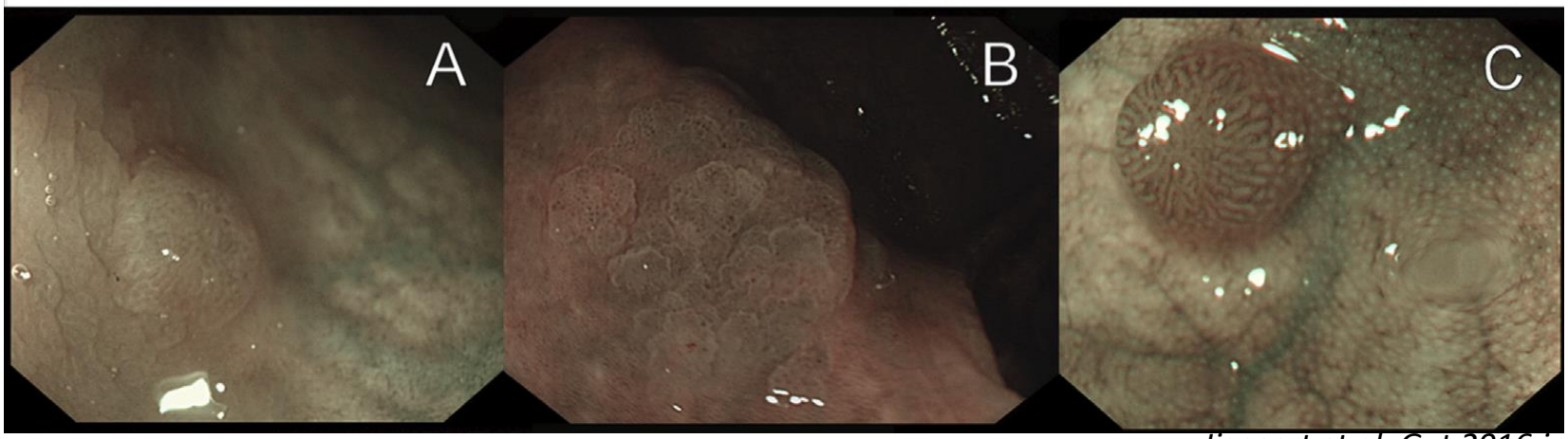
Dark spots surrounded by white



Oval, tubular or branched white structures surrounded by brown vessels

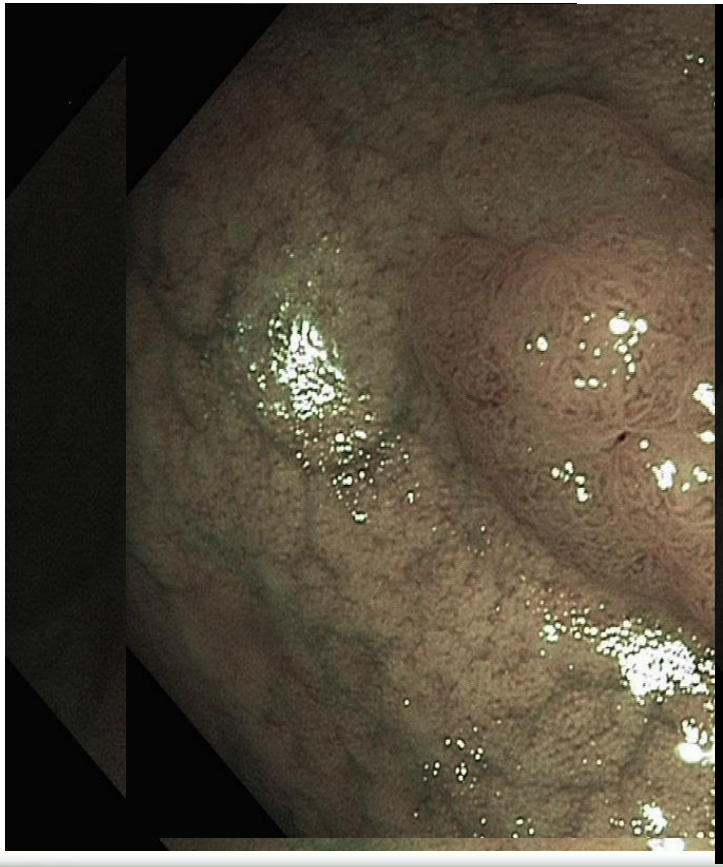
Classification WASP

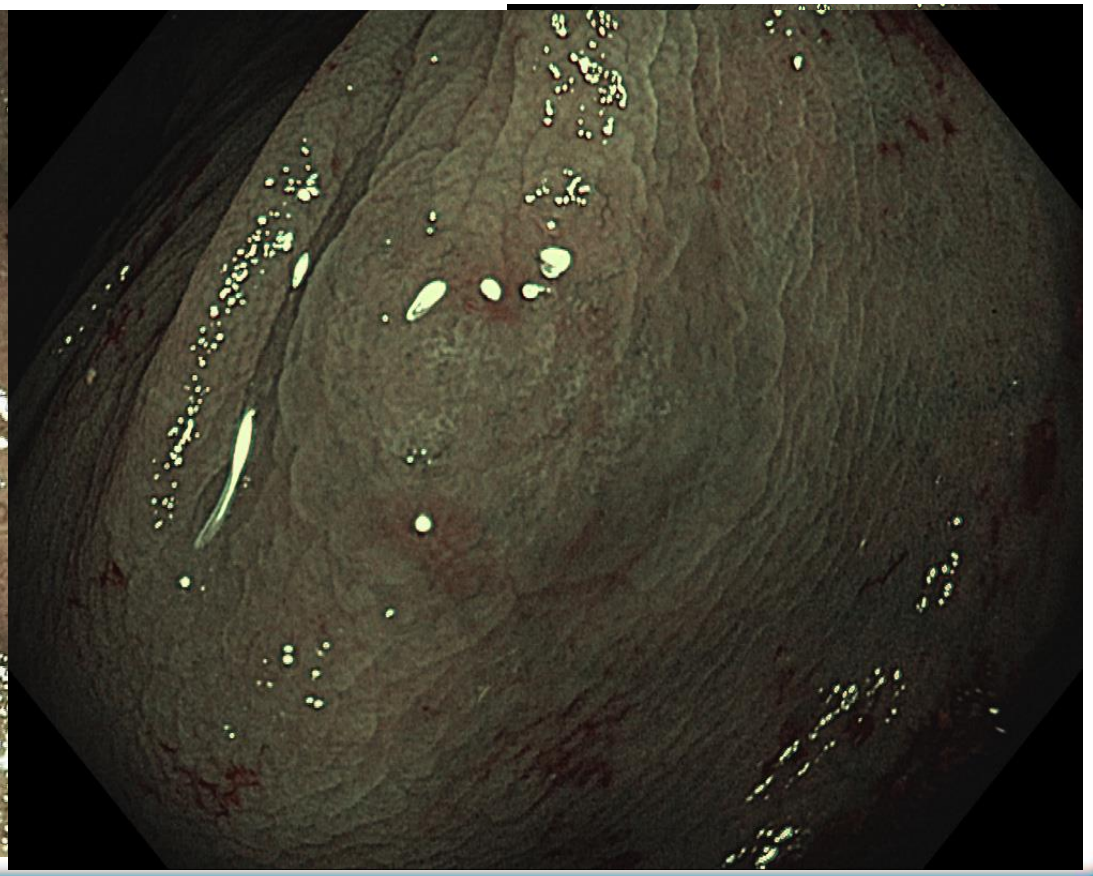




Ijspeert et al. Gut 2016;in press

Exemples





Recommandations de l'ESGE

- NBI, FICE, i-SCAN peuvent être utilisés pour la caractérisation des polypes
- La caractérisation doit faire appel à des classifications validées
- Les polypes laissés en place ou réséqués sans être analysés doivent être photographiés
- La stratégie DISCARD est réservée à des endoscopistes expérimentés, formés et audités

Kaminski et al. Endoscopy 2014;46:435-49

Comment réséquer les petits polypes ?

Pratiques très disparates

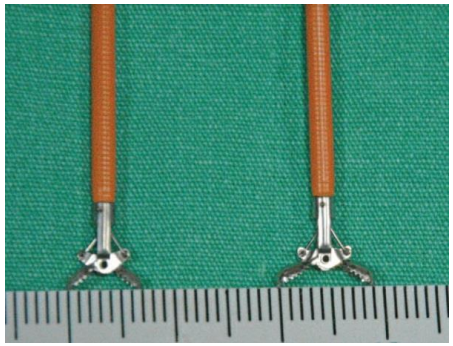
Étude israélienne [1]

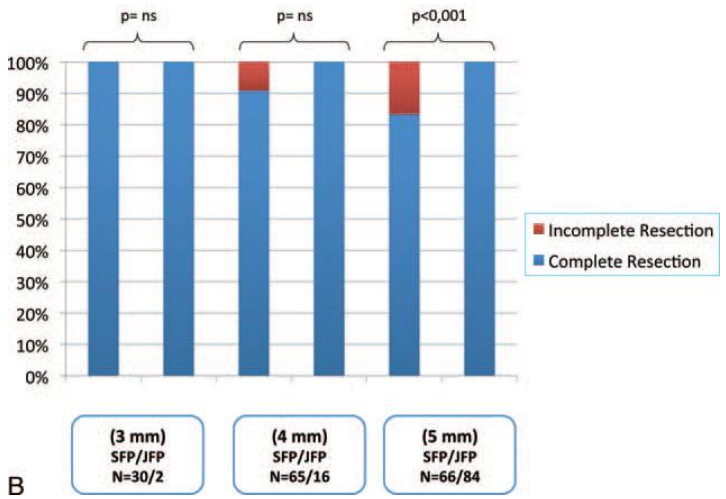
- Polypes 1-3 mm : biopsie exérèse 76%
- Polypes 7-9 mm : anse diathermique 86%
- Polypes 4-6 mm
  - biopsie exérèse 15%
  - pince chaude 30%
  - anse froide 10%
  - anse diathermique 25%

[1] *Carter et al. Ann G 2013*

La biopsie exérèse

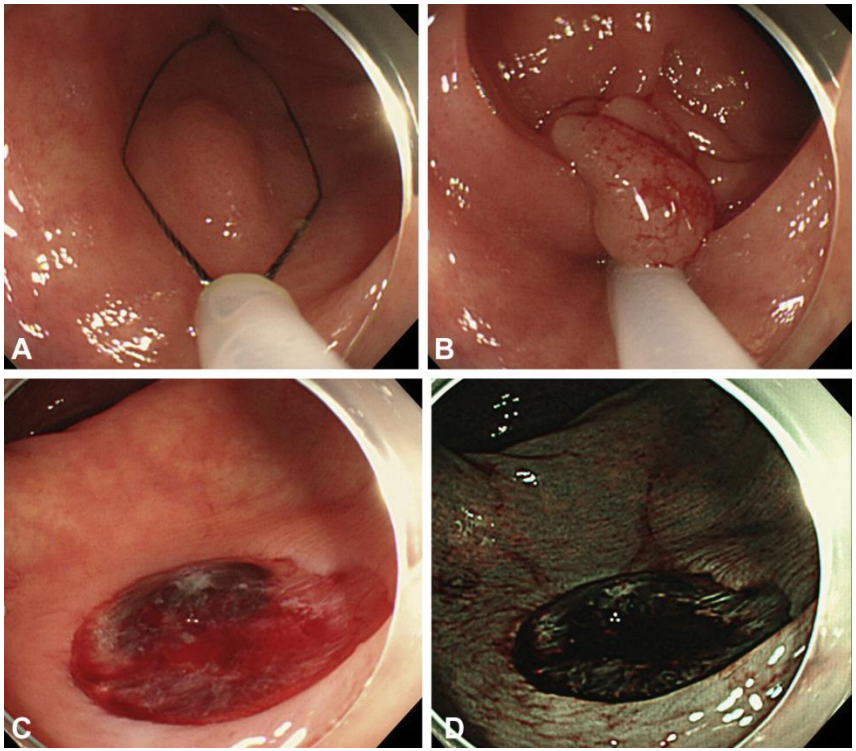
- Taux de résection complète très imparfaits dans des séries récentes : 51 – 79%
- Ne doit être réservée qu'aux polypes de 1-3 mm résécables en une fois
- La pince Jumbo n'a pas montré de supériorité pour des polypes ≤ 3 mm *

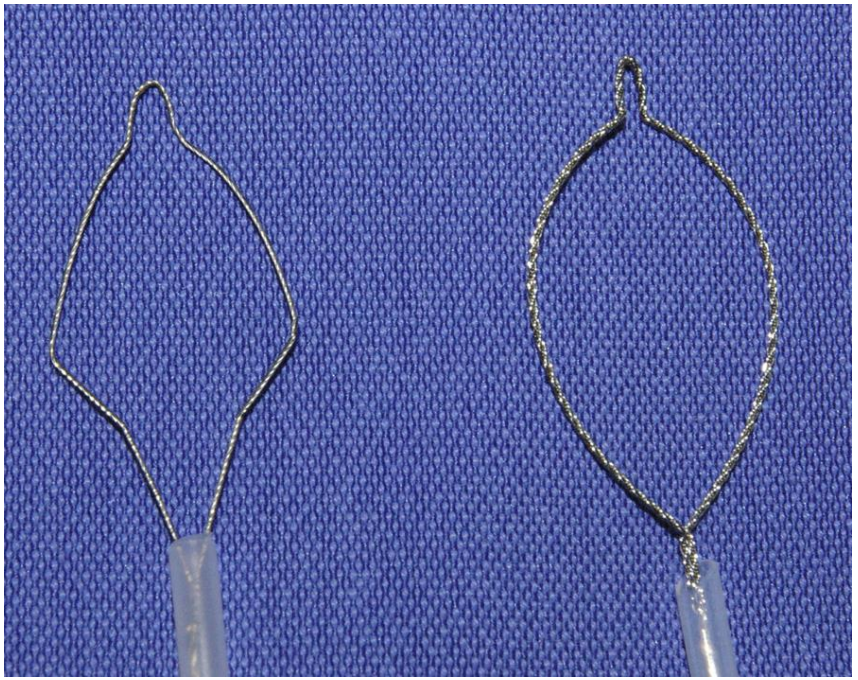




Aslan et al. Medicine 2015

La résection à l'anse froide



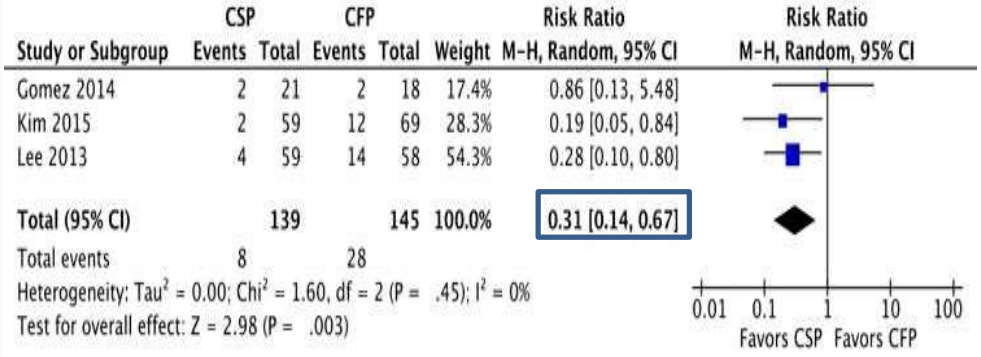


Horiuchi et al. GIE 2015

La résection à l'anse froide

Taux de résection complète
Anse froide > biopsie exérèse

Méta-analyse



Raad et al. GIE 2016;83(3):508-15

Risque de perte du polype
Anse froide < biopsie exérèse

Programme de dépistage en Grande Bretagne

TABLE 2. The effect of the various factors together in a multivariate analysis

Variable	OR (95% CI)	*P* value
Polyp size, mm		
1-5	1	
6-10	3.31 (2.27-4.82)	
11+	27.0 (8.42-86.7)	< .001
Retrieval method		
Forceps	1	
Cold snare	0.19 (0.12-0.29)	
Hot snare	0.33 (0.22-0.50)	
EMR	0.41 (0.24-0.69)	< .001

OR, Odds ratio; *CI*, confidence interval.
A total of 4383 polyps were endoscopically removed from 1495 patients from October 2006 to February 2011 (polyp retrieval rate: 93.9%; failure rate: 6.1%), meaning that 267 polyps were not retrieved. An OR of >1 would imply a successful retrieval.

Komeda et al. GIE 2013

Autres techniques

- Pince chaude : à oublier (complications, analyse histologique)
- Anse diathermique : à réserver aux polypes pédiculés
- Mucosectomie : côlon proximal

Recommandations pour la surveillance

- Les polypes < 10 mm sont des polypes à bas risque sauf si :
  - pour un adénome, il présente de la dysplasie de haut grade
  - pour un polype sessile festonné, il est dysplasique
- Un polype à bas risque implique un contrôle à 5 ans, sauf si n ≥ 3 (contrôle à 3 ans)
- Les petits polypes hyperplasiques n'impliquent pas de surveillance, hormis les cas de polypose. Mais, ils impliquent une relecture anatomo-pathologique lorsqu'ils ont été réséqués en amont du rectosigmoïde

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/protocole-surveillance-polypectomie_v8.pdf

Conclusions (1)

- Les petits polypes sont les plus fréquents des polypes
- La prévalence des signes histologiques avancés est très faible pour les polypes ≤ 5mm
- Les stratégies 'DISCARD' et 'detect-and-leave' concernent des polypes distaux (rectosigmoïde) de taille ≤ 5 mm
- Elles impliquent une formation validante des endoscopistes

Conclusions (2)

- L'anse froide est la technique de référence pour la résection des petits polypes > 3 mm et la biopsie exérèse pour les polypes ≤ 3 mm
- Un petit polype est dans l'immense majorité des cas un polype à bas risque qui implique une surveillance à 5 ans, sauf si n ≥ 3

POINTS FORTS

- Les petits polypes sont définis par une taille < 10 mm et les très petits polypes par une taille ≤ 5 mm.
- Ils constituent la grande majorité des polypes, qu'il s'agisse des adénomes ou des polypes festonnés.
- Parmi les petits polypes, la prévalence des polypes à haut risque est faible.
- Les stratégies 'DISCARD' et 'DETECT and LEAVE' se discutent pour des polypes recto-sigmoïdiens de taille ≤ 5 mm ; elles pourraient être mises en œuvre par des endoscopistes bien formés à la caractérisation optique.
- L'anse froide doit être privilégiée pour la résection des petits polypes de taille > 3 mm et la biopsie exérèse doit être réservée aux polypes de taille ≤ 3 mm.