



# Faut-il réséquer tous les polypes duodénaux ?

Julien BRANCHE

CHU Lille

# Liens d'intérêts

---

- L'orateur a déclaré sur le site des JFHOD, les liens d'intérêts suivants : Consultants, expert : BOSTON SCIENTIFIC | ambu | MICRO-TECH, Invitations à des congrès nationaux ou internationaux : CELLTRION

# Objectifs pédagogiques

---

- Connaître la démarche diagnostique devant un polype duodéal
- Savoir évoquer une polypose et les diagnostics différentiels
- Connaître les indications et les modalités de résection endoscopique
- Connaître et savoir gérer les complications potentielles liées à la résection
- Savoir quand et comment surveiller après une résection

# Conflits d'intérêt

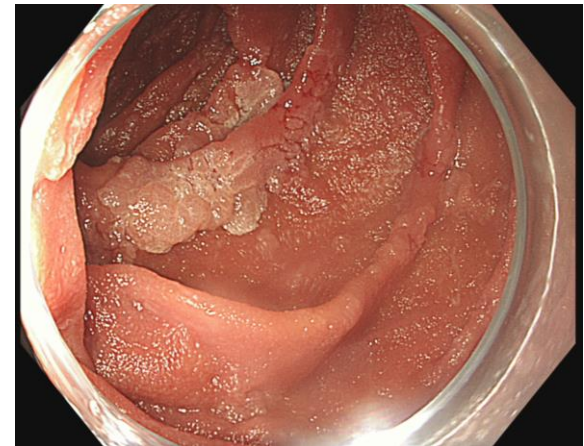
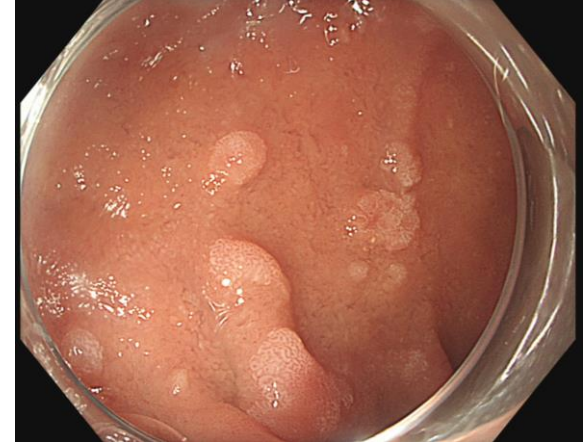
---

- Consultant : Boston Scientific, Micro Tech, Ambu

# Epidémiologie

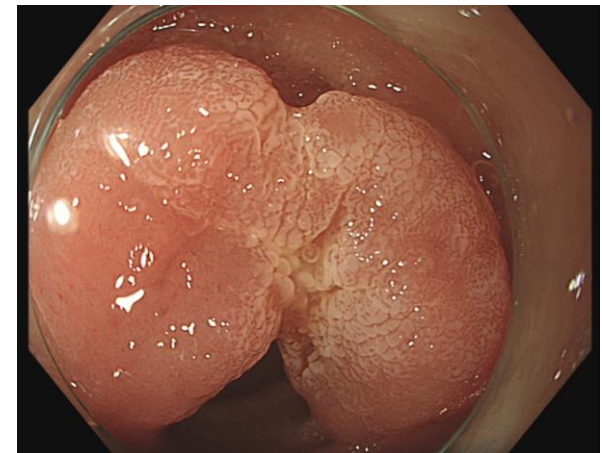
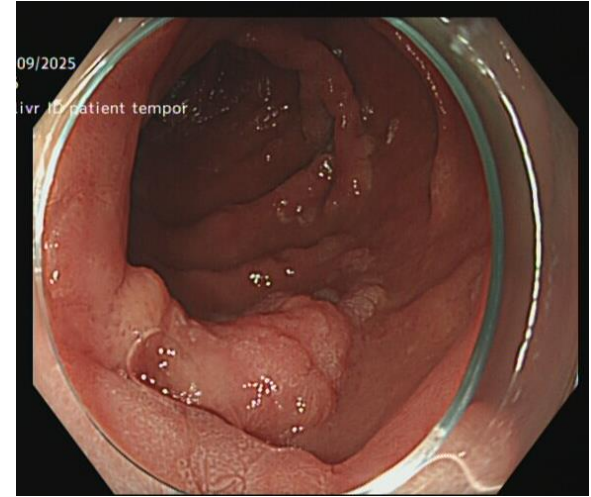
---

- 5% des endoscopies hautes identifient un polype duodénal
- 80% des polypes sont bulbaires et bénins
- 10-20% sont des adénomes, principalement post bulbaires
- Prévalence polype dégénéré < 1%



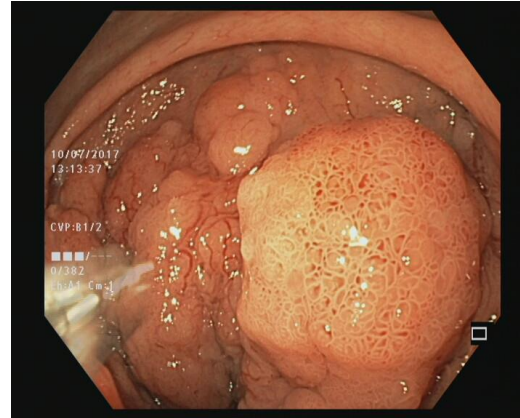
# Adénomes duodénaux

- Âge moyen 65 ans
- Plans, sessiles > pédiculés
- 40% sporadiques, 60% PAF
- Facteurs de risque
  - Tabac
  - EBO
  - Polypes glandulokystiques
- Aspect fréquemment discrètement déprimé (Paris IIc)
- Aspect cérébriforme semblable aux adénomes coliques



# Polypes non adénomateux

Tumeurs bénignes	
Pseudo polypes inflammatoires	Associés à duodénite Cryptes rondes
Hyperplasie des glandes de Brunner	Plan ou polypoïde Relief glandulaire régulier homogène
Hétérotopie gastrique	Muqueuse gastrique ectopique Lésion plane ou pédiculée rouge vif



Tumeurs à potentiel évolutif

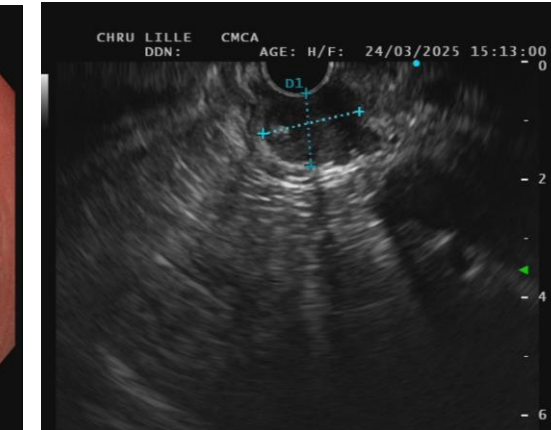
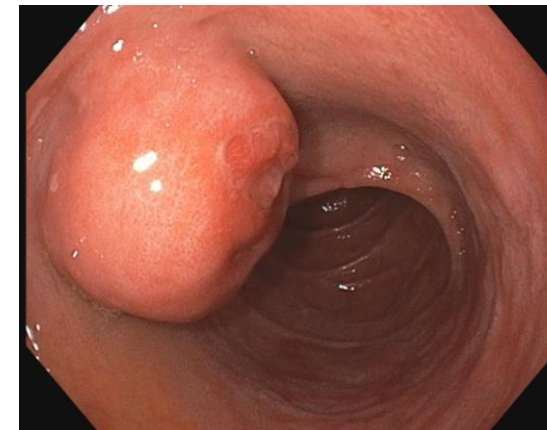
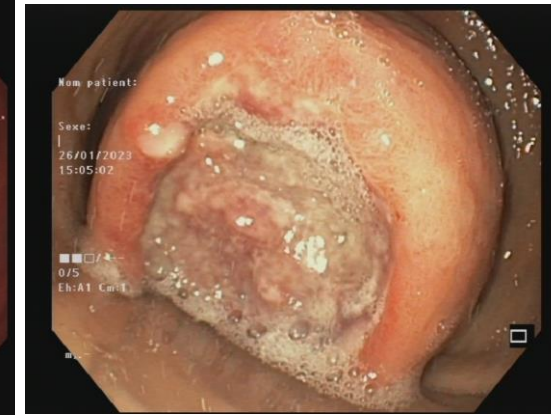
Hamartome

Pédiculés  
Tête framboisée  
hypertrophique  
Richement vascularisé



# Tumeurs sous muqueuse duodénales

Tumeurs sous muqueuse	
Lipome duodéal	Lésion jaunâtre molle et dépressible
Tumeur neuro endocrine	Petite taille Jaunâtre voire rosée EE : 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> couche
GIST	Surface lisse +/- bombante EE : 4 <sup>ème</sup> couche
Duplication duodénale	Cavité kystique ou tubulaire accolée au duodénum
Lymphangiome duodéal	Lésion lisse blanchâtre ou translucide remplie de lymphes



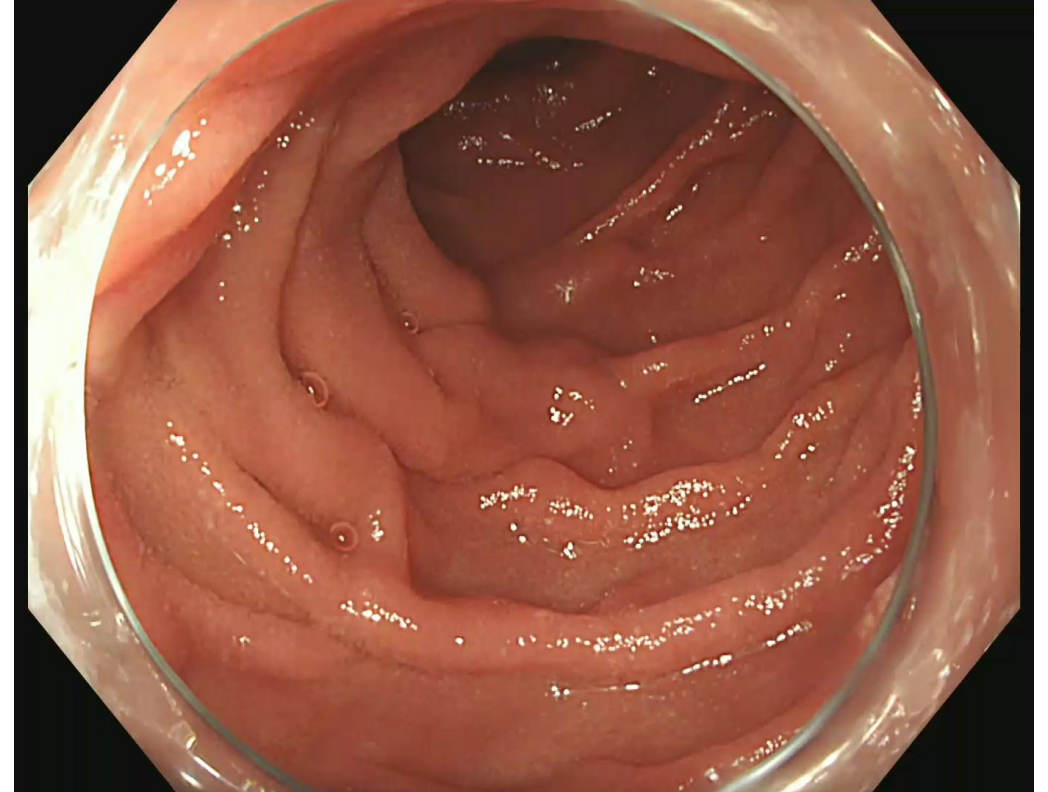
# Polyposes avec atteinte duodénale

Adénomes		Hamartomes
Polypose adénomateuse familiale (PAF)	Gène APC autosomique dominant	Polypose juvénile
Polypose MUTYH	Gène MYH autosomique récessif	Syndrome de Cowden
		Syndrome de Peutz Jeghers
Duodénum + Colon		Atteinte du grêle possible

# Conditions d'examen

---

- Gastroscope + capuchon
- Duodénolescope pour voir la papille
- Polypose adénomateuse familiale
  - Coloscope pédiatrique
  - Chromoendoscopie indigo carmin
- Pour la résection
  - Intubation : stabilité respiratoire
  - Glucagon : baisse de la motilité



# Adénome duodénal : bilan complémentaire

---

- La coloscopie de dépistage est indispensable
  - Risque relatif de polype colique multiplié par 2 à 7
- Exploration du grêle non indiquée (VCE, IRM)
  - Pas d'augmentation du risque d'adénome du grêle

# Quels polypes duodénaux résectionner ?

---

- Histoire naturelle des adénomes mal connue, probablement plus lente que dans le colon
- Histologie des adénomes : majoritairement dysplasie bas grade
  - 1 étude a surveillé à 6 mois 46 lésions
  - 20,9% évolution vers dysplasie haut grade
  - 4,7% évolution vers cancer *in situ*

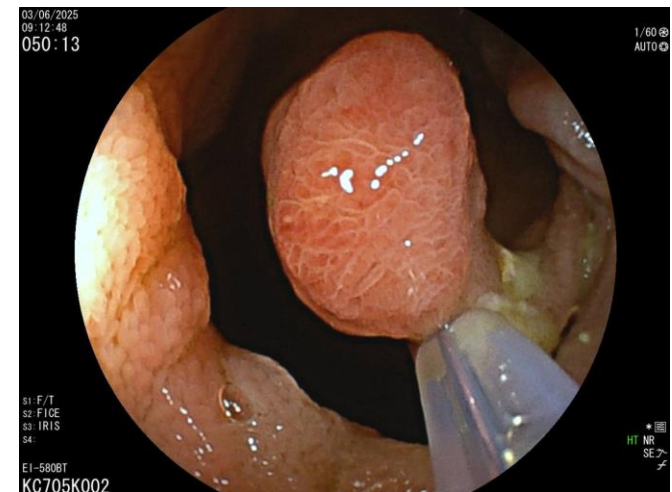
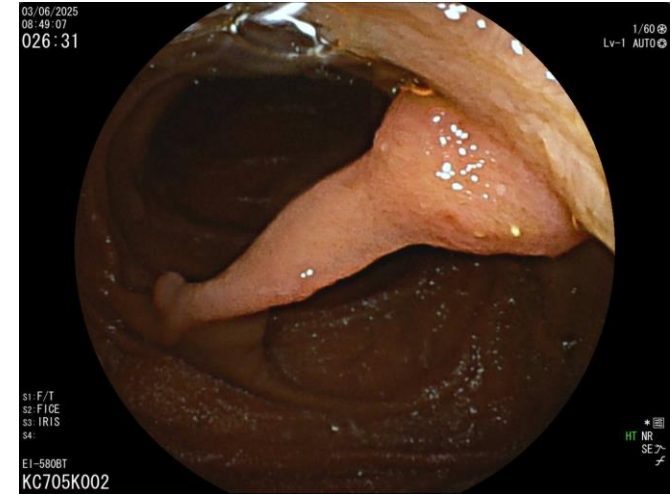
Okada K, Am J Gastroenterol 2011

## ***Indications de résection :***

- Adénomes et hamartomes
- Polypes non adénomateux > 2 cm
- Polypes non adénomateux symptomatiques (hémorragie)

# Polypes pédiculés : polypectomie à l'anse chaude

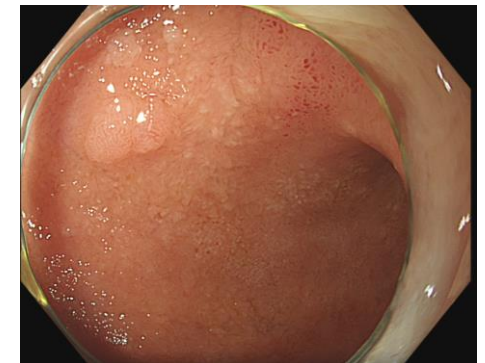
- Concerne essentiellement les hamartomes
- Clip préventif sur la cicatrice
  - Lésions richement vascularisées



# Petits adénomes (< 6 mm) : anse froide

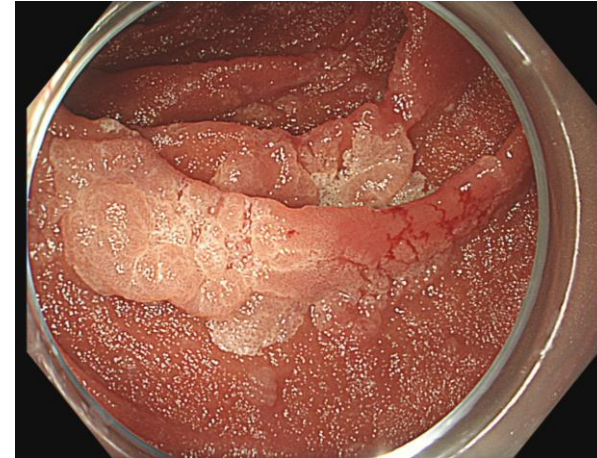
- Anse froide vs. Anse chaude dans le colon : moins de saignement retardé, de syndrome post polypectomie, de perforation qu'avec l'anse chaude
- Duodénum : Série prospective de 30 lésions < 6 mm

Résection en bloc	96,7%
Saignement retardé	0%
Perforation	0%
Récidive à 3 mois	0%



# Adénomes larges : mucosectomie anse chaude

- ESGE : stratégie de première ligne
- Taux de complications (hémorragie, perforation) > colon
- Saignement 25% pour lésions de plus de 30mm
- Série récente prospective 118 lésions (taille moyenne 15 mm)



Résection complète	94,1%
Saignement retardé	18,6%
Perforation	2,5%
Mortalité	1,7%
Récidive au premier suivi	20,4%

*Probst, Endoscopy 2020*

# Adénomes larges : mucosectomie sous-marine

- Données récentes
- En théorie, le remplissage prévient la saisie du muscle
- Comparaison rétrospective mucosectomie chaude / sous-marine
  - Japon, 2017 – 2018 ; > 300 lésions ; < 20 mm

*Kiguchi Y, Dig Endosc 2020*

	Mucosectomie sous-marine	Mucosectomie anse chaude
Succès technique	87%	70%
Résection en bloc	87%	96%
Résection R0	67%	80%
Complications	idem	

# Adénomes larges : résection fragmentée anse froide

- Données récentes
- Taux de saignement plus faible avec l'anse froide sur les petites lésions
- Série prospective récente
  - 50 lésions > 15 mm anse froide vs. 54 lésions EMR + coagulation des berges

*Kiguchi Y, Dig Wang H, Gastrointest Endosc 2023*

	Anse froide	Anse chaude + coagulation
Saignement per procédure	2%	37%
Saignement retardé	4%	16,7%
Perforation	4% (traitement endoscopique)	0%
Récidive à 6 mois	24,4%	2,3%

# Alternatives

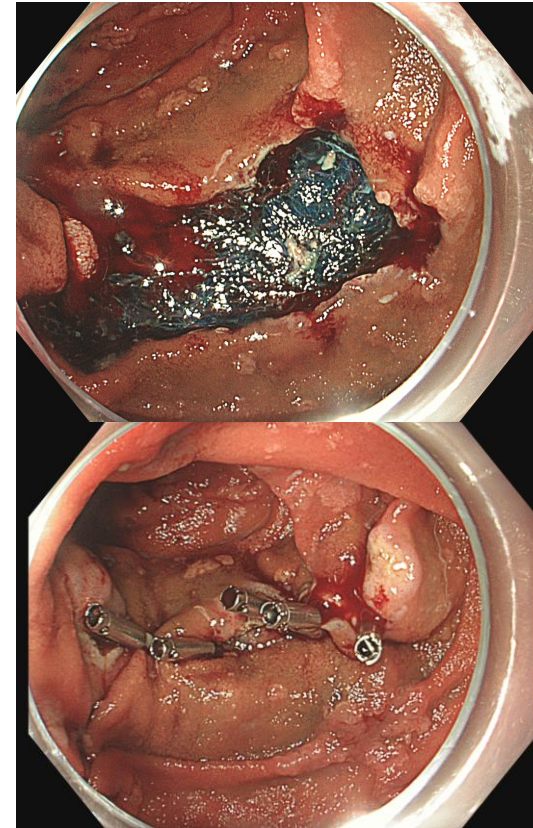
---

- Destruction (plasma d'argon, pince chaude)
  - À proscrire
  - Efficacité faible (argon : récurrence > 40% en thérapie primaire)
- Résection complète de la paroi duodénale (FTRD)
  - Difficile
  - Éventuelle alternative à la chirurgie pour lésions ne se soulevant pas
  - Lésions < 25 mm à distance de la papille
- Dissection sous muqueuse
  - Très difficile (finesse paroi)
  - Taux cancer < 1% : résection en bloc moins indispensable
  - Développement en centre – très – experts

# Prévention et gestion des complications

---

- L'utilisation des outils d'hémostase a tendance à diminuer le risque de saignement post résection
  - Clips de fermeture
  - Poudres hémostatiques
  - Clips OTSC
- Fermeture par clips recommandée
- Surveillance en hospitalisation une nuit
- Reprise endoscopique si saignement retardé



# Suivi après résection



---



- ESGE : contrôle à 3 mois puis 1 an plus tard
- Taux global de récurrence 15%
  - Facteurs de risque : taille de la lésion, dysplasie de haut grade, contingent villositaire
- Récurrence le plus souvent petite et traitée endoscopiquement

# En pratique

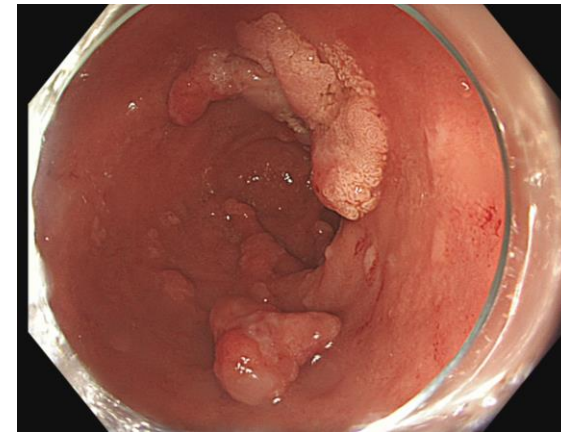
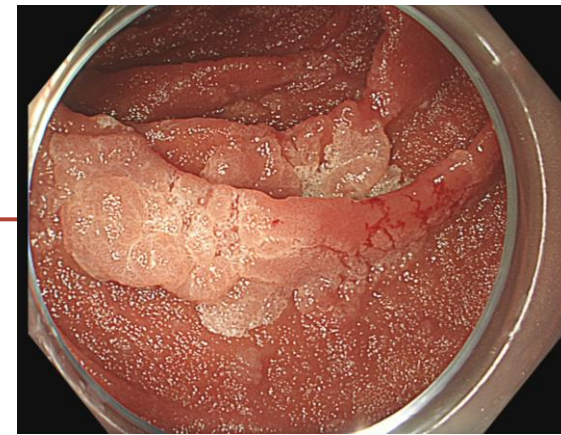
Type IIa	Lésion légèrement surélevée	
Type IIb	Lésion plane, non surélevée	
Type IIc	Lésion plane, légèrement déprimée	

Type 0-Is	Lésion sessile	
Type 0-Ip	Lésion pédiculée	

Anse froide	Anse chaude + coagulation des berges
< 20 mm Paris IIa	Pédiculés et sessiles (Paris Is et Ip)
> 20 mm Paris IIa + comorbidités moins de saignement, plus de récidence	>20 mm Paris IIa
	Paris IIb

# Prise en charge de la PAF

- Première endoscopie vers 15 ans
- Chromoendoscopie à l'indigo carmin
  - gastroscopie standard poussé jusqu'au *genu inferius*
  - duodéno-scopie pour l'examen de la papille duodénale
- Biopsies prudentes de la papille (2 biopsies à distance de l'orifice bilio-pancréatique) pour recherche d'un ampullome si taille > 10mm.



# Prise en charge de la PAF



- Surveillance et traitements endoscopiques réguliers de l'atteinte duodénale
- Surveillance de la papille impérative
- Résection endoscopique des adénomes de plus de 10 mm
  - Anse froide
  - Mucosectomie

Scores	1 point	2 points	3 points
Nombres de polypes	1-4	5-10	>20
Taille des polypes (mm)	1-4	5-10	>20
Histologie	Tubuleux	Tubulo-villeux	Villeux
Dysplasie	Légère	Modérée	Sévère
Classification en stades :	stade 0=pas de polypes stade I= 1 à 4 points stade II=5 à 6 points stade III = 7 à 8 points stade IV=9 à 12 points		

Stade selon Spigelman	Intervalle de surveillance
0/I/II	3 ans
III	1 à 2 ans
IV	Discuter chirurgie

Score de Spigelman

RCP POLDIGENA : [heh.poldigena@chu-lyon.fr](mailto:heh.poldigena@chu-lyon.fr)

# Points forts

---

- Les adénomes duodénaux siègent principalement au-delà du bulbe.
- La papille doit être cherchée et examinée attentivement au cours du bilan de polype duodéal. Si nécessaire, une exploration complémentaire avec un duodénolescope doit être pratiquée.
- La résection des adénomes duodénaux est indiquée mais doit être discutée en cas d'âge avancé ou de comorbidités
- La résection des adénomes duodénaux est à haut risque hémorragique
- La résection à l'anse froide des adénomes duodénaux plans de taille < 20 mm diminue le risque hémorragique