



Quand faut-il proposer la DSM d'un polype colorectal ?




Dr Jérôme RIVORY
CHU EDOUARD HERRIOT HCL
LYON

Liens d'intérêts

- L'orateur a déclaré sur le site des JFHOD, les liens d'intérêts suivants : Autre : olympus.
Cook. 3D Matrix., cook olympus Boston, Brevets Atract et IPEFIX, A-tract

Objectifs pédagogiques

- Savoir différencier les indications de mucosectomie versus la DSM
- Savoir adresser un patient à un centre expert et/ou indiquer une prise en charge chirurgicale d'emblée
- Connaître les critères histologiques de résection curative d'une DSM
- Savoir discuter un traitement complémentaire en cas de résection potentiellement non curative

À chaque étape :  Analyse experte +  Geste maîtrisé +  Décision adaptée



Traquer les polypes avec vigilance



Nettoyer et préparer avec minutie



Documenter avec rigueur



Réséquer avec précision
ou référer avec sagesse



**« La coloscopie n'est pas qu'un geste technique :
c'est un raisonnement continu associant
connaissances, habileté et sens pratique. »**

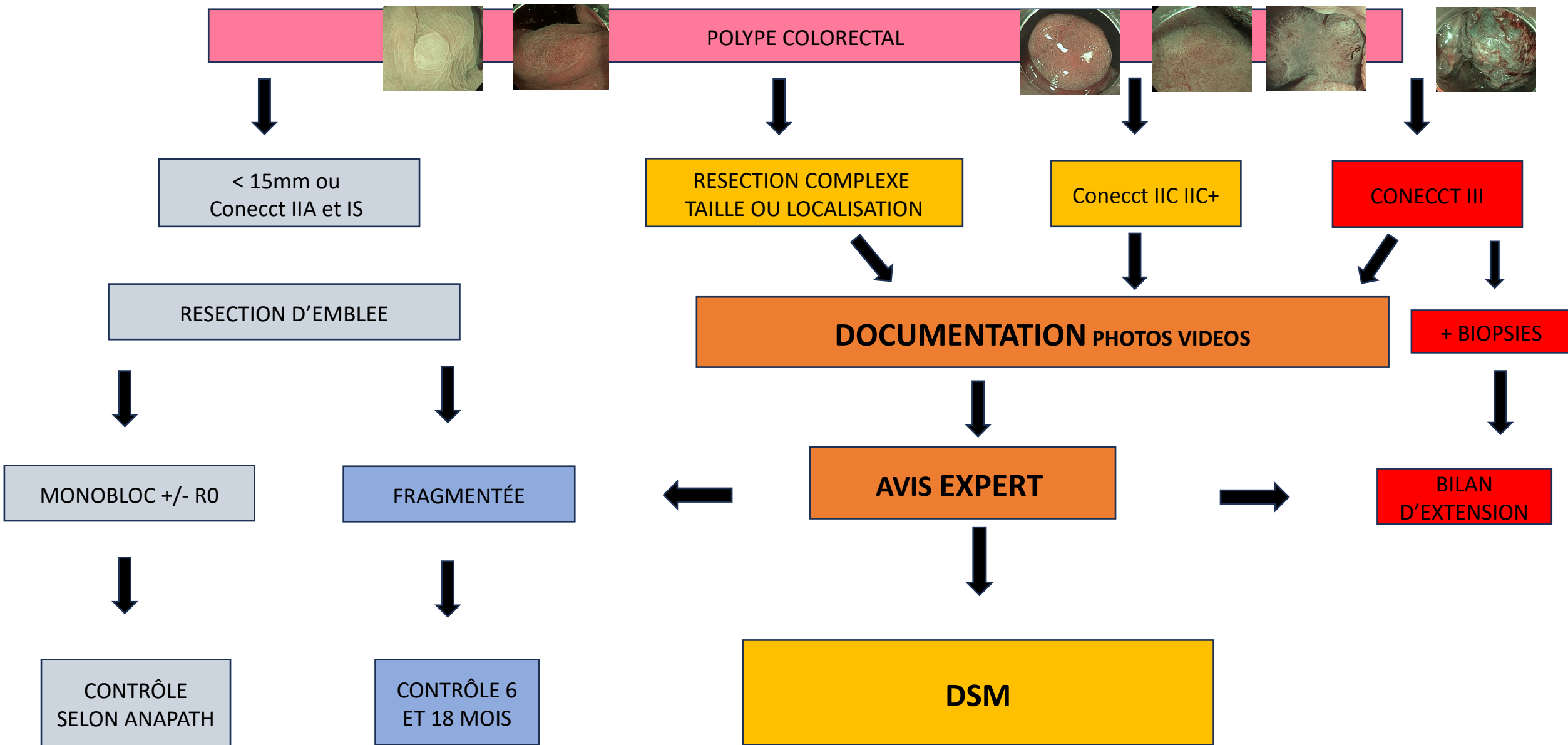
PARIS

NICE

JNET







Mémo pour Adresser un patient avec une lésion : infos nécessaires



Patient

Identification,
Date de naissance

Coordonnées 

Risques, coag



Traitements anticoag



Intérêts de la dissection sous muqueuse

Carcinologique

Conecct IIC

Technique

Appendice, diverticule, récurrence, mici,
etc...

TTT curatif en 1 temps Prévention Récidive

Eviter les contrôles et le traitement
des récurrences

- **Aucun intérêt**
 - si cancer profond certain et nécessité de curage ganglionnaire Conecct III
 - si résection R0 probable à l'anse

Supériorité évidente de la DSM

Endoscopic En Bloc Versus **Piecemeal** Resection of Large Nonpedunculated Colonic Adenomas : A Randomized Comparative Trial.

Jacques J, Schaefer M, Wallenhorst T, Rösch T, Lépilliez V, Chaussade S, Rivory J, Legros R, Chevaux JB, Leblanc S, Rostain F, Barret M, Albuys J, Belle A, Labrunie A, Preux PM, Lepetit H, Dahan M, Ponchon T, Crépin S, Marais L, Magne J, Pioche M.

Ann Intern Med. 2024 Jan;177(1):29-38. doi: 10.7326/M23-1812. Epub 2023 Dec 12.

PMID: 38079634 Clinical Trial.

360 lésions > 2 cm
(exclues CONECCT III ou LST NG)

Dissection sous-muqueuse
177 patients

Piece meal
182 patients



Endoscopic En Bloc vs Piecemeal Resection of Large Colonic Adenomas: Carbon Footprint Post Hoc Analysis of a Randomized Trial.

Grau R, Cottinet PJ, Le MQ, Schaefer M, Wallenhorst T, Rösch T, Lépilliez V, Chaussade S, Rivory J, Legros R, Chevaux JB, Leblanc S, Lafeuille P, Rostain F, Rodriguez de Santiago E, Pohl H, Baddeley R, Grinberg D, Buiron C, Cunha Neves JA, Barret M, Albouys J, Belle A, Lepetit H, Dahan M, Jacquette F, Masgnaux LJ, Marais L, Ponchon T, Jacques J, Pioche M.

Clin Gastroenterol Hepatol. 2025 Aug;23(9):1546-1555.e2. doi: 10.1016/j.cgh.2025.01.009. Epub 2025 Mar 4.

Supériorité de la DSM

- Moins de récurrences
- Moins de contrôles
- Intérêt carcinologique
- **Bénéfice écologique**



Quelle résection pour les lésions de plus de 20mm ?



Reco ESGE :

DSM traitement alternatif en cas d'invasion sous muqueuse visible et/ou pour les lésions nodulaires du rectum



Prise de position SFED 2026:

Piecemeal traitement alternatif pour :

- Lésions festonnées sans signes de dysplasie
- LST G homogènes

Privilégier le recours (Pas de chirurgie sans avis)

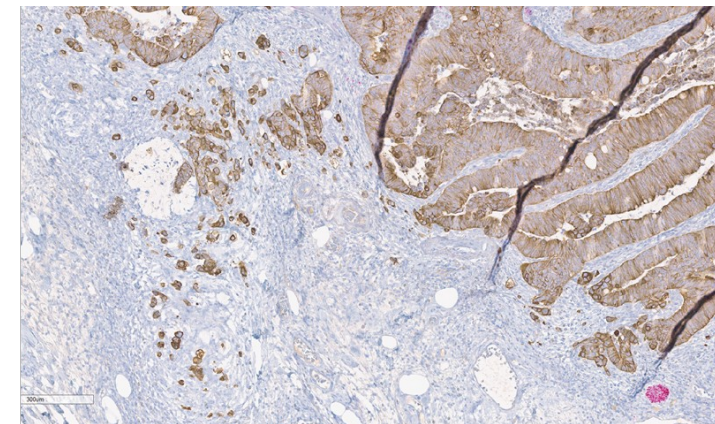
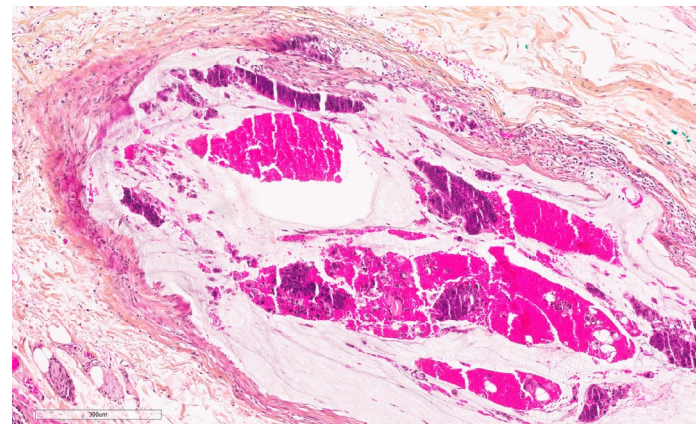
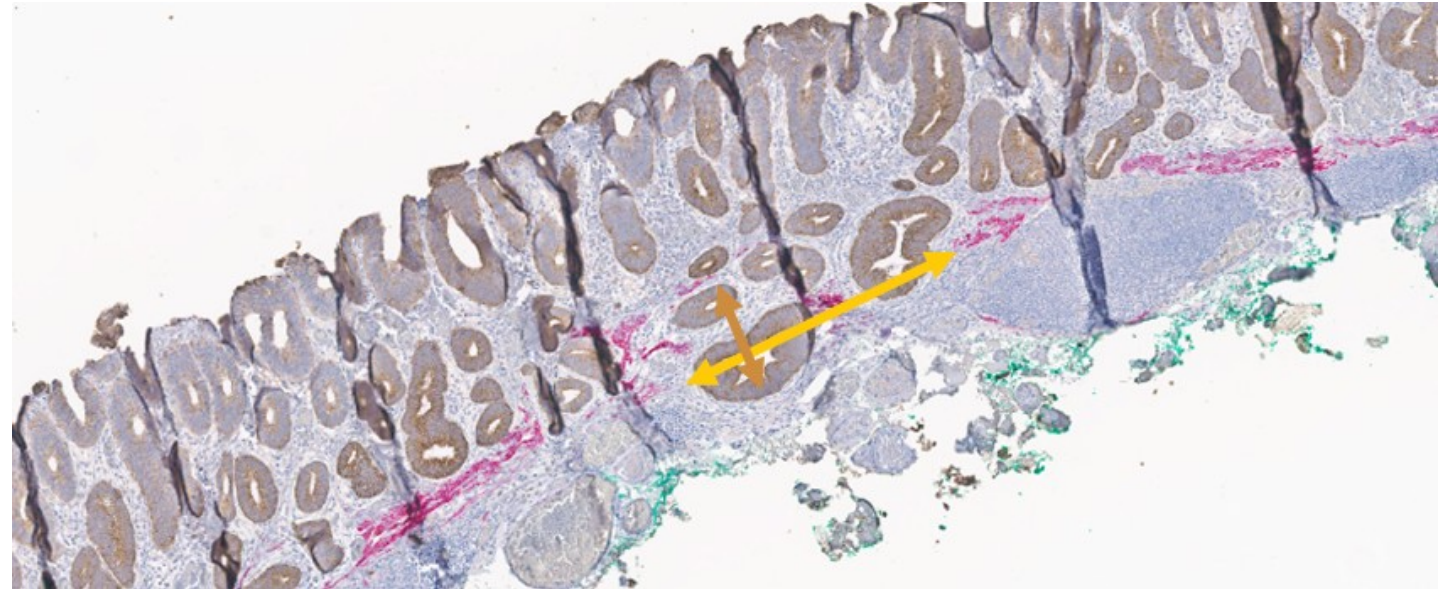
DSM/Piecemeal choix d'expert

- Expertise de l'opérateur
- Temps et coût
- Accessibilité de la lésion
- Difficulté, score SMSA (size, morphology, site, access)
- Lésions multiples

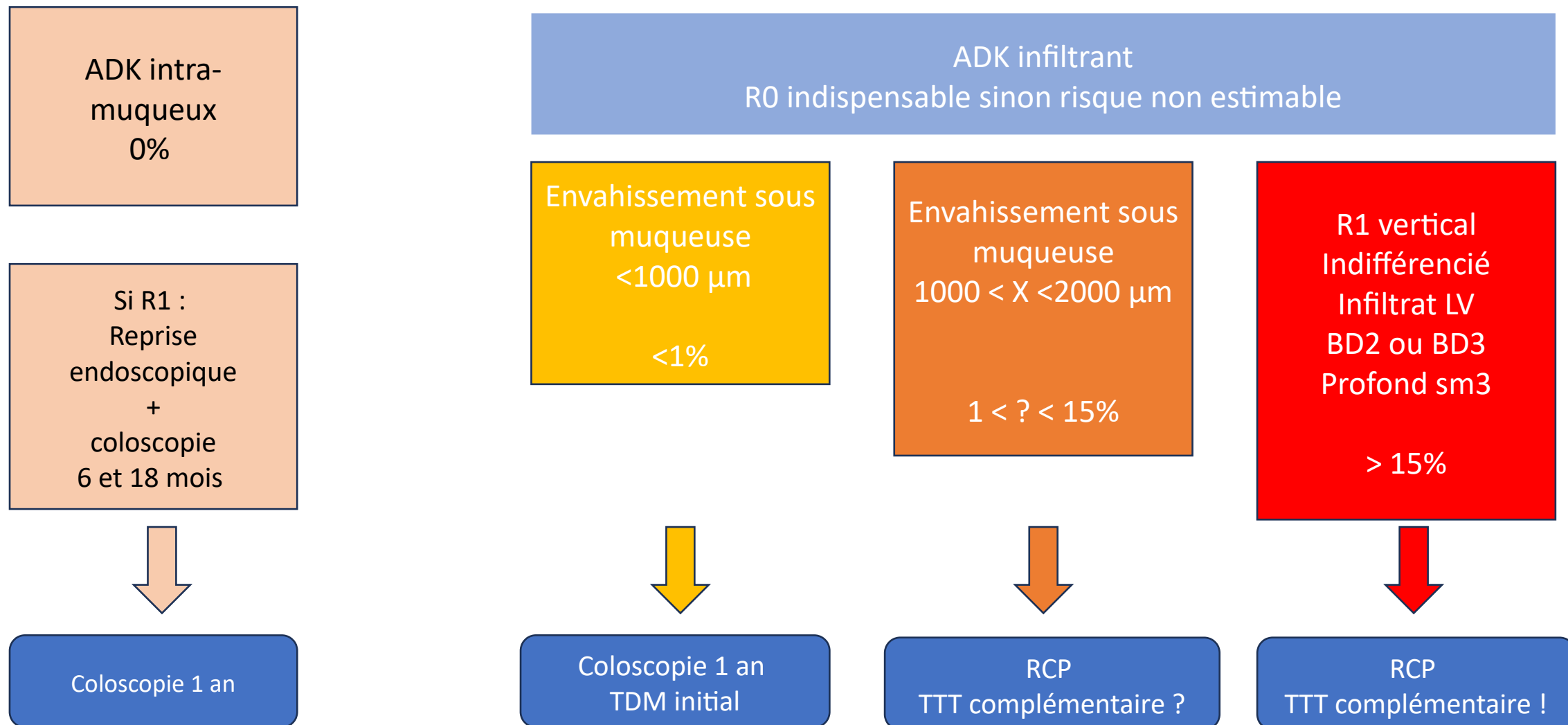
Critères histologiques de résection curative d'une DSM



- Marges latérales et profondes
- Profondeur d'envahissement de la sous muqueuse
- Différenciation
- Infiltrat lympho-vasculaire
- Budding tumoral



Risque ganglionnaire



Traitement complémentaire



- Après RCP +/- relecture Anatomopathologique



- Chirurgie carcinologique avec curage



- Balance bénéfiques / risques
morbi-mortalité chirurgie et risque gg selon poids de chaque critère



- Bénéfice chirurgie ?
 - Survie spécifique à 5 ans ?
 - Poursuite surveillance et risque métastatique non nul



- Discussion partagée en particulier pour risque intermédiaire



Alternatives Rectum:

TNCD : option de Radio-chimiothérapie

Etude TESAR (pays-bas)

Conclusions

- Quand faut-il proposer la DSM d'un polype colorectal ?
 - CHOIX TECHNIQUE A LA DISCRETION DE L'OPERATEUR
 - PROMOUVOIR L'ADDRESSAGE ET LES RÉSECTIONS DE QUALITÉ
 - DOCUMENTER POUR ADRESSER
 - VISER LE R0
 - ÉVITER LES CHIRURGIES INUTILES
- DSM/PIECE MEAL France 2026: choix d'expert selon ses compétences et ses ressources

Points forts

- La dissection sous muqueuse (DSM) colique permet une résection carcinologique avec analyse anatomopathologique optimale. Elle limite le risque de récurrence et les contrôles endoscopiques précoces.
-
- La DSM doit être proposée préférentiellement pour les lésions à risque significatif de dégénérescence non accessibles à une résection R0 à l'anse. Sauf lésion avec critères évidents d'invasion locorégionale, aucune chirurgie pour polype ne devrait être proposée sans avis auprès d'un centre expert en résection.
-
- La DSM permet de limiter les récurrences (0,6% vs 5,2%) avec un taux de récurrence nul en cas de résection R0 permettant d'éviter des contrôles coloscopiques précoces. En cas de résection fragmentée, une endoscopie de surveillance à 6 puis 18 mois est recommandée.
-
- Les critères pour une résection curative sont le caractère R0, le caractère bien ou modérément différencié, l'absence d'envahissement profond de la sous-muqueuse, l'absence d'embolies lympho-vasculaires et un budding tumoral absent ou faible (<Bd2).
-
- Lorsque la résection d'une lésion colique est considérée non curative, le seul traitement complémentaire validé est une chirurgie carcinologique avec curage ganglionnaire après bilan d'extension et d'opérabilité. Cette décision sera confirmée en RCP.