



Quelle lésion colique résectionner dans les MICI ?

Dr Edouard Chabrun

Clinique de l'Anjou - 9 rue de l'hirondelle - 49044 ANGERS

echabrun@gmail.com

Pr Xavier TRETON

CHU BEAUJON, Clichy

xtreton@gmail.com



Liens d'intérêt

EC :

- **Norgine**

XT :

- **Interventions: Takeda, Pfizer, Celltrion, Abbvie, Janssen, Norgine, Galapagos**
- **Soutien recherche: Sandoz, MSD, Takeda**
- **Participation: Thabor Therapeutics**

Plan

- Pourquoi dépister?
- Qui et quand dépister?
- Comment dépister?
- Comment diagnostiquer les lésions?
- Quelles lésions réséquer et comment?

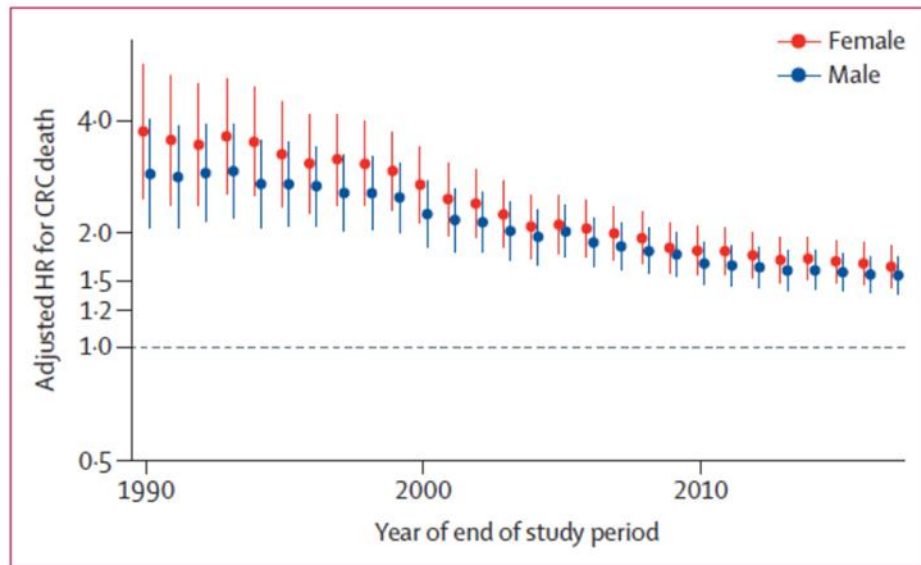
OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les conditions de réalisation de la coloscopie
- Connaître la sémiologie et la classification des lésions endoscopiques
- Savoir identifier les lésions à réséquer
- Connaître les protocoles de biopsies coliques en présence de lésions à réséquer

Pourquoi dépister la dysplasie?

Colorectal cancer in ulcerative colitis: a Scandinavian population-based cohort study

Ola Olén*, Rune Erichsen*, Michael C Sachs, Lars Pedersen, Jonas Halfvarson, Johan Askling, Anders Ekblom, Henrik Toft Sørensen, Jonas F Ludvigsson



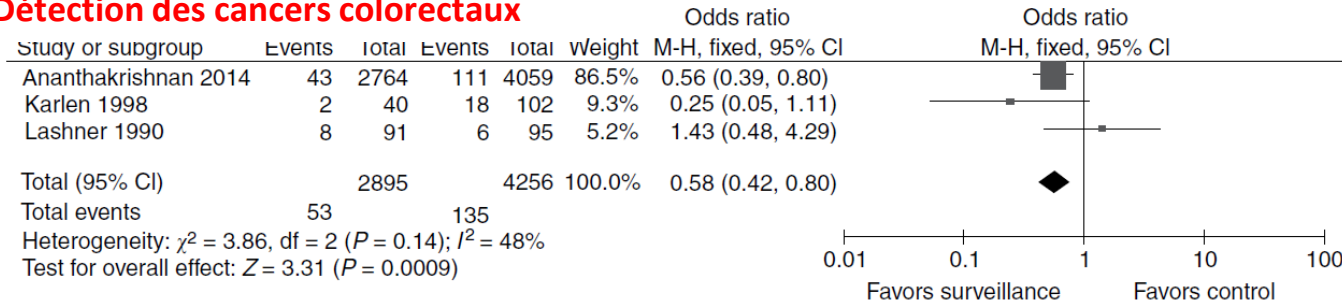
www.thelancet.com Vol 395 January 11, 2020

- le hazard ratio (HR) pour le CCR: 1,66 (IC 95% : 1,57 – 1,76)
- HR de mortalité par CCR: 1,59 (1,46 – 1,72).
- Les facteurs de risque associés au CCR sur RCH étaient:
 - âge précoce au diagnostic - avant 40 ans et surtout avant 20 ans
 - pancolite
 - cholangite sclérosante associée
 - antécédents familiaux de CCR au premier degré.

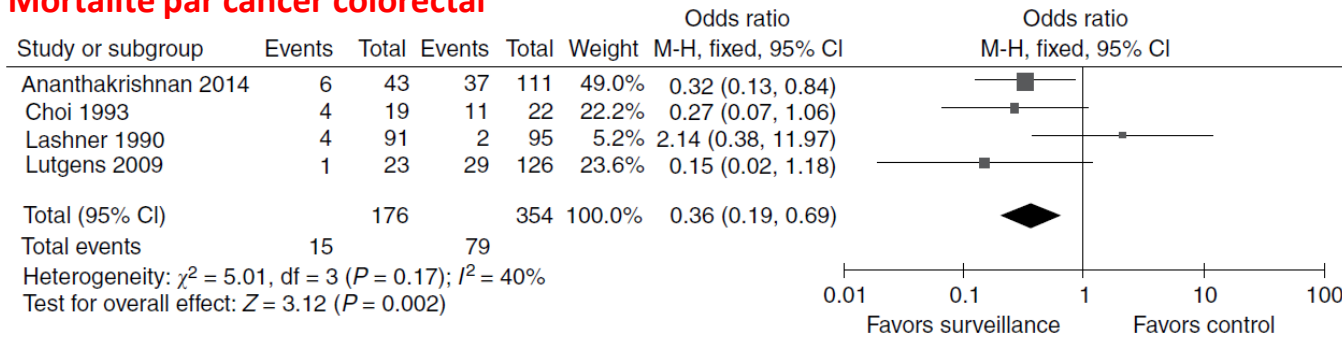
Pourquoi dépister la dysplasie?

Strategies for Detecting Colorectal Cancer in Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis

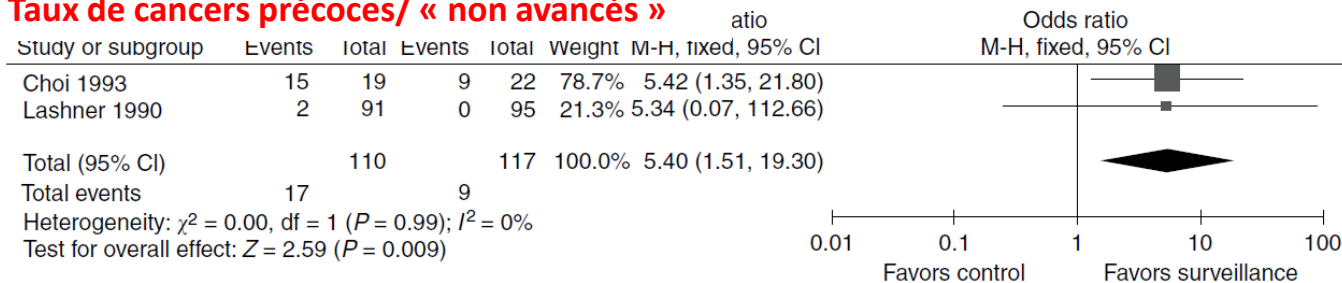
Détection des cancers colorectaux



Mortalité par cancer colorectal



Taux de cancers précoces/ « non avancés »



- 5 études observationnelles
- 7200 patients
- 42% de réduction du risque de CCR
- 64% de réduction du risque de mortalité par CCR
- 5 fois plus de détection de cancers de stade précoce

Qui est éligible au dépistage endoscopique?

- Tous les patients avec RCH d'extension > E1



-  prendre en compte l'extension histologique de l'atteinte maximale

- Tous les patients avec maladie de Crohn dont l'atteinte colique est > 30%



- Ne pas oublier le dépistage classique des adénomes/CCR sporadiques de toute MICI > 50 ans comme en population générale



Quand commencer le programme de dépistage endoscopique?



Guideline and methodology

US-based guidelines (ACG, ASGE)

ACG 2019
GRADE

ASGE 2015
GRADE

AGA 2021 (clinical practice update)
Expert consensus

Screening initiation, years after symptom onset^a

8–10 years

8 years

8–10 years

European-based guidelines

ECCO 2017 (UC only)
Expert consensus



BSG 2019
GRADE

NICE 2011
NICE guideline protocol

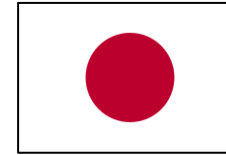
German 2019 (UC only)
Expert consensus

8 years

8 years

10 years

8 years



Guideline and methodology

Asian-based guidelines

AOCC and APAG, 2020
Expert consensus
GRADE

JSG, 2020
GRADE
Expert consensus

Other geography-specific guidelines

Australian NHMRC 2018
NHMRC protocol

Screening initiation, years after symptom onset^a

8 years

8 years (UC only)

8 years^b

Quand commencer le programme de dépistage endoscopique?

Au mieux lorsque la MICI est quiescente

- Détection plus facile des lésions
- Analyse histologique plus facile (inflammation = lésions indéfinies pour dysplasie)

Statement 3.6.5. ECCO-ESGAR Diagnostics GL [2018]

Colonoscopic surveillance is best performed when ulcerative colitis [UC] is in remission, because it is otherwise difficult to discriminate between dysplasia and inflammation on mucosal biopsies [EL5]

Journal of Crohn's and Colitis, 2019, 144–164K

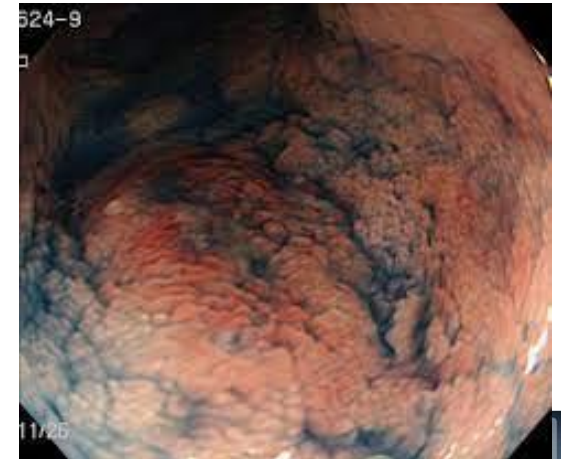
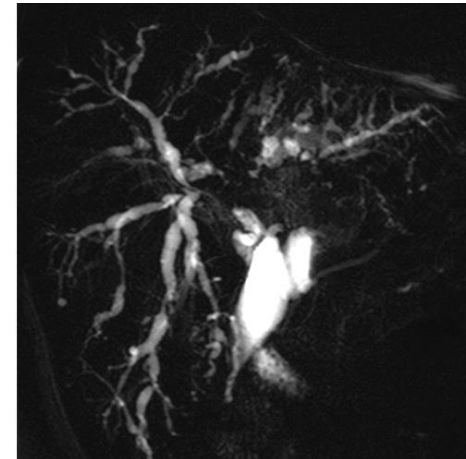


Quand commencer le programme de dépistage endoscopique?

Au mieux lorsque la MICI est quiescente

- Détection plus facile des lésions
- Analyse histologique plus facile (inflammation = lésions indéfinies pour dysplasie)

En cas de MICI associée à une Cholangite Sclérosante Primitive (CSP):
Dépistage **annuel** dès le diagnostic de la MICI



A quel rythme dépister?

- Prendre en compte :
 - Les caractéristiques de la MICI: ancienneté de l'activité inflammatoire, extension, remaniements muqueux (pseudopolypes, sténose, ...), ATCD de dysplasie
 - Les facteurs de risques individuels: histoire familiale de CCR, CSP

QCM : un antécédent de dysplasie classant le patient à haut risque est-il relié à :

- A. Un antécédent d'adénome avant le début de la MICI ?
- B. Un antécédent de dysplasie invisible aux biopsies au hasard dans le cadre de la surveillance de la MICI ?
- C. Un antécédent de dysplasie de bas grade sur n'importe quelle lésion réséquée dans le cadre de la surveillance
- D. La résection d'un adénome de 10 mm pédiculé d'allure sporadique dans le cadre de la surveillance ?
- E. Un antécédent de dysplasie sur EBO

QCM : un antécédent de dysplasie classant le patient à haut risque est-il relié à :

- A. Un antécédent d'adénome avant le début de la MICI ?
- B. Un antécédent de dysplasie invisible aux biopsies au hasard dans le cadre de la surveillance de la MICI ?**
- C. Un antécédent de dysplasie de bas grade sur n'importe quelle lésion réséquée dans le cadre de la surveillance**
- D. La résection d'un adénome de 10 mm pédiculé d'allure sporadique dans le cadre de la surveillance ?**
- E. Un antécédent de dysplasie sur EBO

A quel rythme dépister?



European
Crohn's and Colitis
Organisation

European surveillance guideline

Indication for surveillance colonoscopies

>30% colonic involvement
AND
8-10 years after onset of disease symptoms
OR
at disease onset for patients with PSC

Surveillance interval: three risk categories

Low 5 year	Intermediate 2-3 year	High Annually
No high or intermediate factors present	Post-inflammatory polyps First degree relative CRC age ≥ 50 years Extensive colitis with <u>mild-moderate</u> inflammation*	PSC First degree relative CRC age ≤ 50 years Dysplasia ≤ 5 years Extensive colitis with <u>severe</u> inflammation* Stricture ≤ 5 years

Journal of Crohn's and Colitis, 2019, 144–164K

A quel rythme dépister?

Délai du dépistage endoscopique de la dysplasie colique par rapport à la dernière endoscopie sans dysplasie détectée
Adapté aux ATCD de dysplasie, du risque individuel et des caractéristiques de la muqueuse colique

5 ans

Rémission clinique depuis le dernier examen avec cicatrisation muqueuse macroscopique, et au moins 1 critère suivant :

- Au moins 2 coloscopies consécutives sans dysplasie
- Extension antérieure des lésions limitée (rectite E1 pour la RCH, < 1/3 du côlon pour la MC)

ATCD = antécédent, MC = Maladie de Crohn. E1 = rectite selon la classification de Montréal.

D'après Murthy S et al, Gastroenterology. 2021

A quel rythme dépister?

Délai du dépistage endoscopique de la dysplasie colique par rapport à la dernière endoscopie sans dysplasie détectée
Adapté aux ATCD de dysplasie, du risque individuel et des caractéristiques de la muqueuse colique

	2-3 ans	5 ans
	<ul style="list-style-type: none">▪ Muqueuse inflammatoire (minime)▪ ATCD familiaux de CCR sans parents 1^{er} degré < 50 ans▪ Muqueuse cicatricielle témoignant d'une colite intense (pseudopolypes modérés, cicatrices fibreuse, colon tubulé)▪ ATCD de dysplasie « invisible » ou dysplasie de haut grade reséquée > 5 ans▪ ATCD de dysplasie de bas grade reséquée < 5 ans	<p>Rémission clinique depuis le dernier examen avec cicatrisation muqueuse macroscopique, et au moins 1 critère suivant :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Au moins 2 coloscopies consécutives sans dysplasie▪ Extension antérieure des lésions limitée (rectite E1 pour la RCH, < 1/3 du côlon pour la MC)

ATCD = antécédent, MC = Maladie de Crohn. E1 = rectite selon la classification de Montréal.

D'après Murthy S et al, Gastroenterology. 2021

A quel rythme dépister?

Délai du dépistage endoscopique de la dysplasie colique par rapport à la dernière endoscopie sans dysplasie détectée
Adapté aux ATCD de dysplasie, du risque individuel et des caractéristiques de la muqueuse colique

1 an	2-3 ans	5 ans
<ul style="list-style-type: none">▪ Muqueuse inflammatoire (modérée à sévère)▪ CSP▪ ATCD familial de CCR au premier degré < 50 ans▪ Pseudopolypes nombreux▪ ATCD de dysplasie « invisible » ou dysplasie de haut grade reséquée < 5 ans	<ul style="list-style-type: none">▪ Muqueuse inflammatoire (minime)▪ ATCD familiaux de CCR sans parents 1^{er} degré < 50 ans▪ Muqueuse cicatricielle témoignant d'une colite intense (pseudopolypes modérés, cicatrices fibreuse, colon tubulé)▪ ATCD de dysplasie « invisible » ou dysplasie de haut grade reséquée > 5 ans▪ ATCD de dysplasie de bas grade reséquée < 5 ans	<p>Rémission clinique depuis le dernier examen avec cicatrisation muqueuse macroscopique, et au moins 1 critère suivant :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Au moins 2 coloscopies consécutives sans dysplasie▪ Extension antérieure des lésions limitée (rectite E1 pour la RCH, < 1/3 du côlon pour la MC)

ATCD = antécédent, MC = Maladie de Crohn. E1 = rectite selon la classification de Montréal.

D'après Murthy S et al, Gastroenterology. 2021

Comment réaliser la détection des lésions?

- Préparation colique +++
- Endoscope HD+++

Statement 3.6.6. ECCO-ESGAR Diagnostics GL [2018]

Surveillance colonoscopy should take into account local expertise. Chromoendoscopy with targeted biopsies has been shown to increase dysplasia detection rate [EL2]. White-light endoscopy is less accurate. If white-light endoscopy is used, random biopsies [quadrantic biopsies every 10 cm] and targeted biopsies of any visible lesion should be performed [EL3]. High-definition endoscopy should be used if available [EL2]

- Lumière blanche?
- Coloration vitale?
- Coloration virtuelle?
- Prendre le temps de regarder+++



Multicentre randomised controlled trial on virtual chromoendoscopy in the detection of neoplasia during colitis surveillance high-definition colonoscopy (the VIRTUOSO trial)

Endoscopes HD!

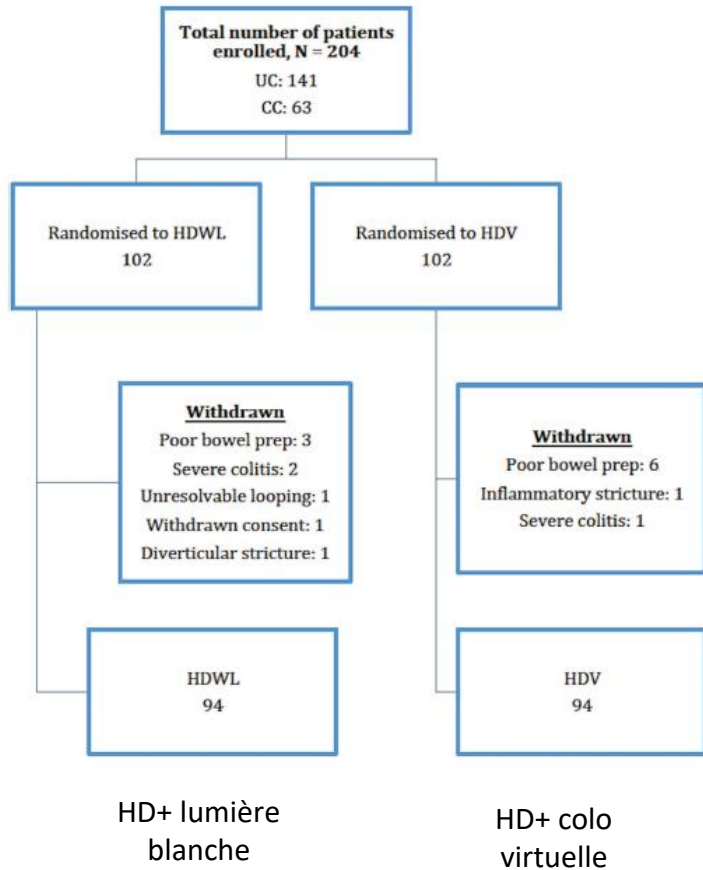
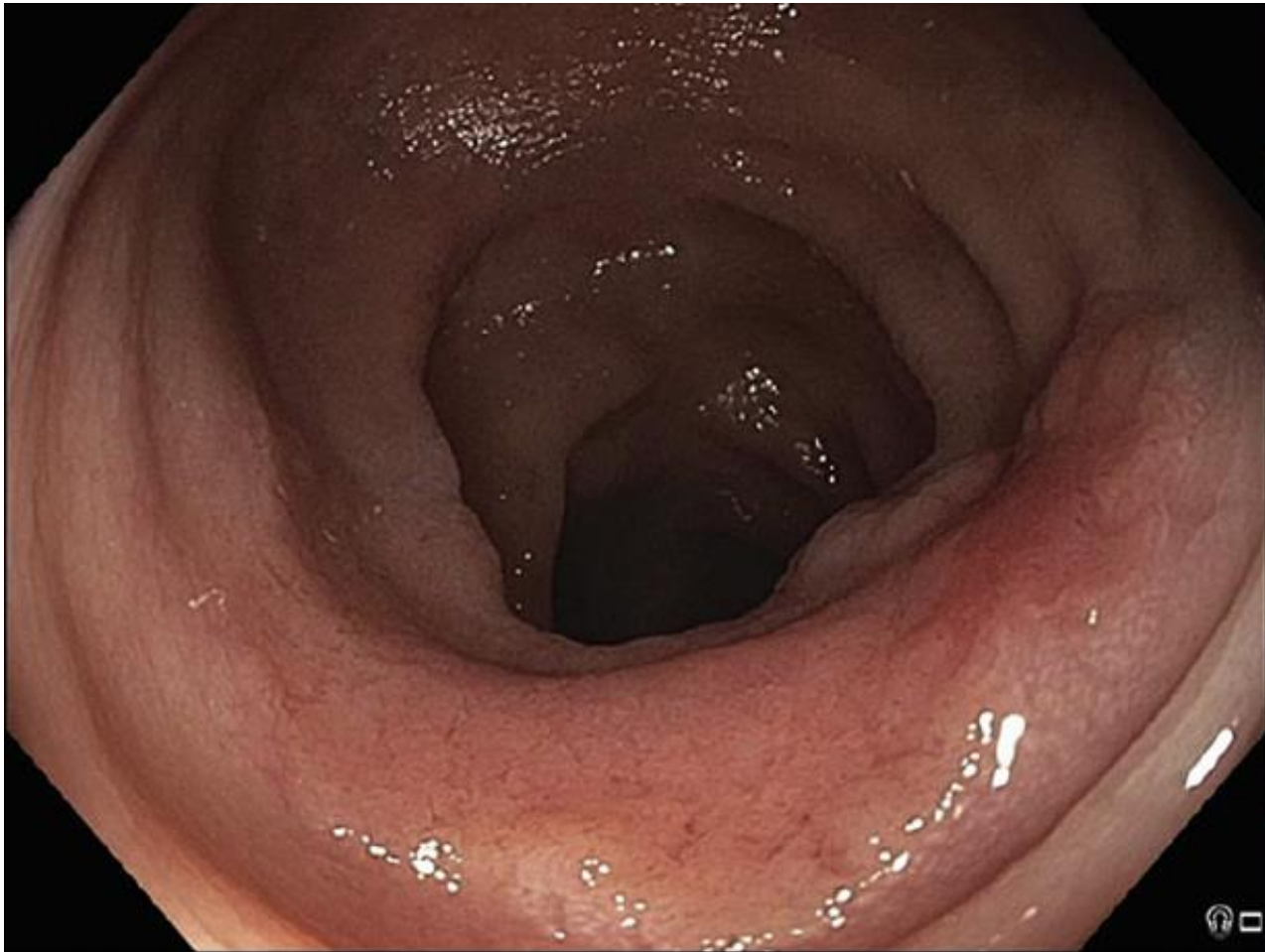


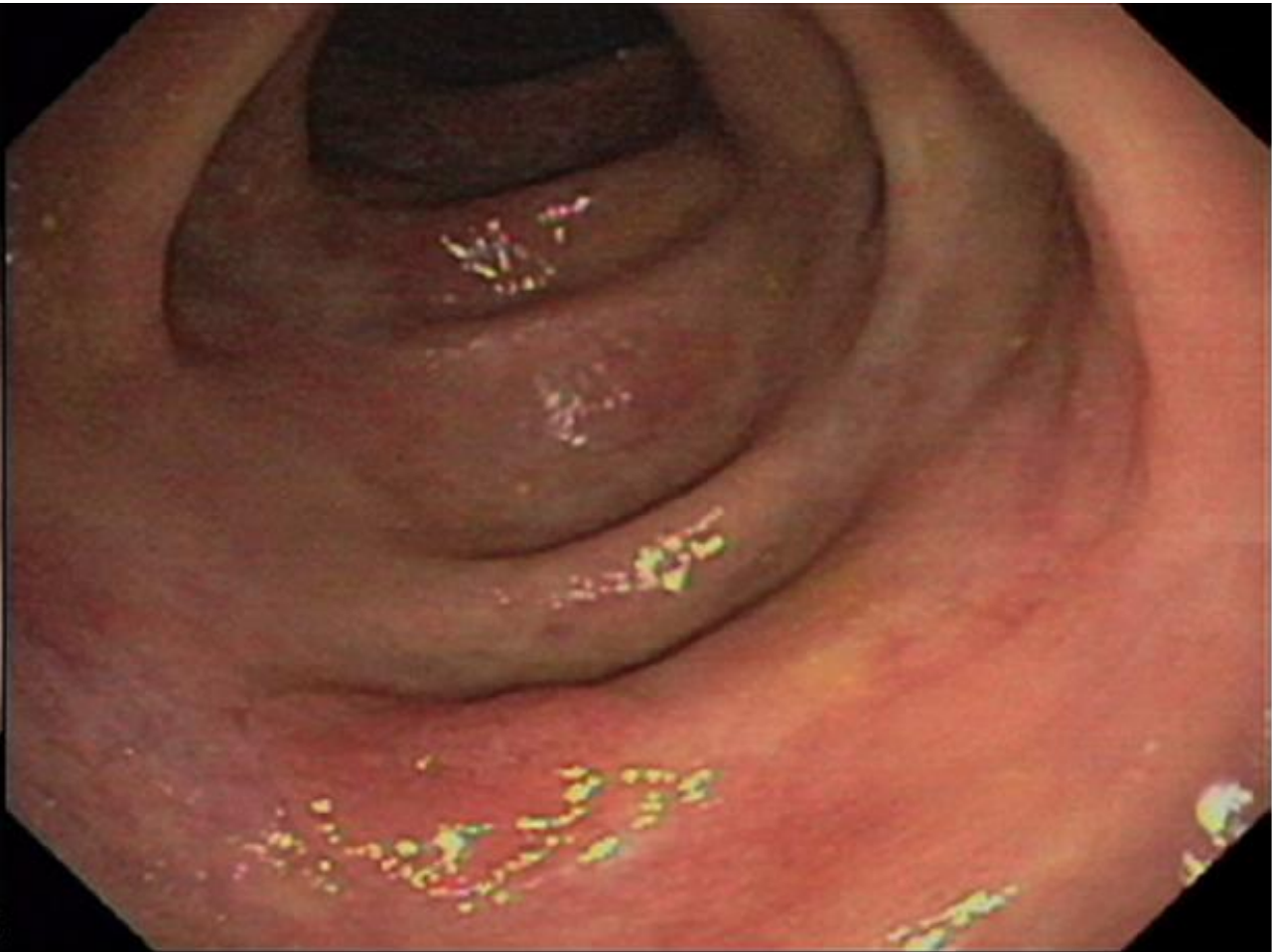
Table 3 The number of patients with lesions and the characteristics of lesions detected

	HDWL (n=94)	HDV (n=94)	Fisher's exact p value
Total number of lesions identified	71	78	0.21
Total number of neoplastic lesions	27	25	0.49
Paris classification of lesions			
IIa	18	19	0.55
IIb	2	3	0.32
IIa-c	1	0	0.33
Is	6	3	0.33

Endoscopes HD!



High Definition



Standard Definition

Systematic review with meta-analysis: Chromoendoscopy versus white light endoscopy in detection of dysplasia in patients with inflammatory bowel disease

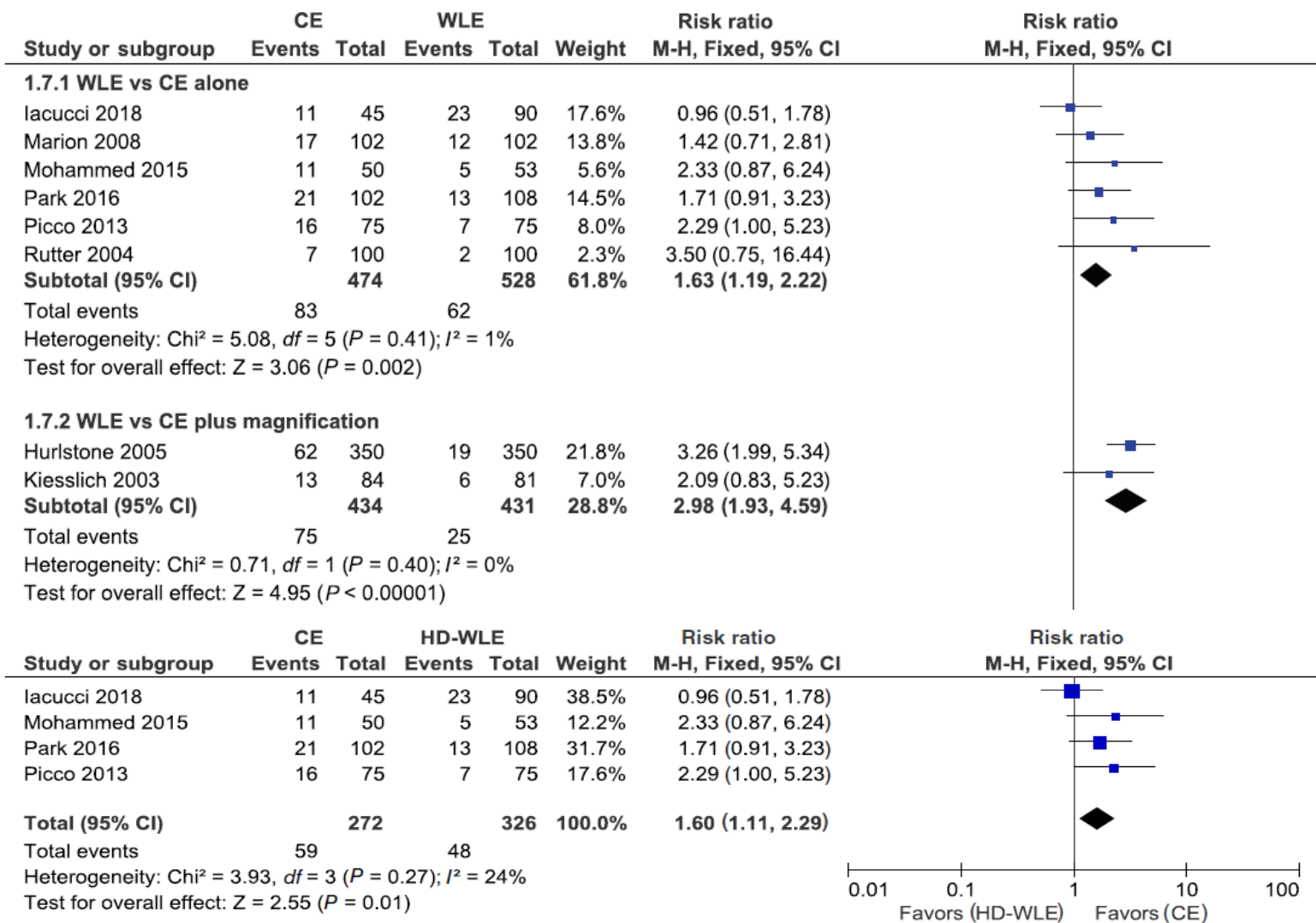





FIGURE 3 Comparison of chromoendoscopy (CE) and high-definition white light endoscopy (HD-WLE) in patients with dysplasia. M-H, Mantel-Haenszel test

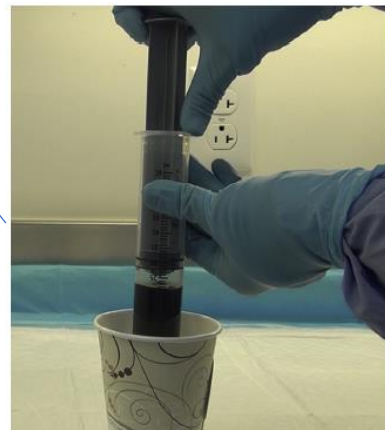
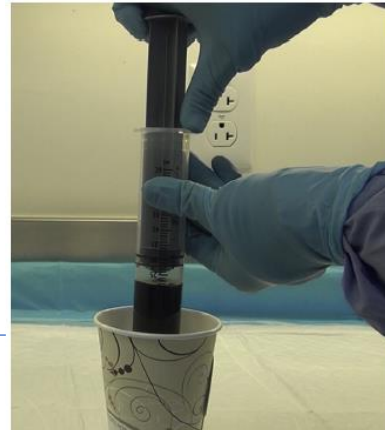
Dilution indigo carmin

- Detection : 2 ampoules dans 250 ml d'eau (waterjet)
- Caractérisation : 1 ampoule dans 25 ml d'eau
- Injection sous-muqueuse : à l'appréciation de l'opérateur

Dilutions de l'indigo carmin

Concentration of Indigo Carmine used in IBD patients

Purpose of IEE	Mixture	Depth of blue
Detection	2 Ampules with 250 mL of water	
Detailed Viewing	1 Ampule with 25 mL of water	
Submucosal Injection	10 Drops with 100 mL of saline	



Colorations virtuelles ou vitales?

Meta-analysis of Virtual-based Chromoendoscopy Compared With Dye-spraying Chromoendoscopy Standard and High-definition White Light Endoscopy in Patients With Inflammatory Bowel Disease at Increased Risk of Colon Cancer

3.2.3 I-scan chromocolonoscopy vs. Dye spraying chromocolonoscopy

Iacucci 2017	23	90	27	90	21.2%	0.85 [0.53, 1.37]
Lopez-Serrano 2017	2	33	4	33	5.6%	0.50 [0.10, 2.55]
Subtotal (95% CI)		123		123	26.8%	0.82 [0.52, 1.29]

Total events 25 31
 Heterogeneity: $\text{Tau}^2 = 0.00$; $\text{Chi}^2 = 0.38$, $\text{df} = 1$ ($P = 0.54$); $I^2 = 0\%$
 Test for overall effect: $Z = 0.87$ ($P = 0.38$)

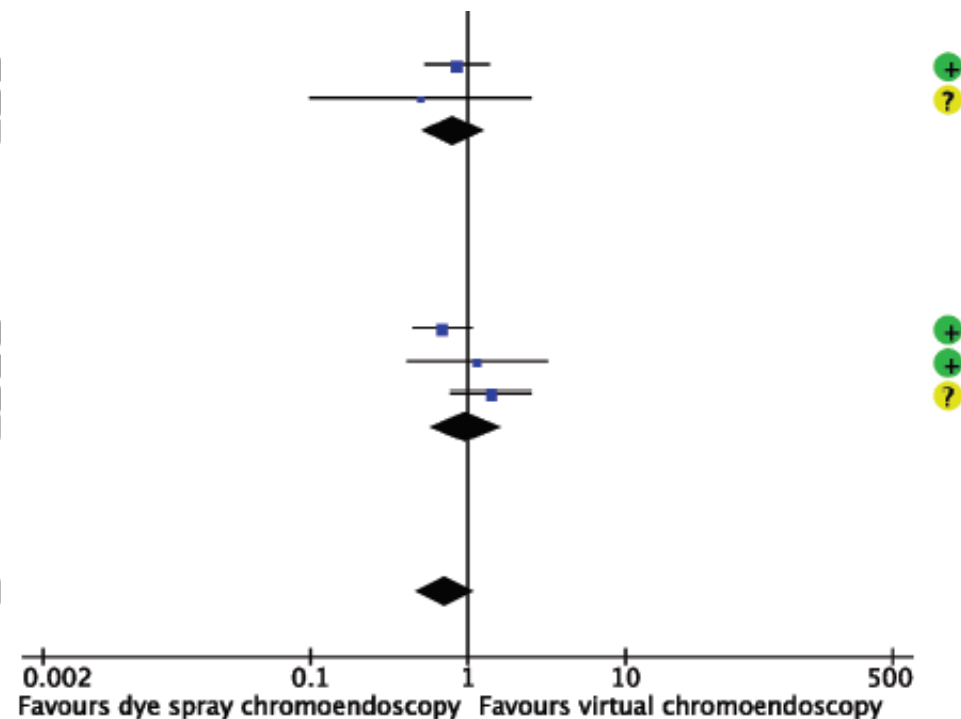
3.2.4 Narrow band image virtual chromocolonoscopy vs. Dye spraying chromocolonoscopy

Bisschops 2016	21	65	31	66	22.1%	0.69 [0.45, 1.06]
Pellise 2011	7	33	5	27	10.9%	1.15 [0.41, 3.20]
Watanabé 2016	23	133	16	130	18.6%	1.41 [0.78, 2.54]
Subtotal (95% CI)		231		223	51.5%	0.98 [0.58, 1.63]

Total events 51 52
 Heterogeneity: $\text{Tau}^2 = 0.10$; $\text{Chi}^2 = 3.95$, $\text{df} = 2$ ($P = 0.14$); $I^2 = 49\%$
 Test for overall effect: $Z = 0.09$ ($P = 0.93$)

Total (95% CI) 482 476 100.0% 0.72 [0.47, 1.11]

Total events 90 128
 Heterogeneity: $\text{Tau}^2 = 0.17$; $\text{Chi}^2 = 14.83$, $\text{df} = 6$ ($P = 0.02$); $I^2 = 60\%$
 Test for overall effect: $Z = 1.50$ ($P = 0.13$)
 Test for subgroup differences: $\text{Chi}^2 = 9.74$, $\text{df} = 3$ ($P = 0.02$), $I^2 = 69.2\%$

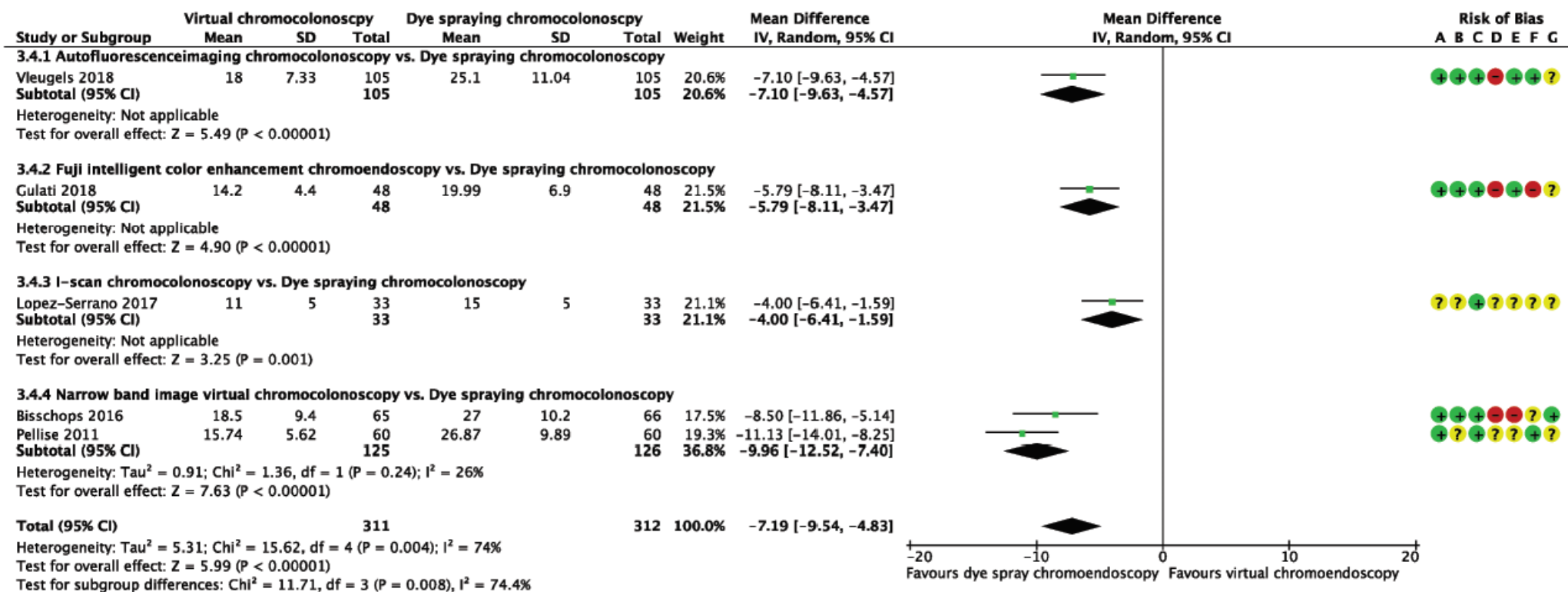


**Colorations virtuelles et vitales équivalentes pour la détection de la dysplasie
 Mais pas toujours HD ici, et HD-lumière blanche > coloration virtuelle!**

Colorations virtuelles ou vitales?

Meta-analysis of Virtual-based Chromoendoscopy Compared With Dye-spraying Chromoendoscopy Standard and High-definition White Light Endoscopy in Patients With Inflammatory Bowel Disease at Increased Risk of Colon Cancer

Temps moyen de coloscopie plus court de 7 min en coloration virtuelle



Biopsies systématiques aléatoires en cas d'absence de lésion visibles?

- **NON**: si chromoendoscopie « bonnes conditions »

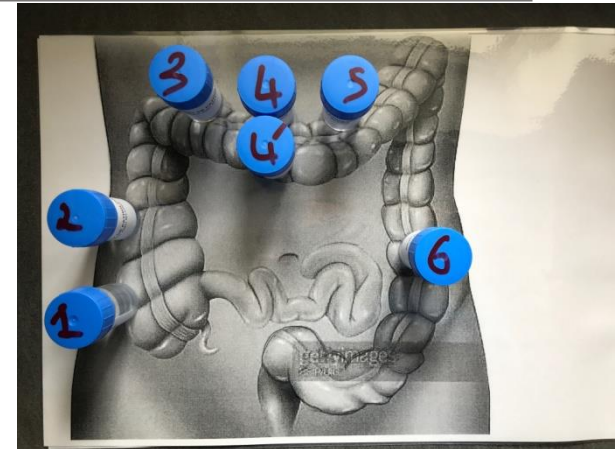
- Rentabilité 0,09-0,2% par biopsie aléatoire

- **Oui**: en cas de:

- Cholangite sclérosante primitive +++
- Muqueuse remaniée/colon « tubulisé »
- ATCD de dysplasie multifocale ou « invisible »
- Coloscopie en lumière blanche (non admissible en 2022!)

Statement 3.6.6. ECCO-ESGAR Diagnostics GL [2018]

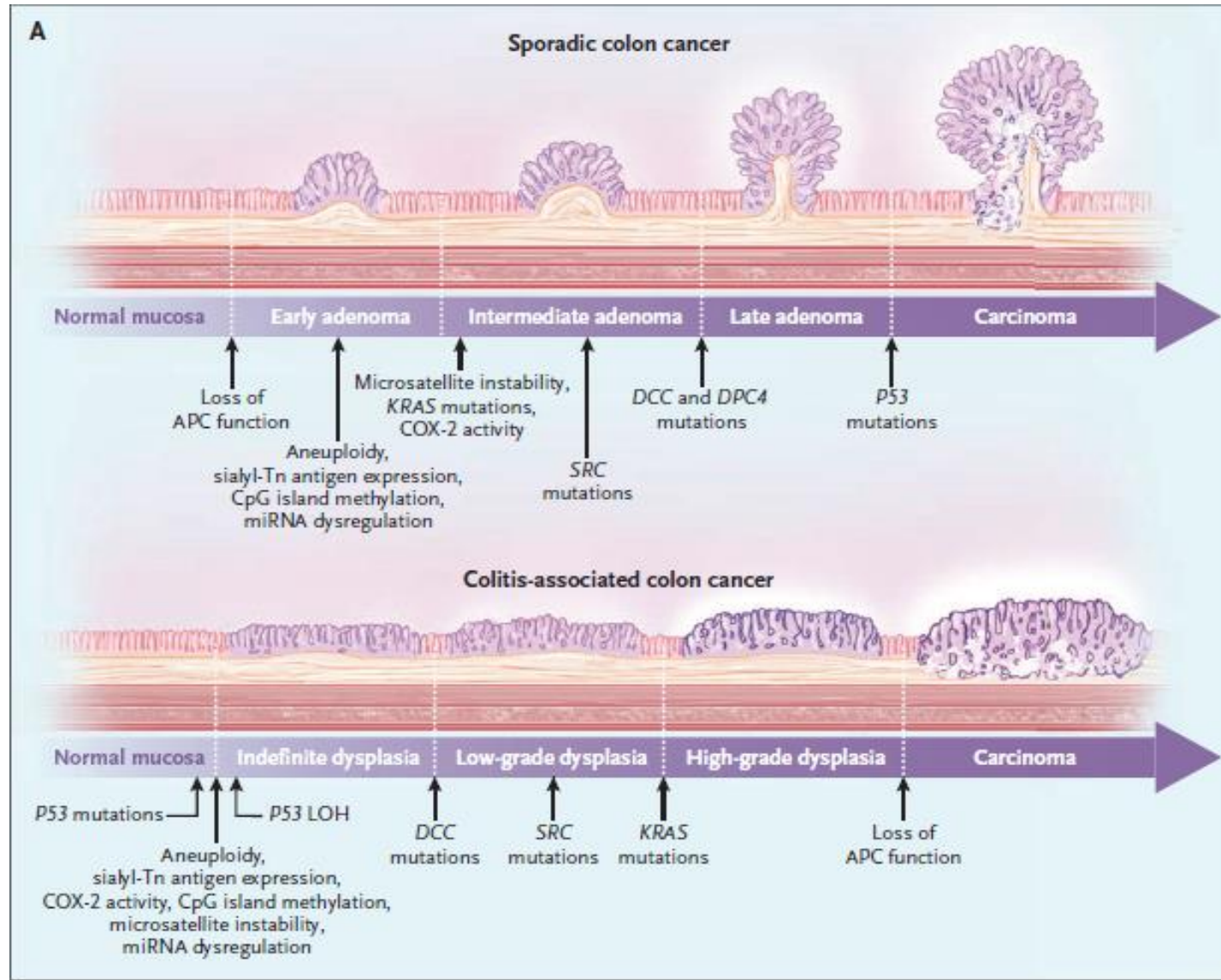
Surveillance colonoscopy should take into account local expertise. Chromoendoscopy with targeted biopsies has been shown to increase dysplasia detection rate [EL2]. White-light endoscopy is less accurate. If white-light endoscopy is used, random biopsies [quadrantic biopsies every 10 cm] and targeted biopsies of any visible lesion should be performed [EL3]. High-definition endoscopy should be used if available [EL2]



Identifier les lésions

- Éléments de caractérisation
- Décrire rigoureusement = poser le bon diagnostic
- Poser le bon diagnostic = proposer le bon traitement

Carcinogénèse colique sur MICI



Beaugerie L, Itzkowitz S et al. NEJM 2015

Détection

- Lésions visibles au sein de la muqueuse inflammatoire semblables à des adénomes.
 - Bien délimitées, sessiles ou pédiculées
- Lésions visibles au sein de la muqueuse inflammatoire NON semblables à des adénomes.
 - Multifocales, planes ou discrètement surélevées
- Depuis SCENIC, ~~ne plus utiliser DALM et ALM~~
- Lésion sporadique

Détection

- Toute variation de couleur, de forme ou de relief muqueux
- Interruption des sillons muqueux
- Toute déformation de la paroi colique
- Caractère friable, fragile, saignant au contact
- Erythème ou disparition de la trame vasculaire sous-muqueuse
- Identification d'une structure vilieuse voire nodulaire

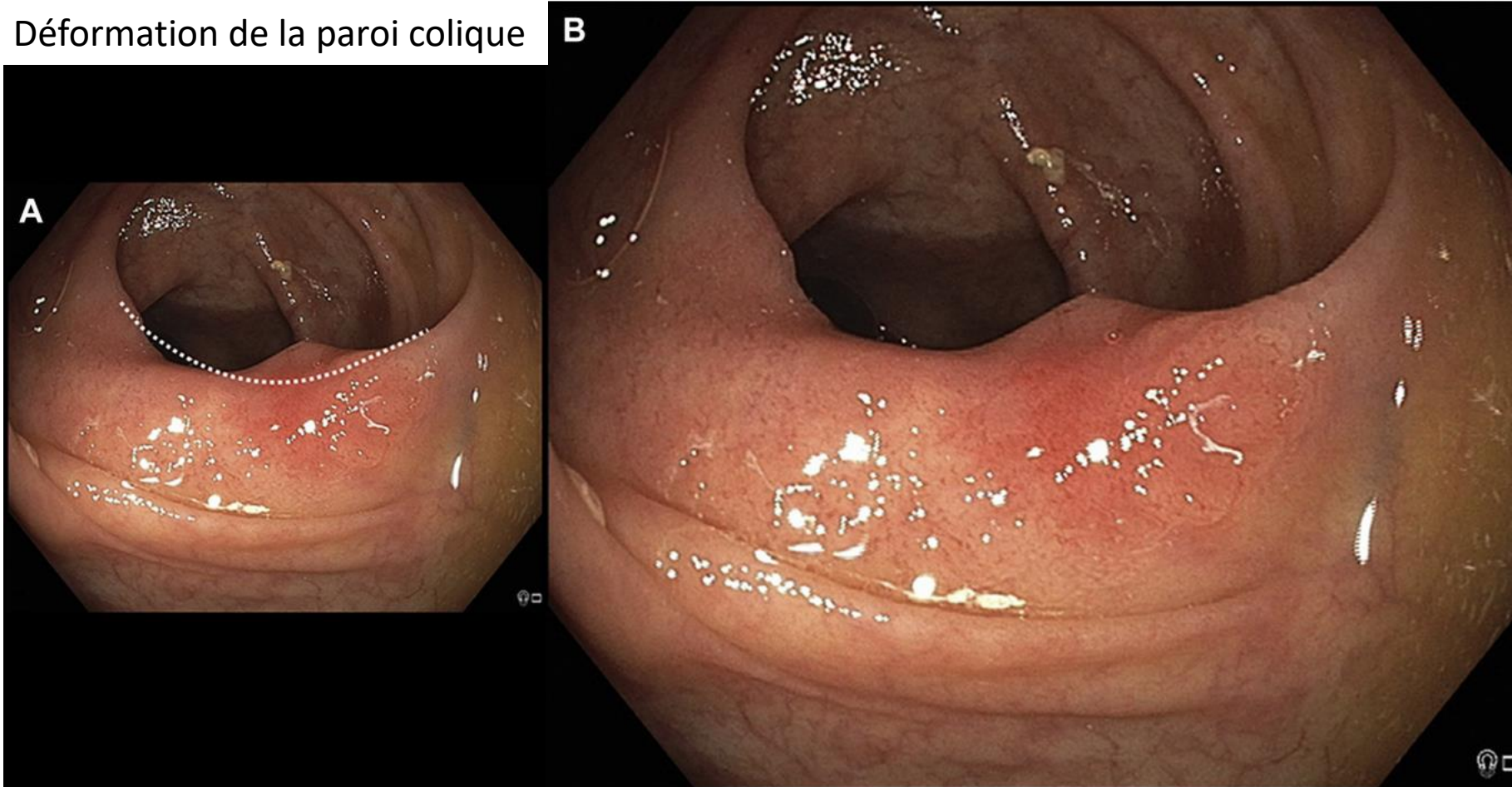
Détection

Déformation de la paroi colique



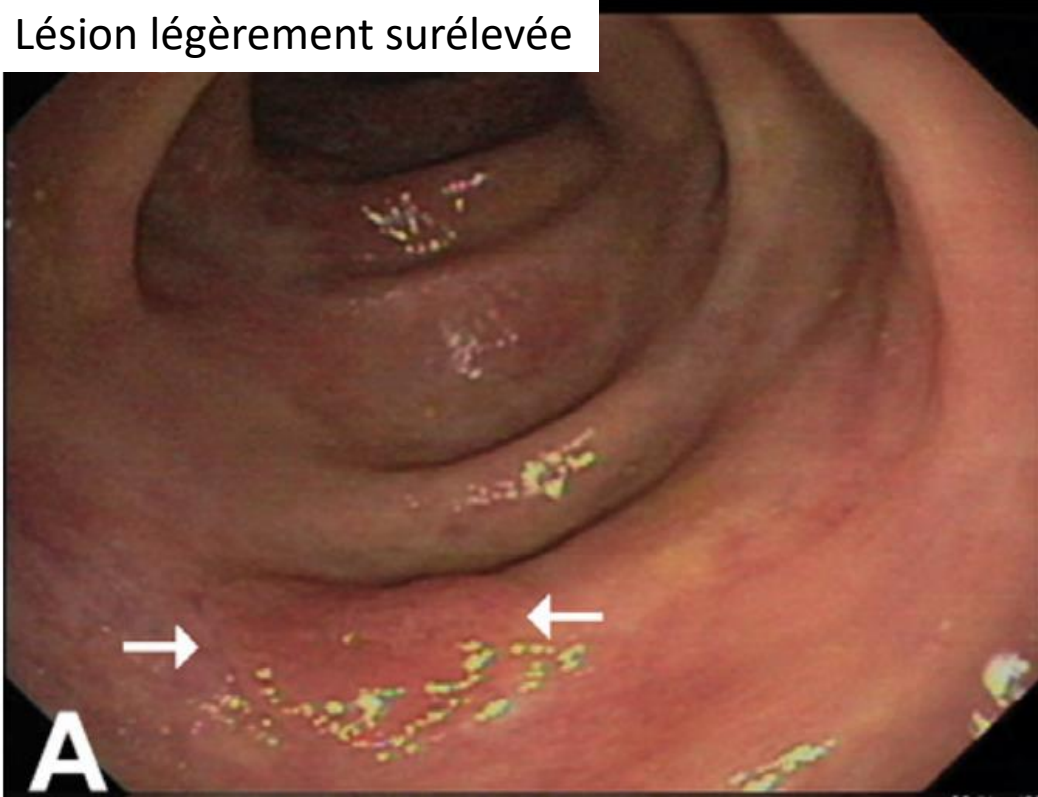
Détection

Déformation de la paroi colique

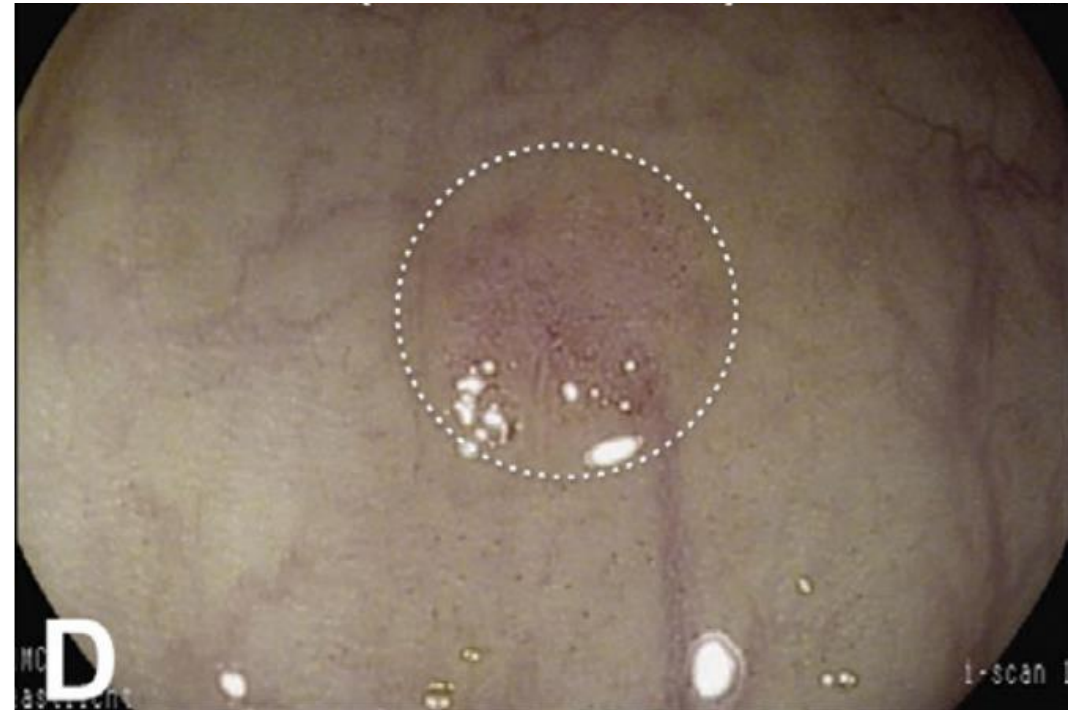


Détection

Lésion légèrement surélevée

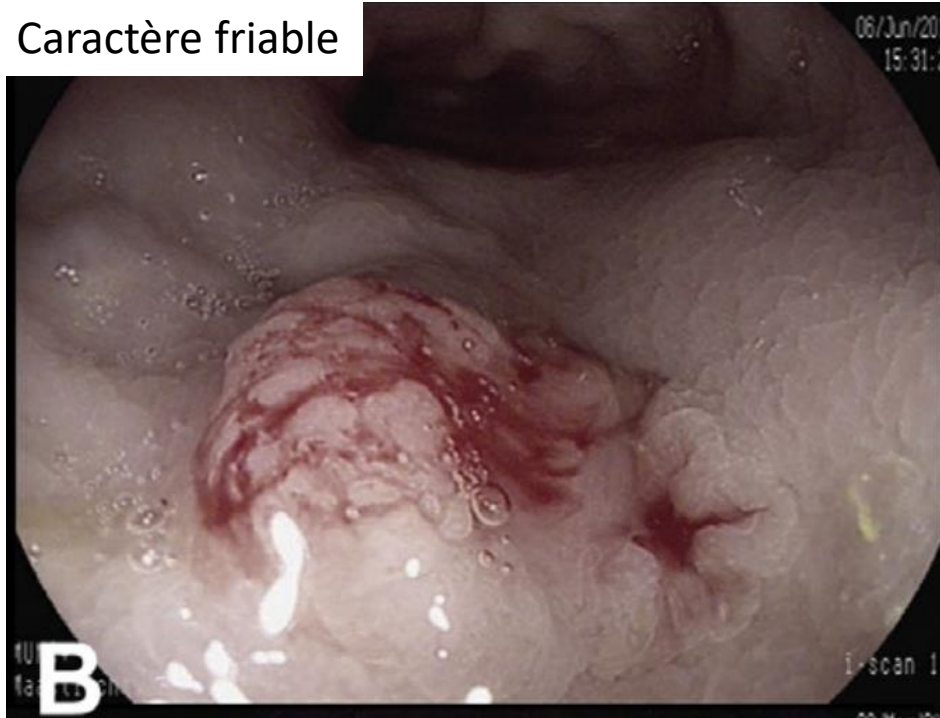


Variation de couleur



Détection

Caractère friable

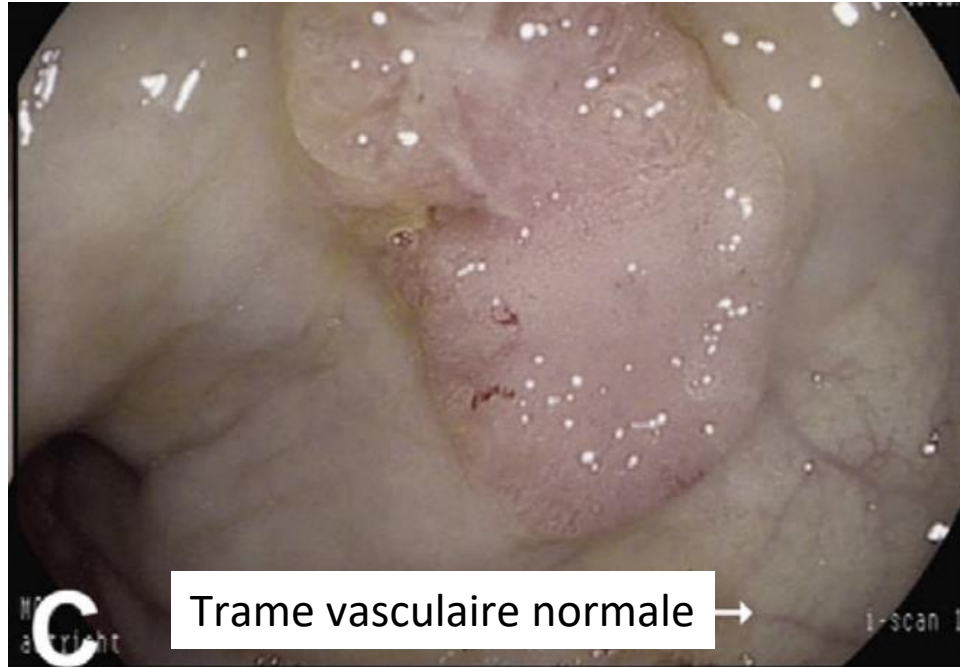


Structure villose

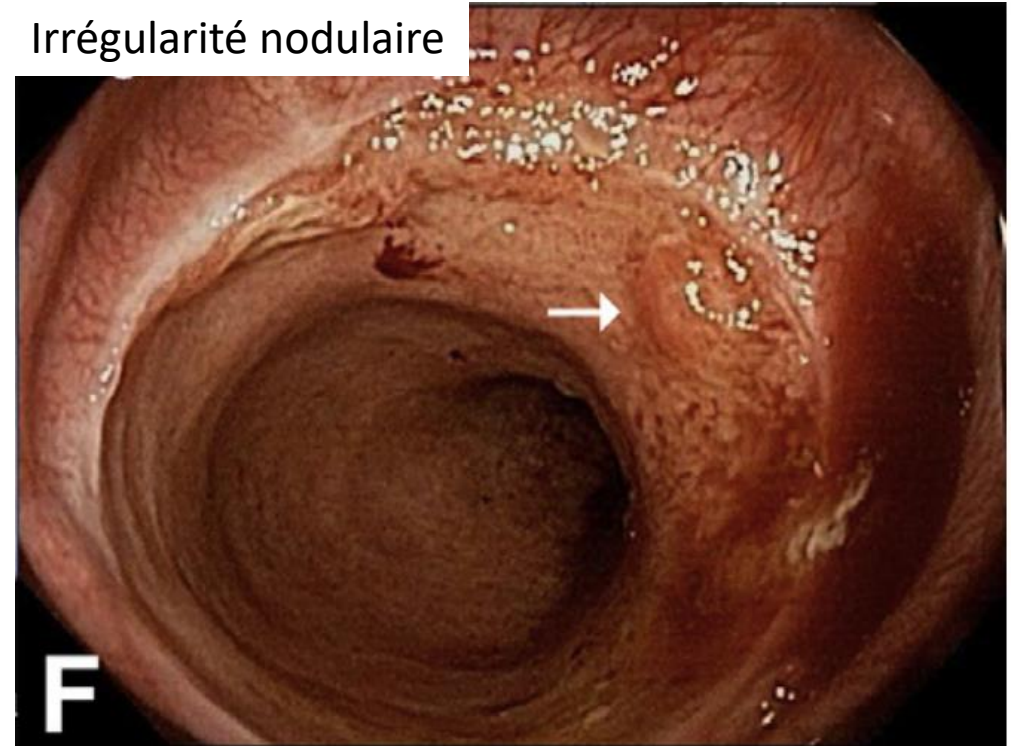


Détection

Disparition de la trame vasculaire sous-muqueuse

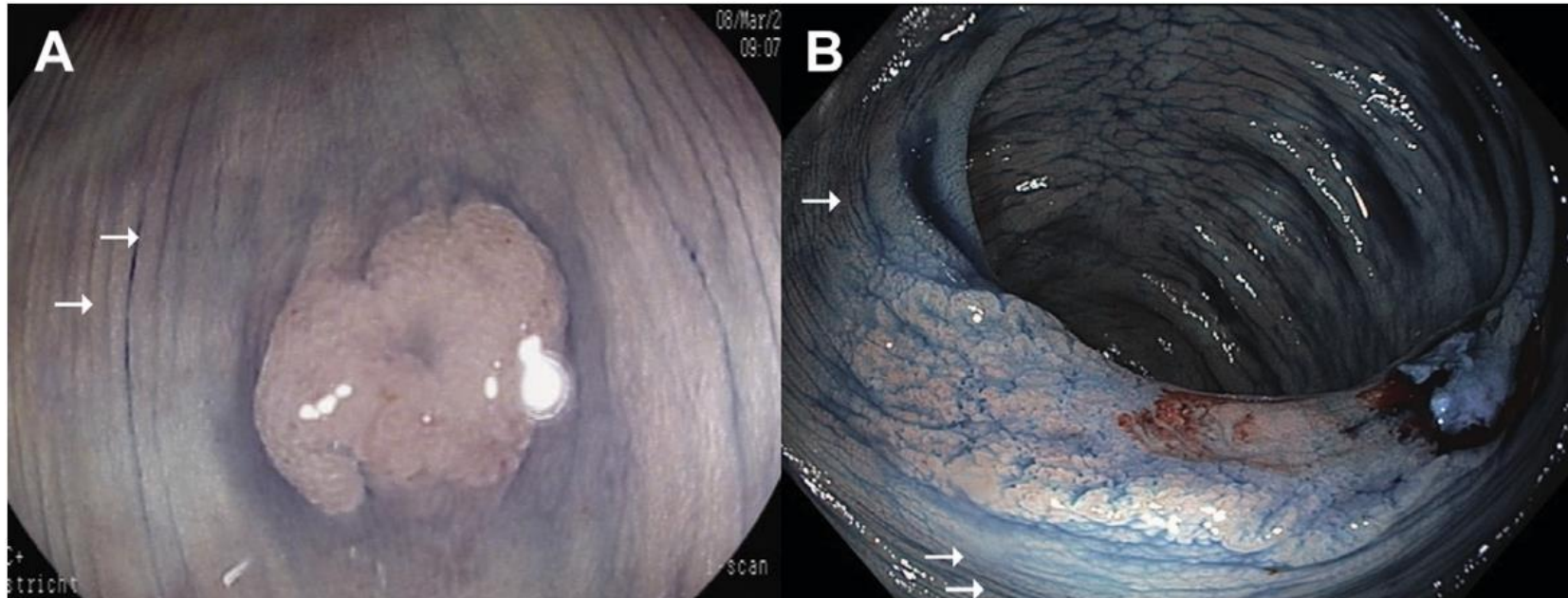


Irrégularité nodulaire



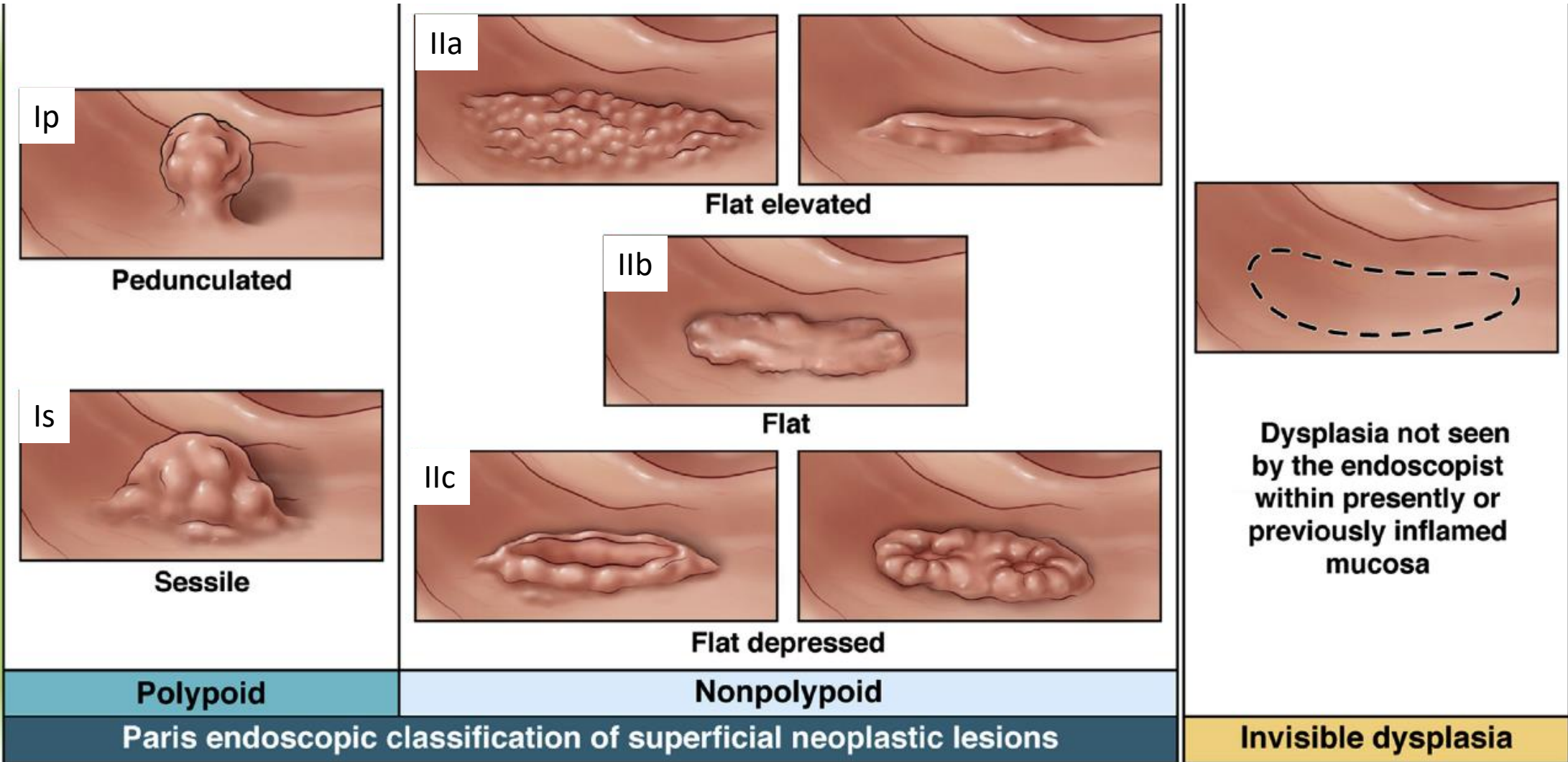
Détection

Interruption des sillons muqueux mis en évidence par l'indigo-carmin



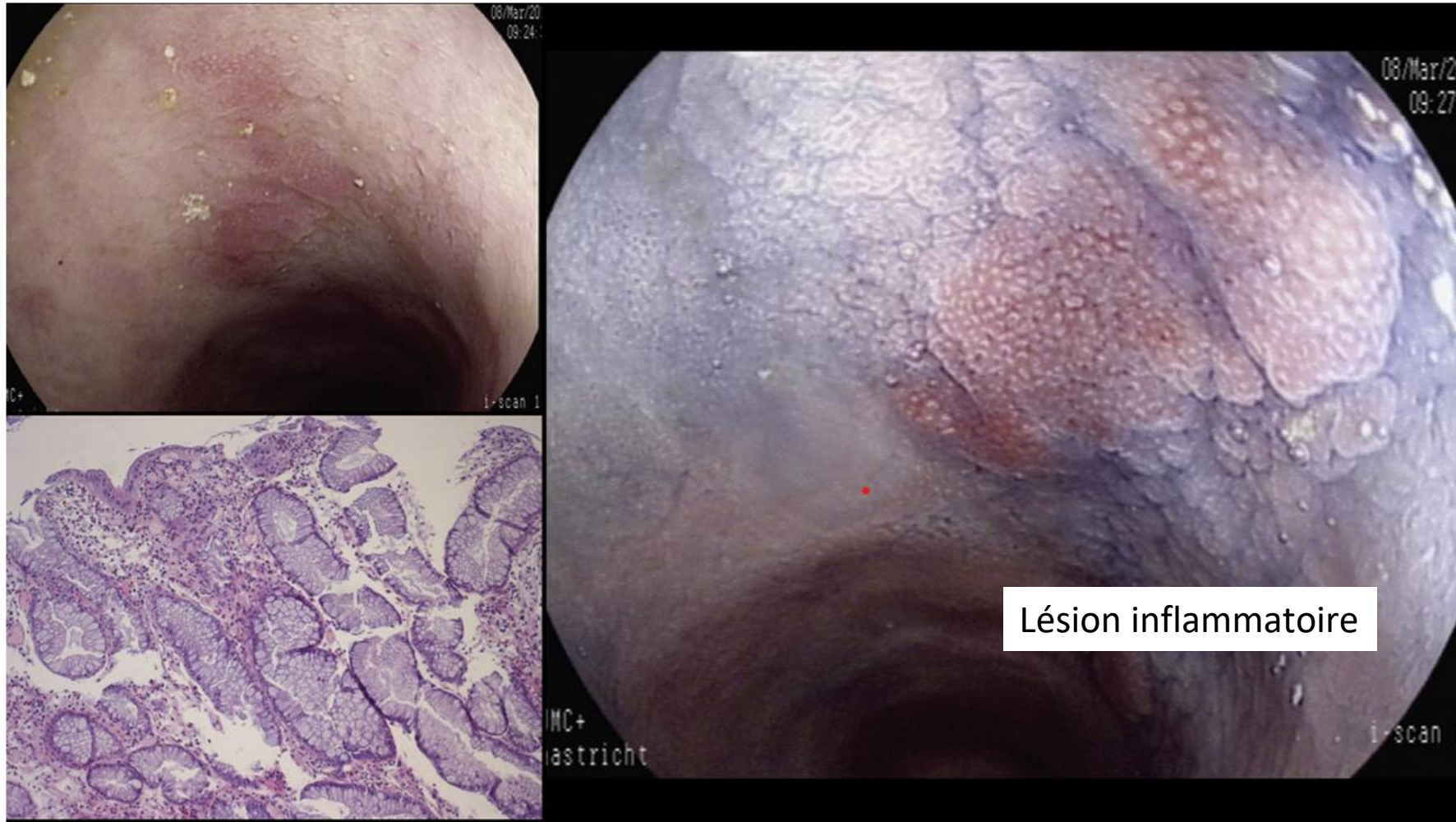
Caractérisation

- Classification de Paris s'applique
- Histogénèse différente
 - Kudo, Sano, CONECCT moins adaptées
- L'activité inflammatoire peu mimer la dysplasie
- La muqueuse villose hyperplasique régénérative est difficile à différencier de la dysplasie



In addition to Paris classification, report lesion size, morphology, border clarity, ulceration, location, if within area of colitis, completeness of resection, and any special techniques used to visualize.

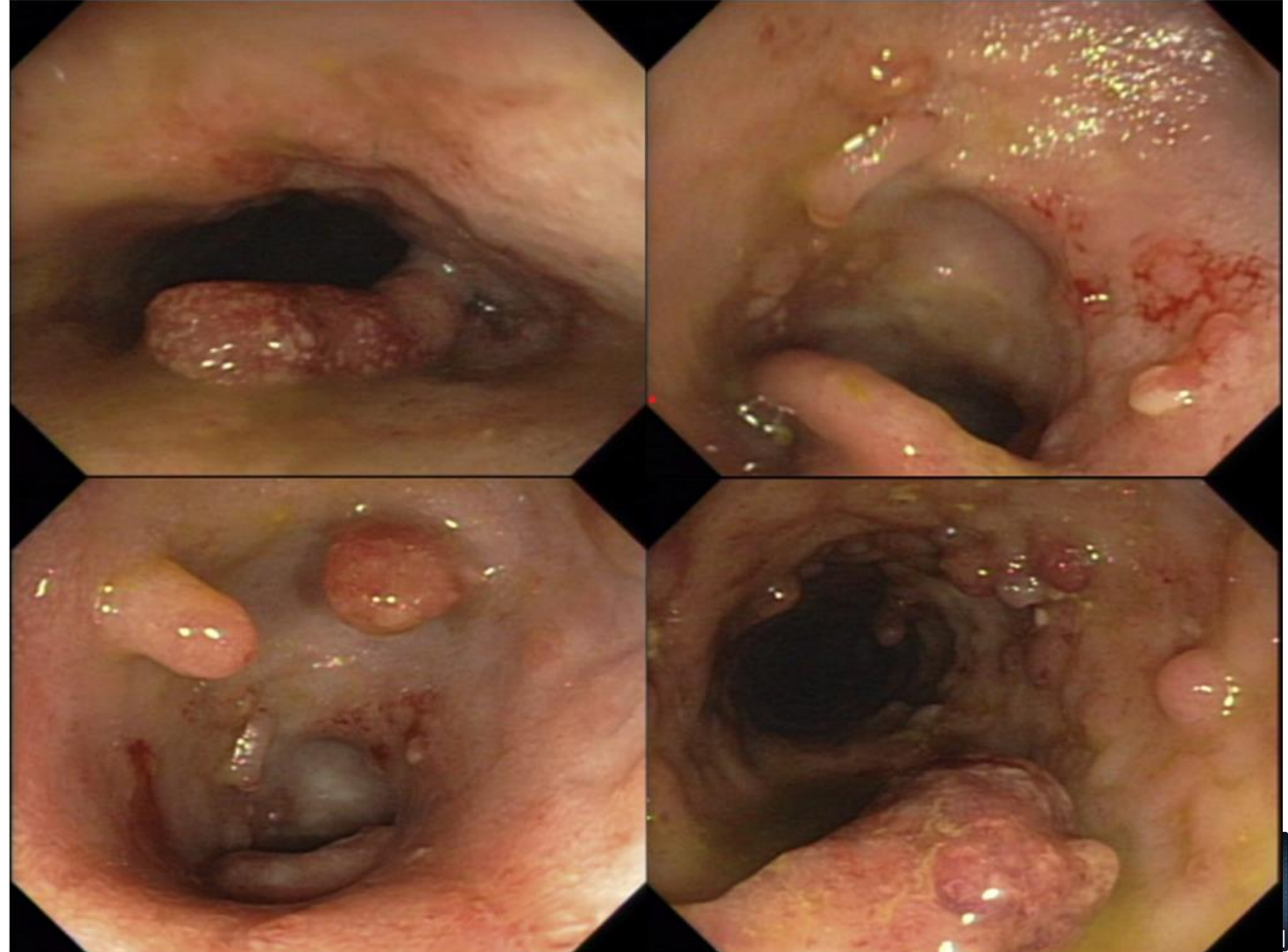
Caractérisation



Lésion inflammatoire

Caractérisation

Pseudo-polypes : Biopsies ?
Résection ?



Caractérisation

- Sugimoto et al, Gastrointest Endoscopy 2017 → **DHG** et SCENIC
 - 80% des lésions en DHG sont surélevées ou planes (**IIa ou IIb**)
 - 80% des lésions en DHG sont situées dans le **rectum ou le sigmoïde**
 - Toutes les lésions IIb et IIc étaient **érythémateuses**

Caractérisation

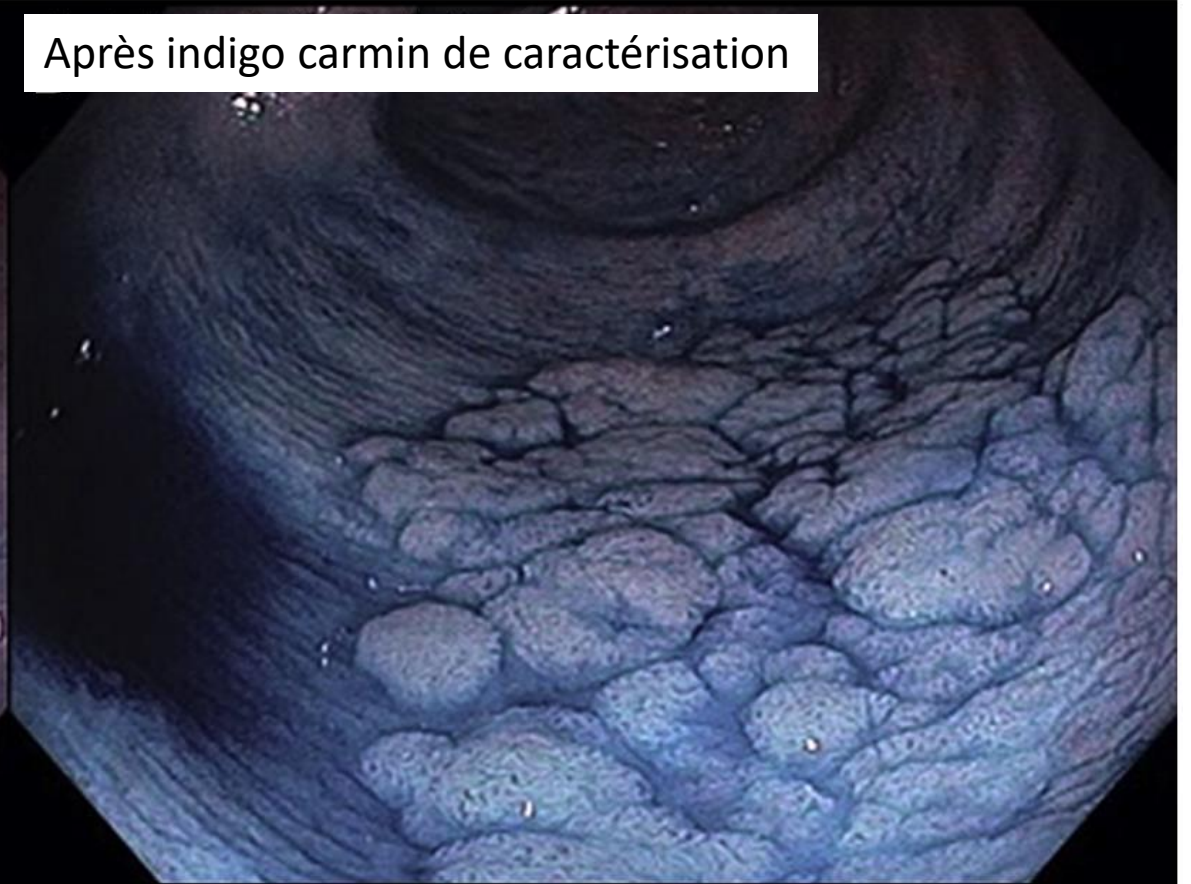
- Sugimoto et al, Gastrointest Endoscopy 2017 → **DHG** et SCENIC
 - Les lésions sessiles ou surélevées étaient accompagnées de zones planes (Is + IIb/IIa + IIB)
 - Les limites n'étaient pas bien visibles sans coloration adaptée

Caractérisation

Après indigo carmin de
détection



Après indigo carmin de caractérisation



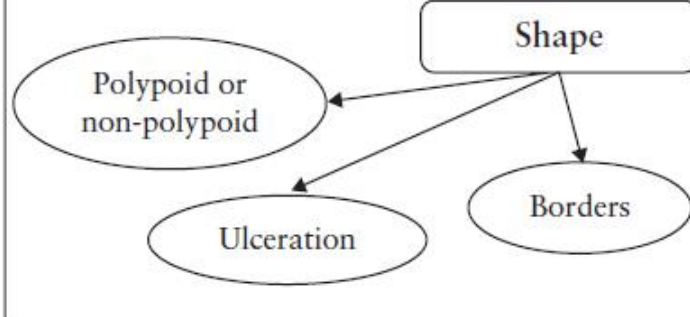
Caractérisation

- FACILE, Lacucci et al, Endoscopy 2019
- Lésion avec peu de relief, aspect irrégulier des glandes et vaisseaux de surface + signes d'inflammation alentour
 - risque élevé de dysplasie

Règle des 5 « S » pour caractériser les lésions

The Five "S"

Modified Paris Classification



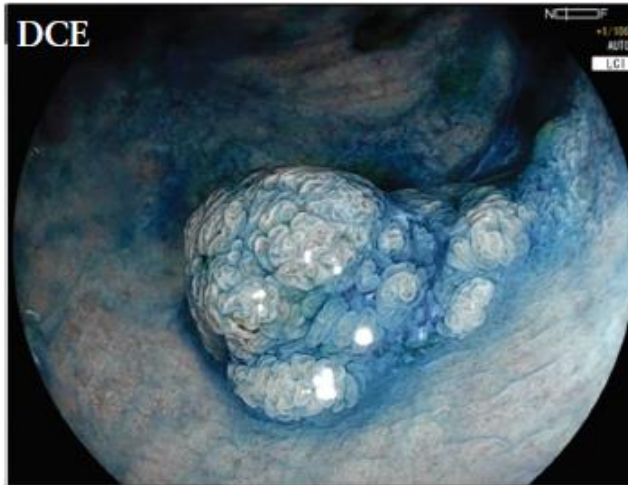
Surface

Kudo pit patten

Surrounding

Mucosal activity

Other lesions



BLI



Size

Compared to forceps as reference standard

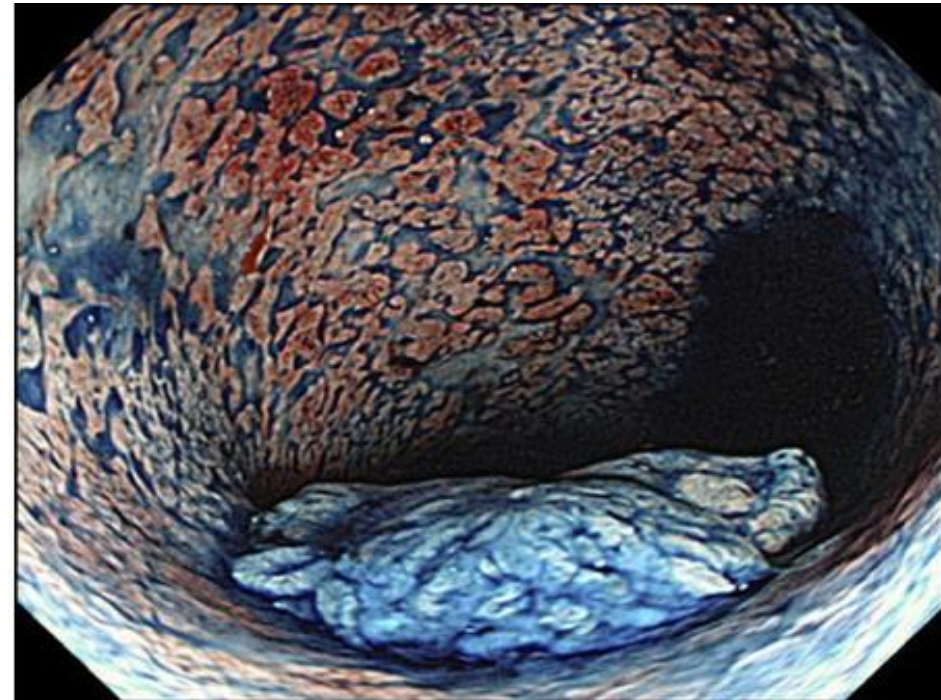
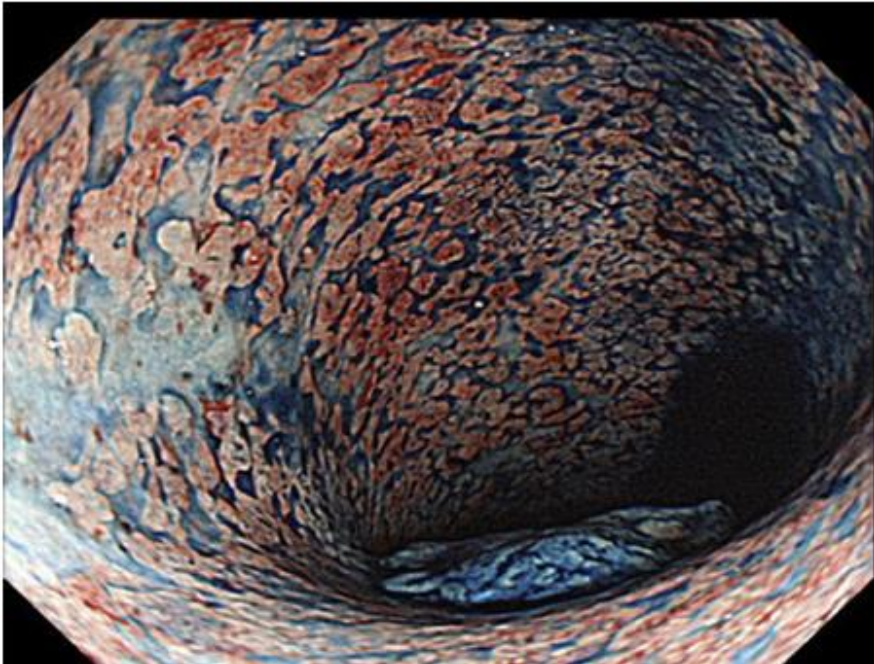
Site

Colitis-associated area

Not Colitis-associated area

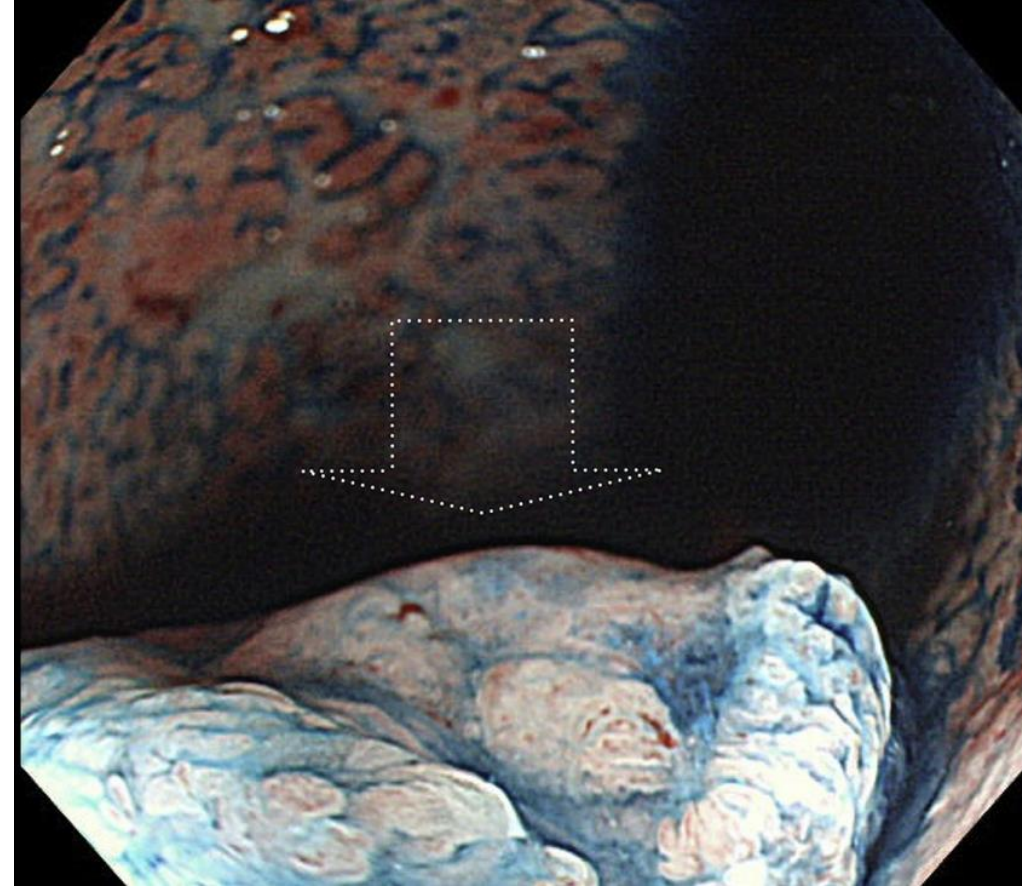
Caractérisation

- Résection endoscopique ou chirurgicale ?



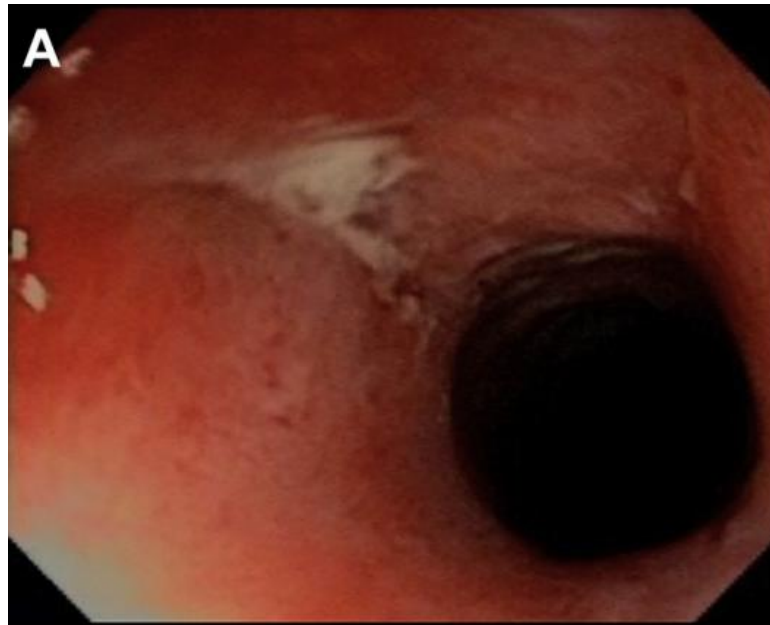
Caractérisation

- S'approcher au maximum de la lésion éventuellement avec un capuchon de dissection
- Centre déprimé
- Pit et vascular pattern défavorable
- Biopsies de la zone la plus suspecte
- Résection chirurgicale



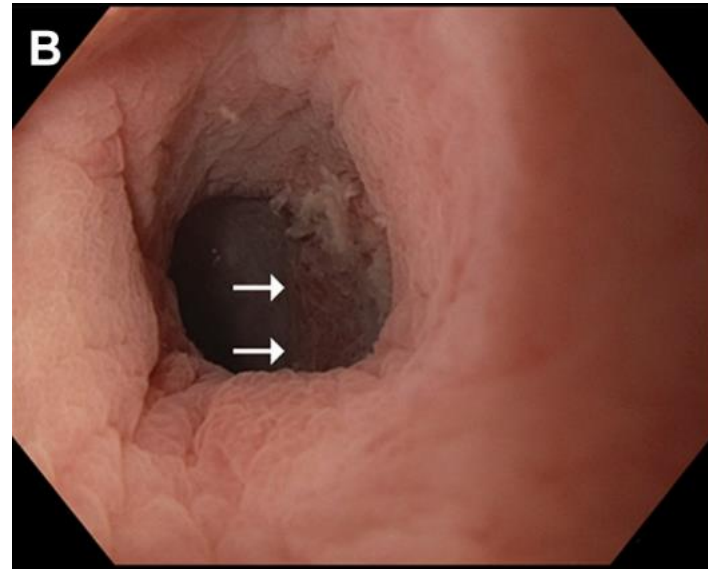
Caractérisation

- Cas particulier des sténoses : homme de 79 ans avec sténose connue depuis 6 ans, refus de chirurgie mais surveillance par coloscopie très régulière



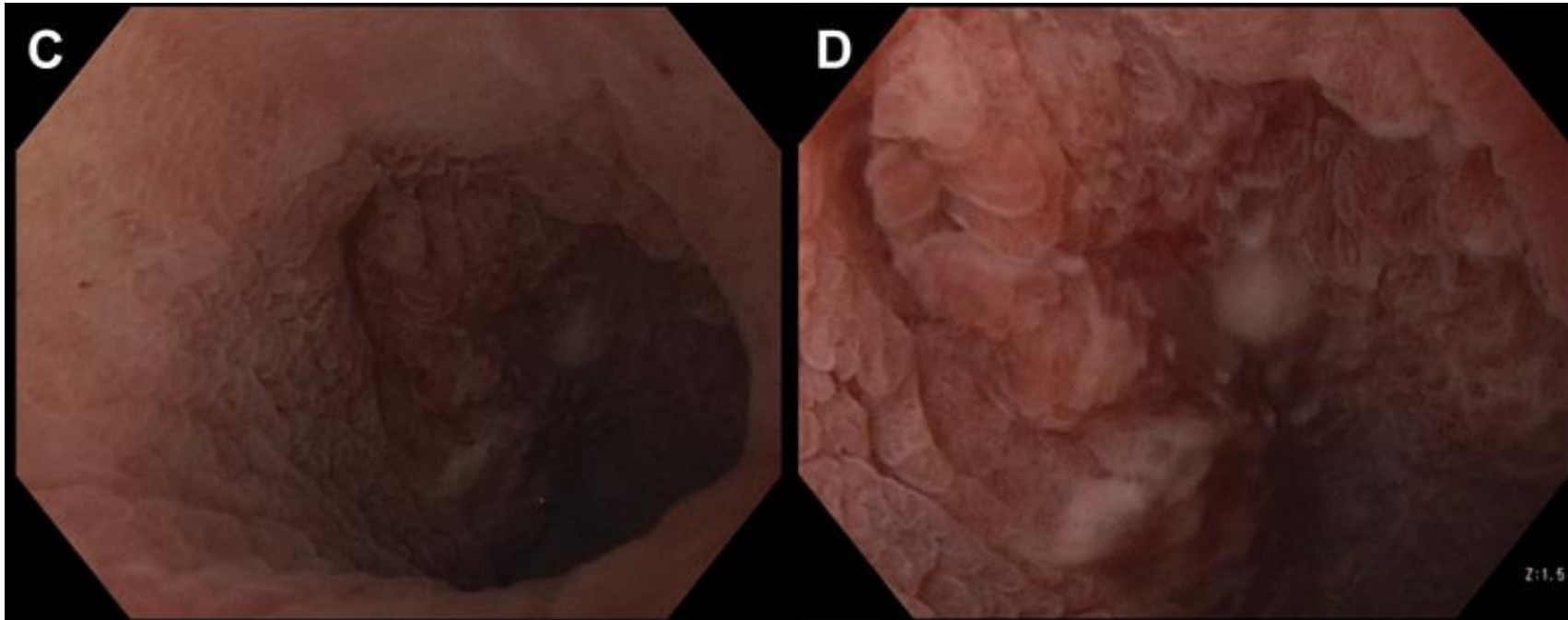
Caractérisation

- Puis, visualisation d'une zone suspecte en profondeur de la sténose



Caractérisation

- Puis en underwater, la visualisation se fait un peu mieux



- Les biopsies révèlent un adénocarcinome invasif

Résection

- Avant la résection, l'endoscopiste doit évaluer :
 - Taille
 - Localisation précise
 - Forme
 - Limites latérales
 - Aspect des glandes et vaisseaux de surface
 - L'aspect de la muqueuse alentour

QCM : quelles sont les lésions à réséquer lors de la coloscopie de surveillance :

- A. Tous les pseudopolypes ?
- B. Les pseudopolypes de plus de 10 mm ?
- C. Toutes lésions surélevées visibles et résécables ?
- D. Un polype caractérisé comme hyperplasique de 4 mm du rectum ?
- E. Une zone blanchâtre sans relief de 10 mm, bien limitée ?

QCM : quelles sont les lésions à réséquer lors de la coloscopie de surveillance :

- A. Tous les pseudopolypes ?
- B. Les pseudopolypes de plus de 10 mm ?
- C. Toutes lésions surélevées visibles et résécables ?**
- D. Un polype caractérisé comme hyperplasique de 4 mm du rectum ?
- E. Une zone blanchâtre sans relief de 10 mm, bien limitée ?

Résection

- Après discussion en staff MICI et double lecture anapath s'il y a eu des biopsies.
- Monobloc pour être curative !!!
- Immédiate ou différée
- Dans des conditions de rémission (ou au moins contrôle) clinique, endoscopique voir histologique de la MICI.

ECCO Current Practice Position 9.5

Classification as low-grade dysplasia and high-grade dysplasia depends on cytological and architectural criteria. The category 'indefinite for dysplasia' is appropriate for cases in which a distinction between non-neoplastic changes and dysplasia cannot be made [eg, poor quality sample; severe inflammation; confusing histological features]

ECCO Current Practice Position 9.6

Because of significant inter- and intra-observer variability, confirmation of dysplasia and its grade by an expert gastrointestinal pathologist is strongly recommended

QCM : faut-il faire des biopsies?

- A. Autour des lésions détectées qui ne seront pas réséquées sur le moment
- B. Autour des lésions détectées et réséquées en totalité d'un point de vue endoscopique
- C. Au centre des lésions que l'on ne va pas résequer soi-même mais référer en centre expert ?
- D. En périphérie des lésions que l'on ne va pas résequer soi-même mais référer en centre expert ?
- E. Au hasard tous les 10 cm en l'absence de lésions visibles en systématique ?

QCM : faut-il faire des biopsies?

- A. Autour des lésions détectées qui ne seront pas réséquées sur le moment
- B. Autour des lésions détectées et réséquées en totalité d'un point de vue endoscopique
- C. Au centre des lésions que l'on ne va pas résequer soi-même mais référer en centre expert ?
- D. En périphérie des lésions que l'on ne va pas résequer soi-même mais référer en centre expert ?**
- E. Au hasard tous les 10 cm en l'absence de lésions visibles en systématique ?

Résection : NE PAS OUBLIER !!

- Biopsies de la muqueuse plane autour de la lésion pour d'apprécier son caractère dysplasique.
- Que la lésion soit réséquée.
- Sur pot séparé.
- En cas de résection immédiate :
 - En cas de nombreuses lésions, biopsies séparées de la lésion.

Targeted biopsies should be performed where mucosal findings are suspicious for dysplasia or are inexplicably different from the surrounding mucosa. Endoscopic resection is preferred to biopsies when lesions are clearly demarcated without stigmata of invasive cancer or submucosal fibrosis. Mucosal biopsies surrounding a resected lesion are not required unless there are concerns about resection completeness.

Critères de résection complète

1. Marges lésionnelles bien définies en endoscopie
2. Résection endoscopiquement complète
3. Résection complète confirmée histologiquement

Yang et al, J Gastroenterol Hepatol 2019

Techniques de résection

- Mucosectomie standard (EMR), dissection sous-muqueuse (ESD)
- De réalisation souvent plus difficile du fait de la fibrose sous-muqueuse.
- Le soulèvement est parfois difficile et ne doit pas systématiquement être interprété comme un « non-lifting sign »

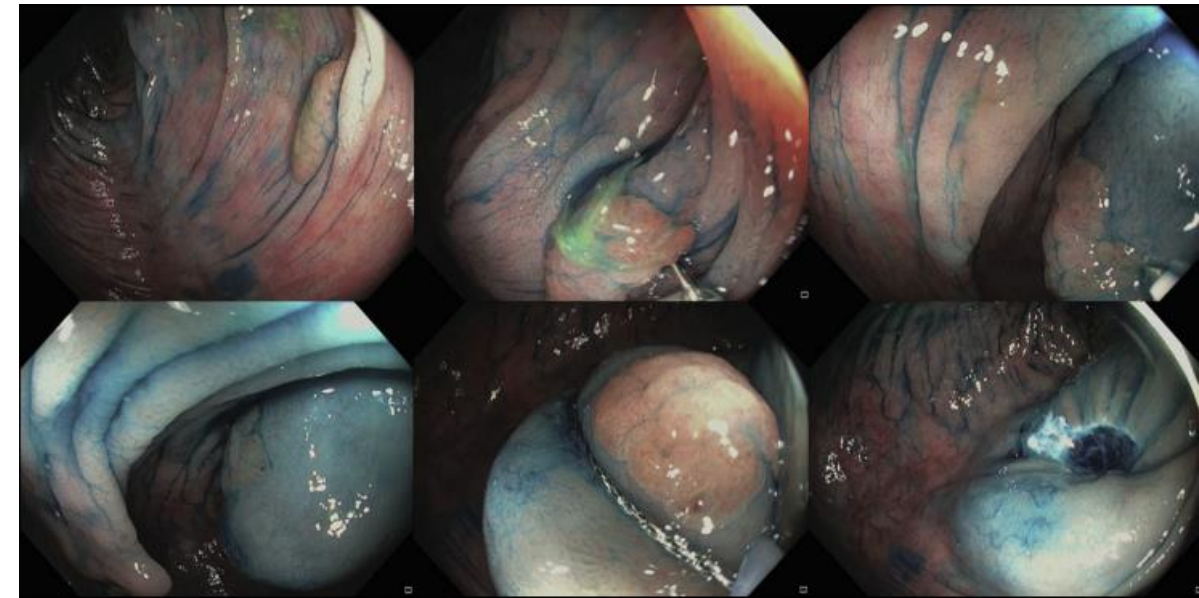
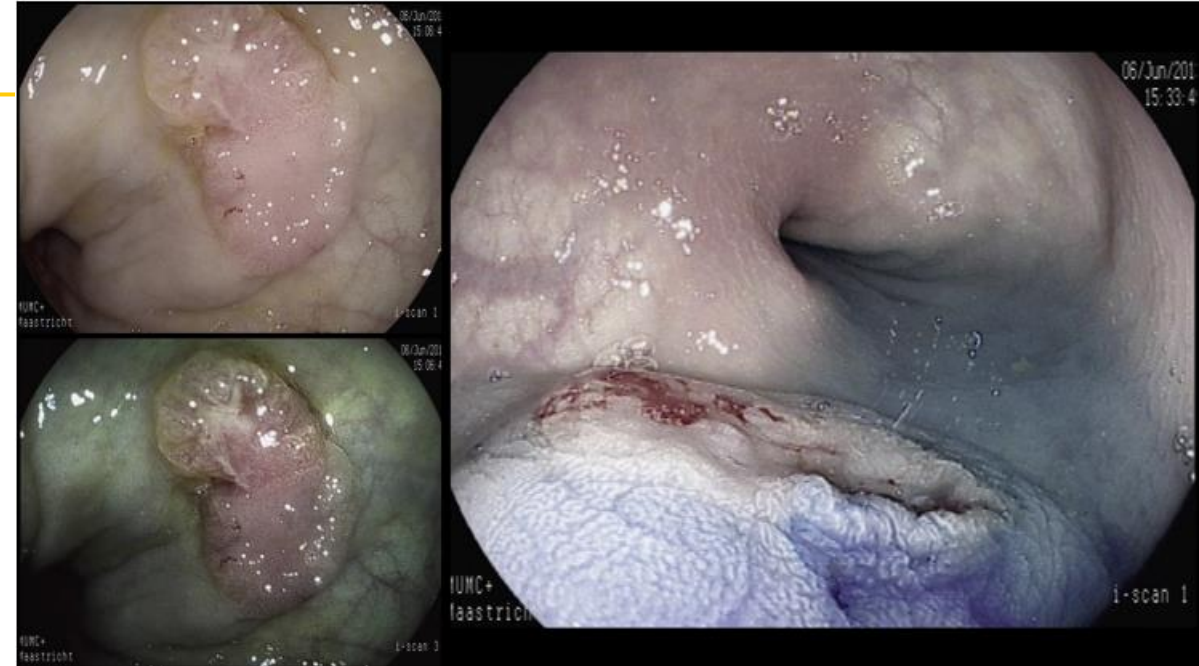
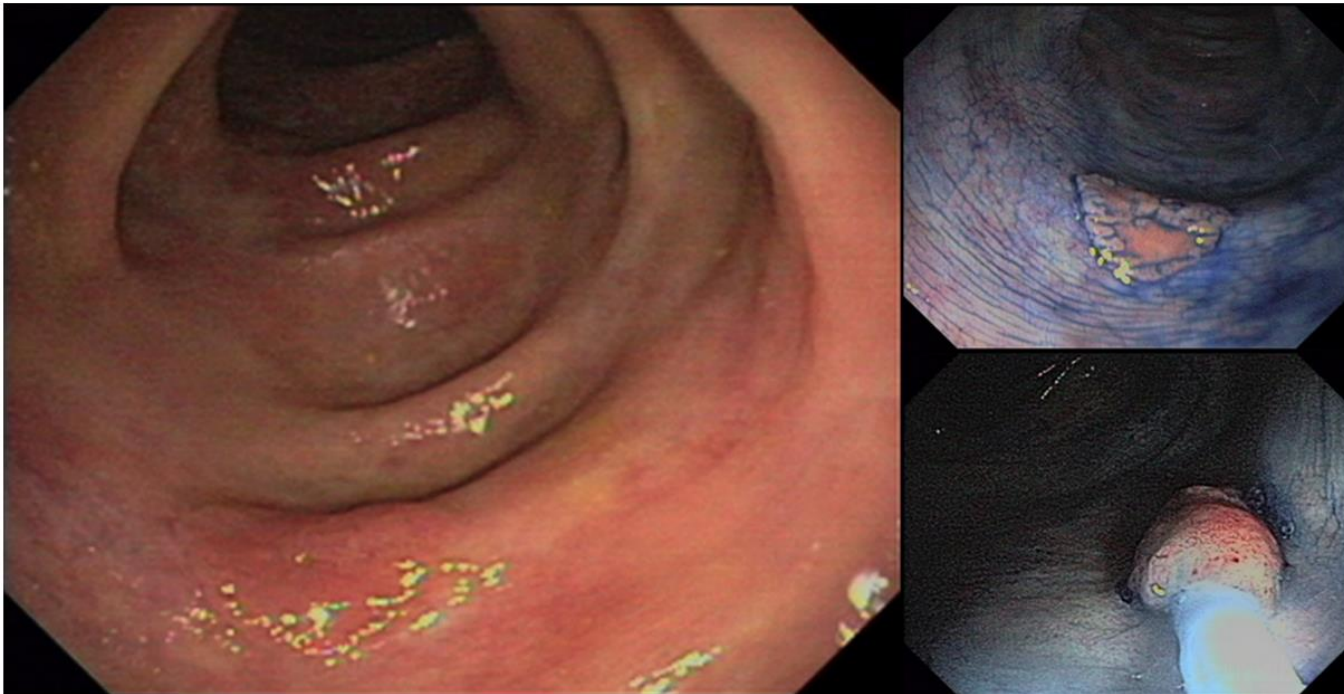
Résection : EMR ou ESD ?

- Principe de la résection monobloc !!
- Ne jamais faire de résection fragmentée (piece-meal)
- Ne jamais commencer un geste de résection si l'opérateur n'est pas certain de le terminer.

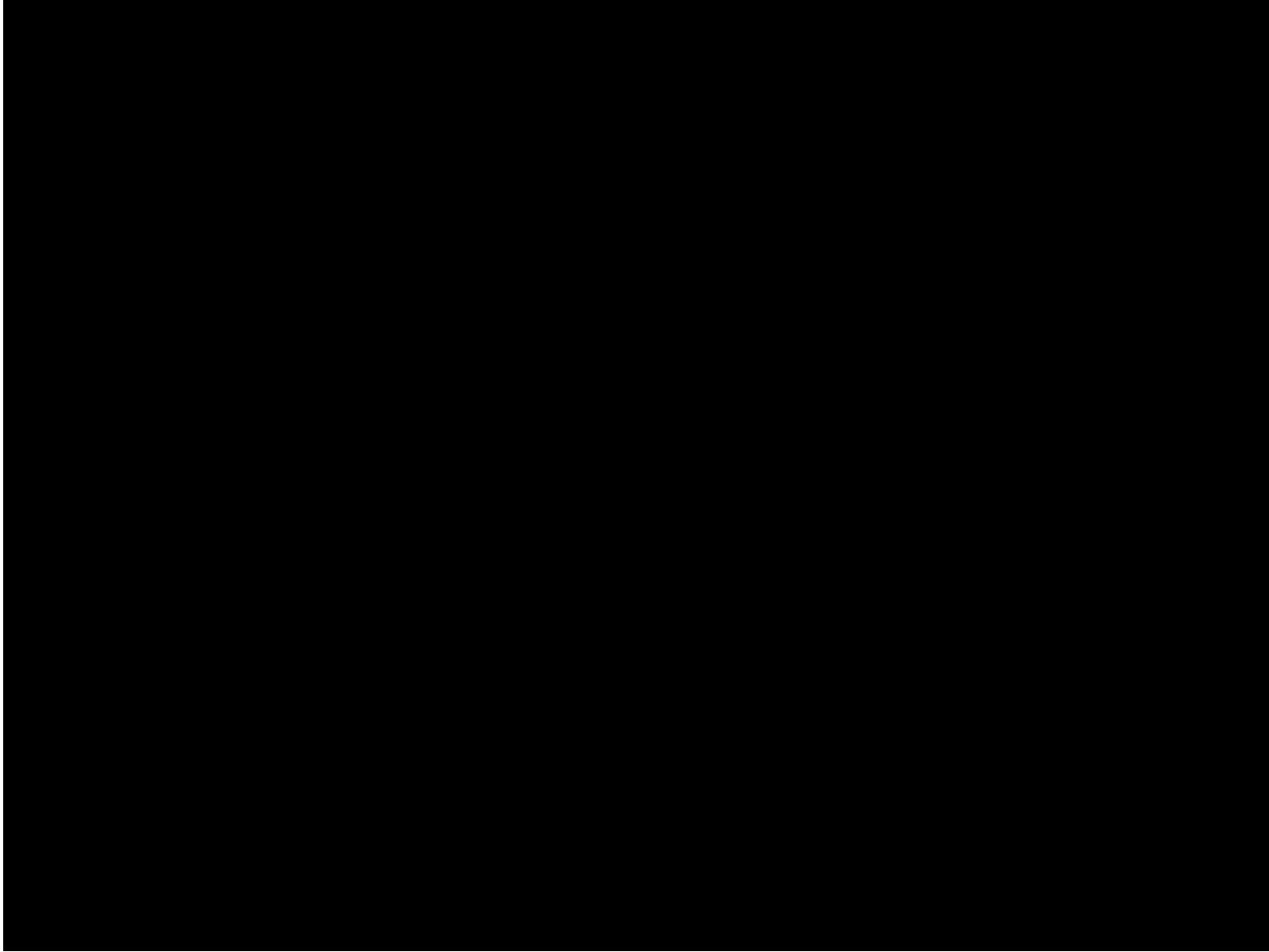
Résection : EMR ou ESD ?

- ESD si :
 - lésion étendue (> 20mm)
 - signes d'envahissement sous-muqueux profond
 - Lésion plane, difficile à attraper à l'anse
- Opérateur expert ou adresser le patient à un centre expert.

Résection : EMR



Résection : EMR



Kazuya et al. Endoscopy 2022

Résection : ESD et MICI

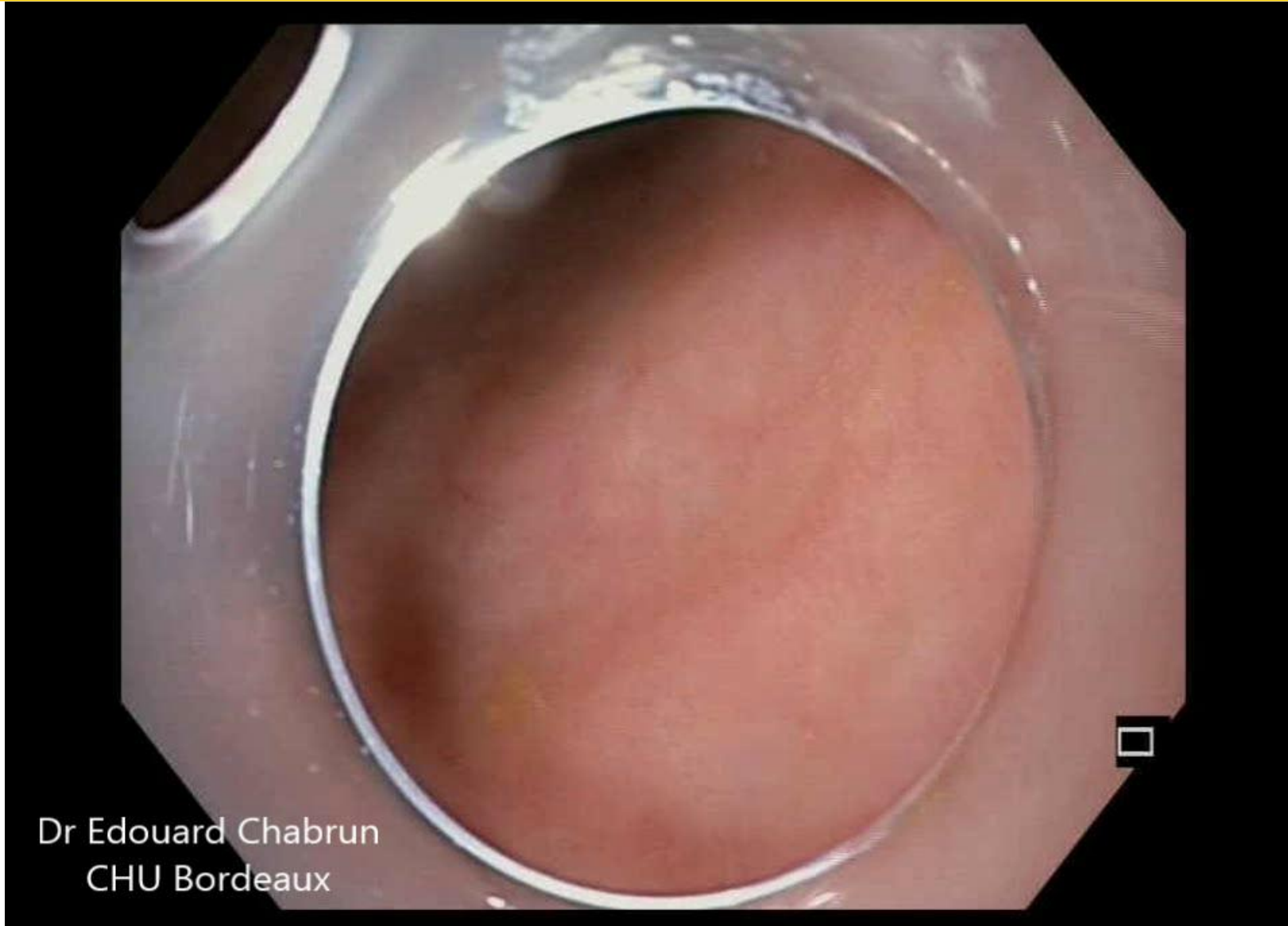
- L'opérateur ne doit pas faire sa première ESD colique sur un colon de MICI.
- Matériel identique à une ESD classique (CO2, cap transparent, endoscope haute-définition, couteau de dissection, pompe de lavage).

Résection : ESD et MICI

- Les différences avec l'ESD sur colon non inflammatoire :
 - Marquage circonférentiel des contours de la lésion après coloration vitale ou numérique
 - Fibrose sous-muqueuse = incision des contours suffisamment à distance de la lésion (3 à 5mm) afin de faciliter le passage sous-muqueux

Yang et al, Clin Endosc 2019

Résection : ESD et MICI



Résection : risque

- Fibrose sous-muqueuse majeure (70 à 100% des cas)
- Pas plus de perforation (opérateurs entraînés)
- 0 à 10% de saignement retardé

Iacopini et al, Gastrointest Endosc 2015

Suzuki et al, Endoscopy 2017

Kinoshita et al, Gastrointest Endosc 2018

Yang et al, J Gastroenterol Hepatol 2019

Résection : efficacité ESD

- Taux élevé de récurrence locale (4 à 20%)
- Taux élevé de colectomie après ESD (jusqu'à 20%) :
 - T1 avec envahissement vasculaire
 - T1 > sm1
 - Dysplasie non visible

Iacopini et al, Gastrointest Endosc 2015

Suzuki et al, Endoscopy 2017

Kinoshita et al, Gastrointest Endosc 2018

Yang et al, J Gastroenterol Hepatol 2019

Finalelement qui opérer?

- Lésion jugée non résécable endoscopiquement par un endoscopiste expert:
 - taille, localisation, caractéristiques (aspect en faveur d'un cancer invasif, fibrose sous-muqueuse importante, limites non visibles)
- Cancer invasif sur la pièce d'exérèse endoscopique
- Lésion dysplasique d'exérèse incomplète malgré au moins une tentative par un endoscopiste expérimenté, ou récidive locale précoce
- Persistance de lésions de dysplasie de haut grade ou de dysplasie de bas grade « invisible » multifocale sur l'endoscopie de contrôle (3-6 mois).
- Dysplasie (tout grade) sur CSP



Cas par cas

- sténoses infranchissables
- sténoses franchissables compliquant une RCH
- pseudopolypes multiples.

Points forts

- Le risque de cancer colorectal au cours des MICI reste le double de celui de la population générale malgré une amélioration régulière du dépistage.
- Le dépistage de la dysplasie colique est réalisé à un rythme adapté aux facteurs de risque individuels.
- Le dépistage optimal nécessite l'utilisation de coloscopes haute définition associés aux colorations vitales, voire virtuelle. Les biopsies ciblées sont préférables aux biopsies systématiques, sauf en cas de risque très élevé de dysplasie (muqueuse très remaniée, cholangite sclérosante primitive).
- La sémiologie des lésions dysplasiques des MICI est actuellement simplifiée. Leur description doit être rigoureuse pour prendre la bonne décision thérapeutique.
- La résection endoscopique est le traitement de référence des lésions n'ayant pas de critère formel d'invasion sous-muqueuse profonde.

backup

Prochaine chromo-endoscopie après résection

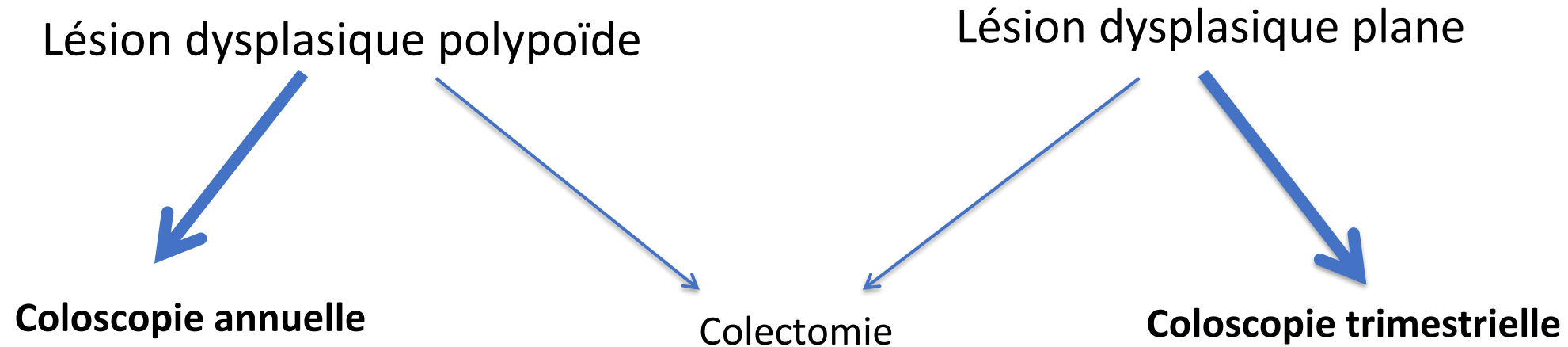
- **12 mois** : exérèse complète d'une lésion unique visible en dysplasie de bas grade
- **3-6 mois:**
 - exérèse complète d'une lésion unique visible en dysplasie de haut grade
 - plusieurs lésions visibles en dysplasie de bas grade (ajouter des biopsies aléatoires)
 - lésions invisibles en dysplasie de bas grade (ajouter des biopsies aléatoires) en cas de décision de ne pas opérer
- **3 mois:** lésion d'exérèse incomplète, non infiltrante, jugée résecable par un endoscopiste interventionnel

QCM : faut-il faire des biopsies?

- A. Autour des lésions détectées qui ne seront pas réséquées sur le moment
- B. Autour des lésions détectées et réséquées en totalité d'un point de vue endoscopique
- C. Au centre des lésions que l'on ne va pas résequer soi-même mais référer en centre expert ?
- D. En périphérie des lésions que l'on ne va pas résequer soi-même mais référer en centre expert ?
- E. Au hasard tous les 10 cm en l'absence de lésions visibles en systématique ?

Réponses : D

Quand surveiller après une résection?



Discussion en staff MICI !!!!!!!