



JFHOD
WWW.JFHOD.COM

18/21 MARS 2021
Palais des Congrès de Paris

PAYS INVITÉ : Belgique

La prévention



Résection endoscopique des polypes colorectaux de petite taille

Pr Gabriel Rahmi

Service d'Hépatogastroentérologie Pr Cellier

Hôpital Européen Georges Pompidou

Dimanche 21 Mars 2021



DECLARATION OF INTEREST

- L'orateur a déclaré sur le site des JFHOD, les liens d'intérêts suivants :
FUJIFILM, MEDTRONIC

Liens d'intérêt

Medtronic

Fujifilm

Boston

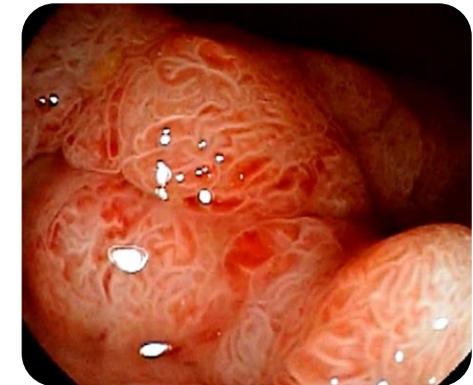
Pentax

Objectifs pédagogiques

- Connaître la définition d'un polype de petite taille
- Connaître les différentes techniques de résection
- Connaître leurs indications et leurs limites

Contexte

- Détection et résection des adénomes colorectaux : diminution de l'incidence et de la mortalité du cancer colorectal
- Objectif : Résection complète macroscopique/histologique
- Risque : Résection incomplète
 - Cancer d'intervalle: cancer après une coloscopie = 2,5% à 11%
 - Polypes adénomateux incomplètement réséqués qui progressent sous la forme d'un cancer =10 à 27%



Zauber AG et al. N. Engl. J. Med. 2012
Nishihara R et al, N Engl J Med. 2013

Définitions

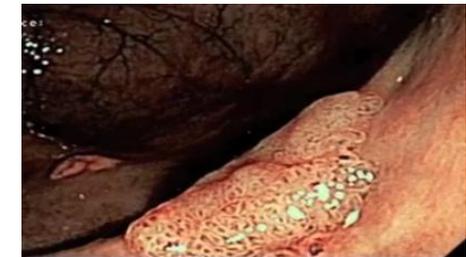
- Estimation de la taille endoscopique:

- Petits polypes : 6 à 9 mm
- Très petits polypes (diminutive polyps) ≤ 5 mm

- Entre 50 et 80% des polypes diagnostiqués durant une coloscopie

- Analyse histologique :

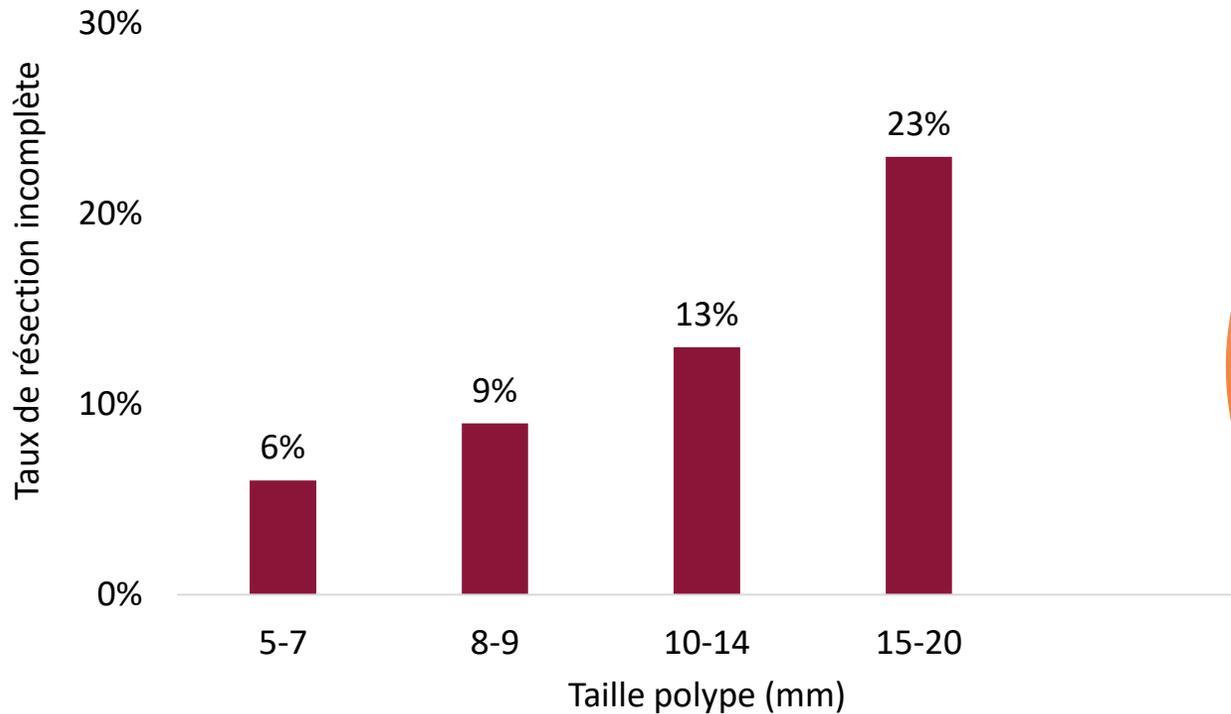
- Polypes adénomateux dans 30 à 60% des cas
- Véritables adénocarcinomes dans 0,5 à 2%



Lowenfels AB, et al. BMC Gastroenterol. 2011

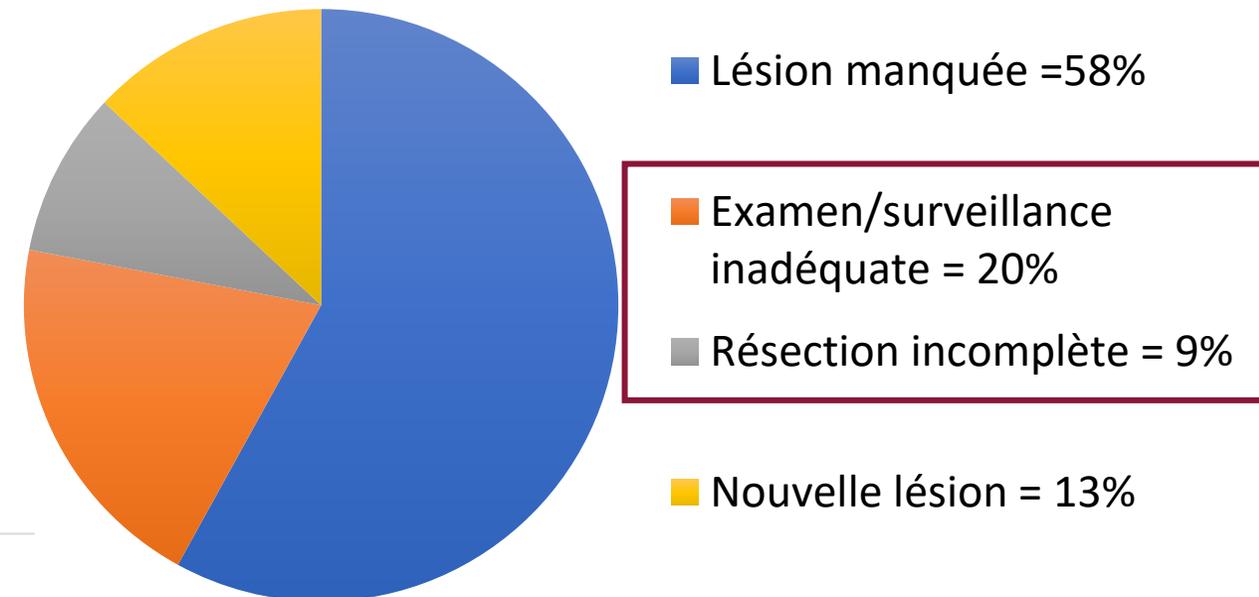
Résection incomplète

- Fréquente en pratique courante
- Augmente le risque de cancer d'intervalle



Adapté de « Pohl, Gastroenterology, 2013 »

Cause des cancers d'intervalle



Adapté de « Le Clercq, Gut, 2014 »

Techniques et résultats

Pince à biopsie

Froide



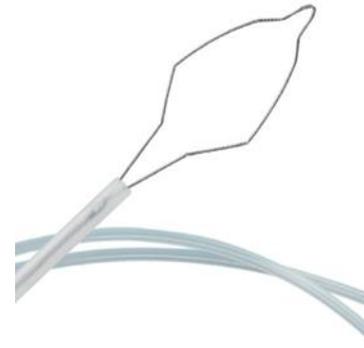
Chaude



Pince standard : 7 mm
Pince grande capacité : 8,2 mm
(*Jumbo, Boston Scientific*)

Anse

Froide



Anse froide
10 à 15 mm



Chaude



Pince à biopsie froide

- Simple, rapide et peu coûteux
- Résection au cours de la progression
- Complications exceptionnelles
- Récupération 100% et examen histologique
- Limite: résection complète? (petit saignement)



Anse froide

- Facile à manier et résection monobloc
- Exsufflation
- Absence de complications
- Limite: récupération et examen histologique



Pince froide versus anse froide

- Etude prospective randomisée monocentrique
- 54 patients, 117 polypes ≤ 5 mm
- Biopsies (n=2) sur la cicatrice, anse Olympus, sans NBI

	Total	Anse (n=59)	Pince (n=58)	p
Résection histologique complète, n (%)	99 (84)	55 (93)	44 (75)	0,009
Résection macroscopique complète, n (%)	94 (80)	54 (91)	40 (69)	0,002
Durée polypectomie (sec.)	18	14	22	<0,001
Echec récupération polype, n (%)	4 (3,4)	4 (6,8)	0 (0)	0,019

- Le TRI est plus élevé (analyse multivariée) pour:
pince froide (OR:4)
taille>4mm (OR:4)



Lee CK et al. Am J. Gastro 2013;108:1594-1600.



Pince froide versus anse froide

- Etude prospective randomisée monocentrique
- 139 patients, 145 polypes ≤ 7 mm
- Pas de NBI, anse Olympus
- Mucosectomie de la cicatrice

	Total (n=128)	Anse (n=59)	Pince (n=58)	p
Résection histologique complète, n adénomes (%)	114 (89)	57 (96)	57 (82)	0,011
Taille, mm				
≤ 4	58 (98)	27 (100)	31 (97)	1,000
5-7	56 (81)	30 (94)	26 (70)	0,013

- Etude prospective randomisée multicentrique
- 123 patients, polypes ≤ 5 mm
- Anse Exacto (Life Partners E.)
- Biopsies (n=2) sur la cicatrice
- Relecture histo. centralisée

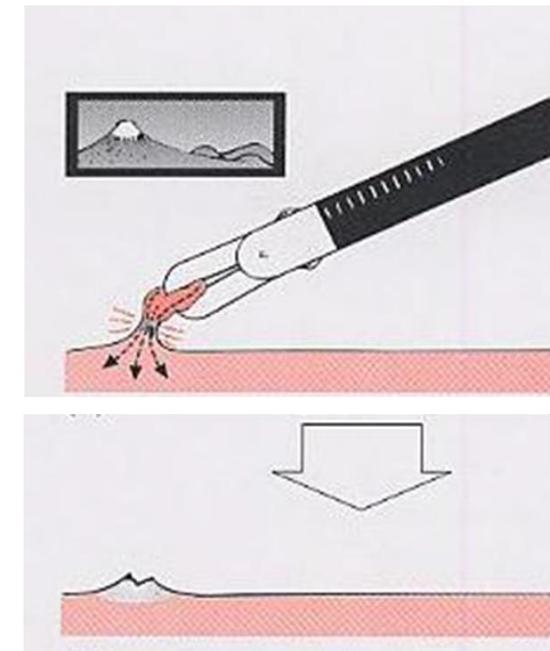
	Total	Pince froide	Anse froide	P
	n=121	n=61	n=60	
Resection monobloc, n (%)	81 (66.94%)	26 (42.62%)	55 (91.67%)	<0.001
Resection complete, n (%)	111 (91.73%)	55 (90.16%)	56 (93.33%)	0.527
Durée polypectomie Sec , mean (\pm SD)	86.58 \pm 45.85	86.32 \pm 42.38	87.28 \pm 50.17	0.854
Saignement postpolypectomie, n (%)	0	0	0	-
Perforation, n (%)	0	0	0	-

Non à la pince chaude !

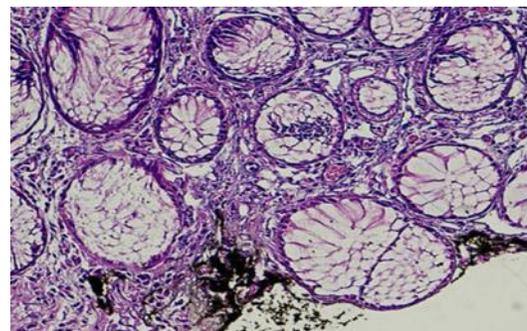
- Syndrome post-polypectomie dans le colon droit



	USA*	JAPON**
Perforation retardée	0,05% (6/12367)	0,01% (2/14382)
Hémorragie retardée	0,38% (47/12367)	0,26% (38/14382)



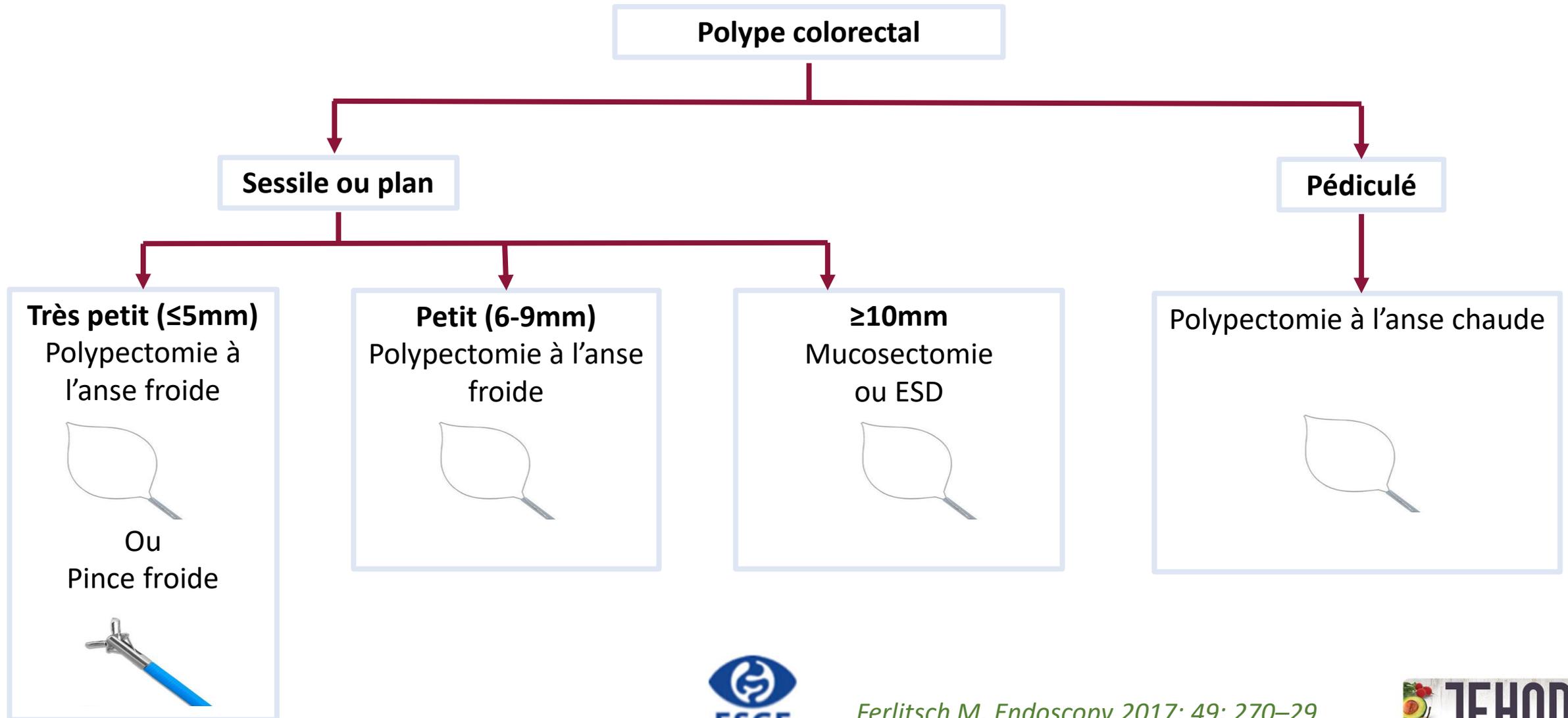
- Histologie:
 - Des lésions de coagulation
 - Une perte architecturale



*Wadas DD et al, *GIE* 1988;34:32-7.

**Oka S et al, *Dig Endosc* 2011;23:190-4.

Quelle technique utiliser?



Points forts

- Le taux de résection endoscopique incomplète des petits polypes colorectaux est d'environ 7 à 10%.
- Pour les très petits polypes ($\leq 5\text{mm}$) ou les petits polypes (entre 6 et 9 mm) sessiles ou plans, la technique de résection recommandée est l'anse froide.
- Les principales limites de l'anse froide sont : 1/ le risque de ne pas récupérer le polype ; 2/ le positionnement quelques fois difficile lorsque le polype est très petit et mal placé.
- En accord avec les recommandations européennes, en cas de positionnement difficile, les très petits polypes (1-3 mm) pourront être réséqués à la pince froide.
- La pince chaude ne doit plus être utilisée pour réséquer les très petits ou les petits polypes