

Polype colorectal « difficile » : que faire et ne pas faire avant d'adresser à un endoscopiste « expert » ?

 **Frédéric MONZY**

 Hépato-Gastroentérologie - Clinique Claude Bernard - 1 rue du père Colombier - 81000 ALBI

 Frederic.monzy@elsan.care

Introduction

La prise en charge endoscopique des lésions colorectales et le niveau d'expertise nécessaire a considérablement évolué ces dernières années tant dans l'approche stratégique que du matériel plus performant permettant de repousser les limites de la résection « monobloc » de plus grandes lésions, dans le respect des règles carcinologiques et l'obtention de marges saines ou R0. Cependant, même si la formation à ces techniques est de plus en plus accessible, la courbe d'apprentissage reste longue et périlleuse. Les progrès techniques ont étendu l'accès de l'endoscopie à l'espace sous muqueux et solutionné bon nombre des difficultés initiales des procédures. Face à une lésion colorectale, l'endoscopiste doit se poser deux questions :

- La tumeur est-elle à risque d'envahissement sous muqueux profond ?
- Suis-je capable de l'enlever en une pièce unique ?

La caractérisation endoscopique grâce à la maîtrise des outils de classification doit permettre de prédire au plus juste et en temps réel ce risque carcinologique.

d'une exérèse « en bloc » avec marges de sécurité peuvent déjà se situer dans sa localisation. La connaissance de ses propres limites face à ces situations est donc importante avant de tenter ce type de résection. Selon une étude réalisée par Pohl *et al.*, 10,1 % des polypectomies seraient incomplètes (1). Les lésions péri-orificielles (valvulaires, appendiculaires, diverticulaires) le bas fond cæcal, les angles coliques ou la jonction anorectale mais également, à un moindre degré les haustrations ou plis doivent être considérés comme des situations à risque de compromettre une résection complète et à risque de complications. Après les localisations difficiles, la deuxième difficulté peut être liée à la taille du polype dont l'évaluation reste très subjective. Cela ne doit plus être un critère de choix pour tenter ou non une résection endoscopique qui, si elle reste difficile, est toujours comparativement moins morbide dans les études cas-témoins que la chirurgie même mini invasive (2). Le recours à un endoscopiste expert pour les lésions jugées « trop grosses » permettra d'éviter une chirurgie pour une lésion bénigne et d'éviter de réséquer en plusieurs fragments un cancer superficiel, voire invasif. Si la résection par mucosectomie endoscopique (Endoscopic Mucosal Resection : EMR) est la référence pour les lésions planes ou sessiles avancées jusque à 10 mm, en revanche, au-delà, le taux de résection R0 diminue à 75 % et jusque à 50 % pour les lésions de plus de 15 mm (3). Le recours à la résection en immersion a un peu modifié ces limites pour la mucosectomie monobloc (4). D'après Fuccio *et al.* 2017, les patients présentant une lésion colique suspecte d'envahissement sous-muqueux superficiel de plus de 20 mm nécessitant

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les polypes pour lesquels le recours à un endoscopiste « expert » peut être nécessaire
- Connaître les gestes à éviter
- Savoir-faire une iconographie de qualité

LIEN D'INTÉRÊTS

Aucun

MOTS-CLÉS

Polype colorectal, caractérisation, chromoendoscopie

ABRÉVIATIONS

ESGE: European Society of Gastroenterological Endoscopy
EMR: Endoscopic Mucosal Resection

Les polypes pour lesquels le recours à un endoscopiste « expert » peut être nécessaire

Les difficultés pour la résection d'un polype colo rectal dans la perspective

une résection en bloc devraient être adressés dans un centre expert pour leur évaluation et prise en charge si les techniques de résection monobloc avec marges de sécurité ne sont pas maîtrisées (5). Le critère le plus important est cependant celui de la suspicion d'envahissement sous muqueux suspecté grâce à la caractérisation endoscopique qui doit alors conduire à confier le patient à un centre référent. Un envahissement profond doit rester la seule contre-indication à la résection endoscopique. La cible de la dissection sous muqueuse reste avant tout la lésion T1sm1 ou l'infiltration tumorale ne dépasse pas la limite de 1 000 microns avec un risque ganglionnaire faible (< 1 %). La maîtrise des classifications portant sur l'analyse morphologique et l'architecture tissulaire (PARIS, LST, le *pit pattern* de KUDO et modifié par Nagata) et vasculaire (SANO, NICE) est alors indispensable. L'élaboration de classifications simplifiées (JNET, CONECCT) facilite grandement cette étape primordiale dans la décision (6,7). Les tumeurs ulcérées (PARIS III) avec un *pit pattern* absent (KUDO Vn) ou un *vascular pattern* absent par zones (SANO IIIB) ou un statut JNET 3/ CONECCT III sont prédictives d'une infiltration sous muqueuse profonde et d'un échec de l'endoscopie curative (8). En deçà, toutes les lésions sont éligibles à une prise en charge endoscopique et doivent être confiées à un centre endoscopique plus spécialisé si la technique n'est pas maîtrisée.

Quels sont les gestes à éviter

L'endoscopiste devra s'attacher à préserver l'intégrité de la tumeur en prenant garde aux traumatismes liés à l'endoscope lui-même pour ne pas gêner l'iconographie (9). Il faut éviter de réaliser des biopsies des lésions coliques pour en estimer la malignité. Elles représentent un échantillonnage minimaliste et n'influencent pas la décision thérapeutique. De plus, elles provoquent l'apparition d'une fibrose cicatricielle pouvant compromettre ou compliquer la résection potentiellement curative (10). De même, l'injection sous-muqueuse ne doit plus être utilisée comme un argument diagnostique pour l'évaluation de la

résécabilité d'une lésion colorectale superficielle. L'utilisation de clips de repérage n'est pas recommandée sur la lésion elle-même et leur caractère instable diminue leur intérêt dans cette indication. Dans ses dernières recommandations, l'ESGE fixe les indications et les modalités précises de la procédure de tatouage sous muqueux (à 3 cm en aval de la lésion) mais qui doit être réservé aux lésions difficilement visibles (3).

Savoir faire une iconographie de qualité

Le développement des endoscopes de nouvelle génération en haute définition munis de zoom permet l'acquisition d'images d'excellente qualité jusqu'à l'analyse fine et précise de l'architecture et de la vascularisation des lésions. L'iconographie filmée devrait être privilégiée aux photographies mais la généralisation des enregistreurs vidéo est encore insuffisante. Les progrès technologiques permettront certainement à l'avenir la communication plus rapide avec les centres experts pour une aide à la décision. La qualité des préparations coliques sera toujours le préalable à une description fiable. L'utilisation des pompes de lavage, la mobilisation du patient pour des angles d'analyse différents seront des atouts importants. L'étude de la tumeur devra comporter deux temps : une évaluation macroscopique générale en lumière blanche et une analyse de la surface de la lésion tout en veillant avec soin à ne pas traumatiser celle-ci. Il sera préférable de commencer par prendre du recul pour une analyse pertinente de la lésion en évaluant précisément ses contours puis se rapprocher progressivement de façon la plus stable possible pour une étude précise au mieux à l'aide du zoom. L'analyse en immersion permettra également de « démasquer » des zones suspectes, non visibles en insufflation du simple effet de la pesanteur. La rétrovision sera une étape indispensable pour une analyse globale et complète. Enfin et surtout, les données de la chromoendoscopie réelle ou virtuelle permettront la description précise de la surface de la lésion et serviront de base à la caractérisation et à la décision thérapeutique. La colos-

copie initiale devra par ailleurs s'attacher à réaliser un examen complet, afin de ne pas méconnaître d'autres lésions. Il faut également lors de cette coloscopie initiale traiter toutes les éventuelles lésions métachrones accessibles à un traitement endoscopique d'emblée.

Références

1. Pohl H, Srivastava A, Bensen SP, *et al.* Incomplete polyp resection during colonoscopy—results of the complete adenoma resection (CARE) study. *Gastroenterology* 2013;144 (1), 74-80 e71.
2. Fung TLD, Chan PT, Lee HM, Kwok KH. Case-Matched Analysis Comparing Endoscopic Submucosal Dissection and Surgical Removal of Difficult Colorectal Polyps. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2018;28:1188-1191.
3. 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(3):270-97
4. Yamashina T, Uedo N, Akasaka T, *et al.* Comparison of underwater and conventional endoscopic mucosal resection (EMR) for intermediate-size colorectal polyps. *Gastroenterology* 2019;157(2):451-461.e2.
5. Fuccio L, Ponchon T. Colorectal endoscopic submucosal dissection (ESD). *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2017;31(4):473-80.
6. Kudo S, Rubio CA, Teixeira CR, Kashida H, *et al.* Pit pattern in colorectal neoplasia: endoscopic magnifying view. *Endoscopy* 2001;33:367-73.
7. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. *Gastrointest Endosc* 2003;58:S3-43.
8. Fabritius M, Gonzalez JM, Becq A, Dray X, Coron E *et al.* A simplified table using validated diagnostic criteria is effective to improve characterization of colorectal polyps: the CONECCT teaching program. *Endosc Int Open.* © Georg Thieme Verlag KG; 2019 Oct;7(10):E1197-206.
9. Kim HG, Thosani N, Banerjee S, *et al.* Effect of prior biopsy sampling, tattoo placement, and snare sampling on endoscopic resection of large nonpedunculated colorectal lesions. *Gastrointestinal Endoscopy* 2015;81:204-13.
10. European Society of Gastrointestinal Endoscopy, Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T, Repici A, Vieth M, *et al.* Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy* 2015;47(9):829-54.

5

Les cinq points forts

- Les patients ayant un polype de résection difficile et sans critère prédictif d'envahissement sous-muqueux profond ne doivent pas être confiés au chirurgien sans avis endoscopique « expert ».
- La caractérisation endoscopique en lumière blanche et par chromoendoscopie virtuelle est primordiale pour la décision thérapeutique endoscopique ou chirurgicale.
- Les biopsies endoscopiques sont à éviter si une résection endoscopique est envisageable à l'issue de la caractérisation.
- Une iconographie de qualité, support de la décision pour référer un patient à un centre expert, nécessite le recours à des endoscopes de haute définition.
- Il faut savoir renoncer à une résection de polype si elle nécessite une compétence particulière.