

# Quels sont les polypes du colon non résécables endoscopiquement ?

Romain Coriat  
Université Paris Descartes  
Département Médico-Chirurgical  
Hôpital Cochin

# Introduction

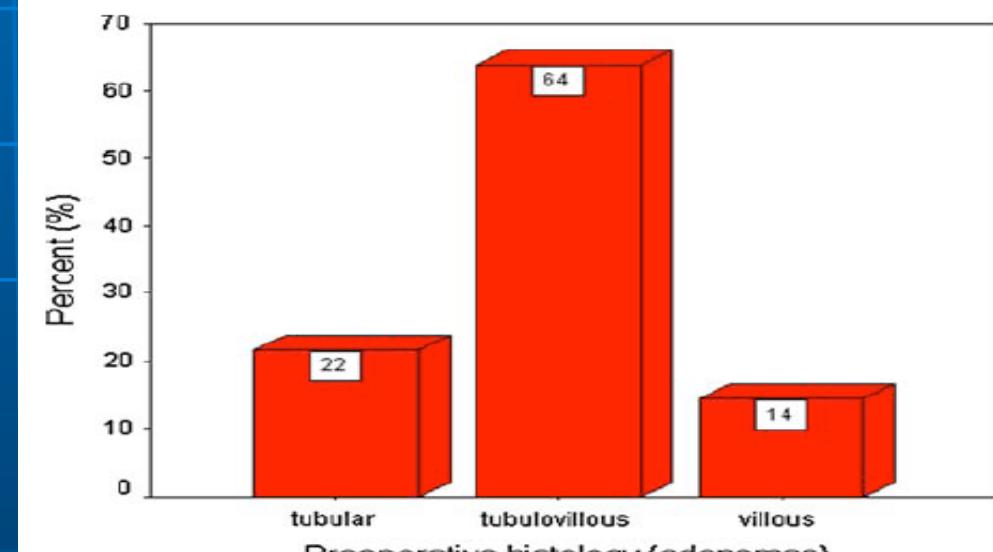
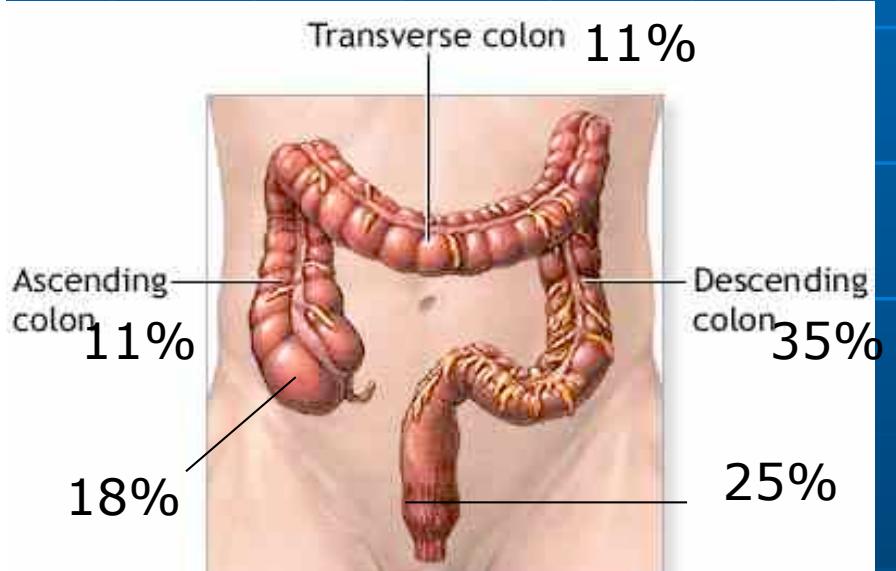
- Evolution de l'endoscopie
  - Amélioration des endoscopes (>1M pixels)
  - Pratique régulière des mucosectomies
  - Meilleure individualisation des lésions (FICE, NBI)
  - Nouvelles techniques (Bistouris)
- **Pas de consensus pour définir un polype non résécable endoscopiquement!!!**

# Critères de résection?

- Taille ?
- Morphologie ?
- Localisation ?
- Résultat anapath ?

# Introduction

## Laparoscopic resection for endoscopically unresectable colorectal polyps: analysis of 525 patients



**Fig. 1** Frequency (in percentage) of the individual adenoma subtypes (biopsies obtained at the preoperative endoscopy)

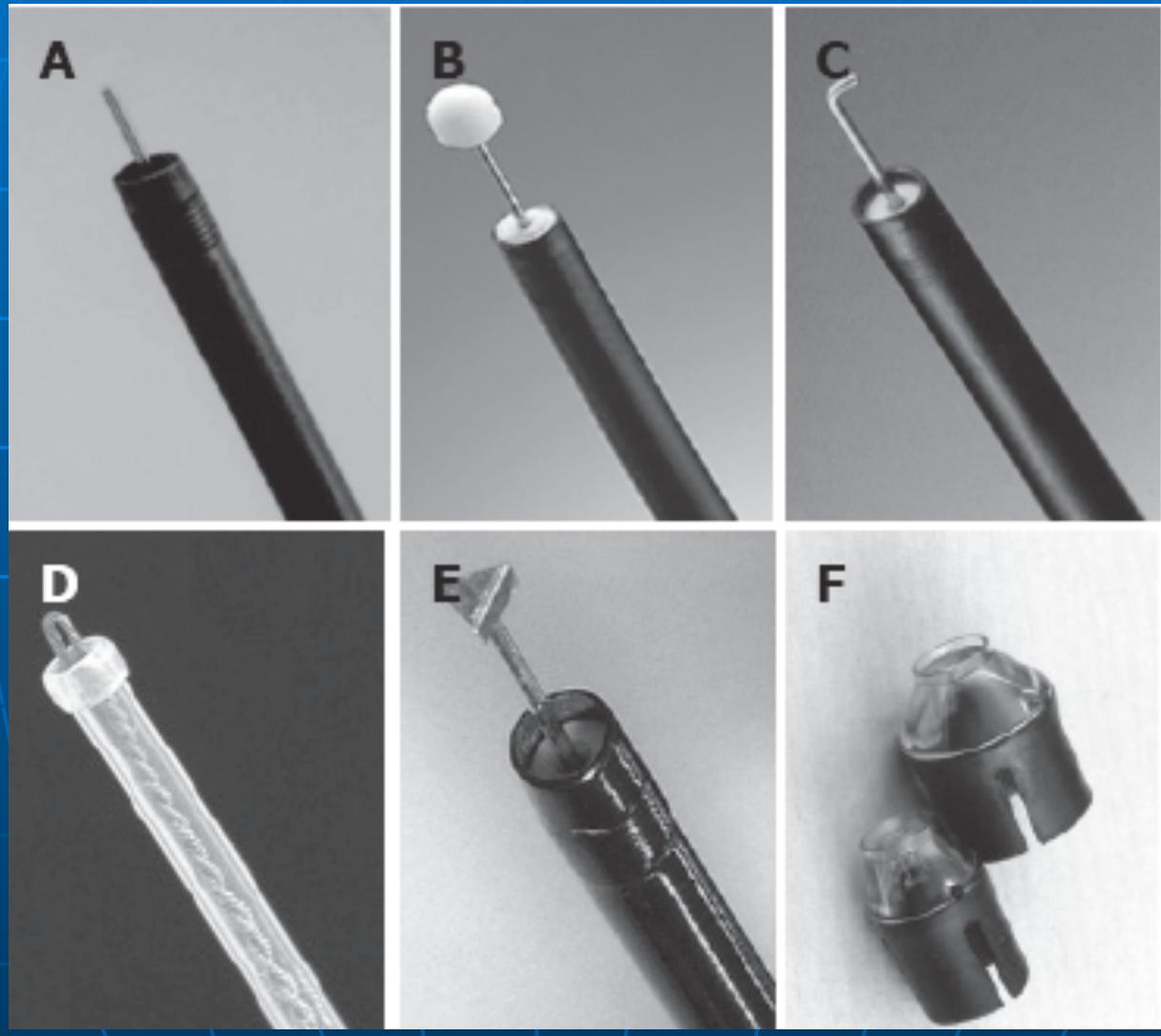
# Introduction

## Laparoscopic resection for endoscopically unresectable colorectal polyps: analysis of 525 patients

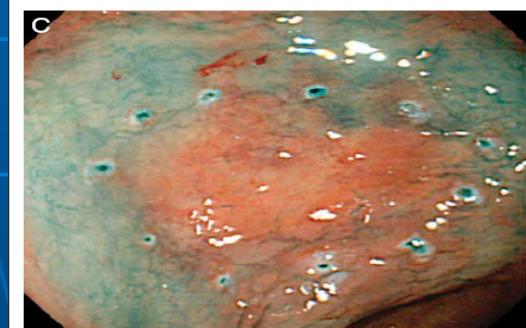
**Table 3** Nature and frequency of the postoperative complications (more than one per patient possible)

Postoperative complications	Number of patients (%)
Overall morbidity	109 (20.8)
Bleeding requiring surgery	8 (1.5)
Postoperative ileus	20 (3.8)
Anastomotic leak	19 (3.6)
Surgical revision	8 (1.5)
Conservative treatment	11 (2.1)
Cardiopulmonary complications	23 (4.4)
Hematoma/abscess	16 (3.0)
Urinary tract infection	15 (2.9)
Sepsis	5 (1.0)
Neurological complications	3 (0.6)
Wound healing problems	33 (6.3)

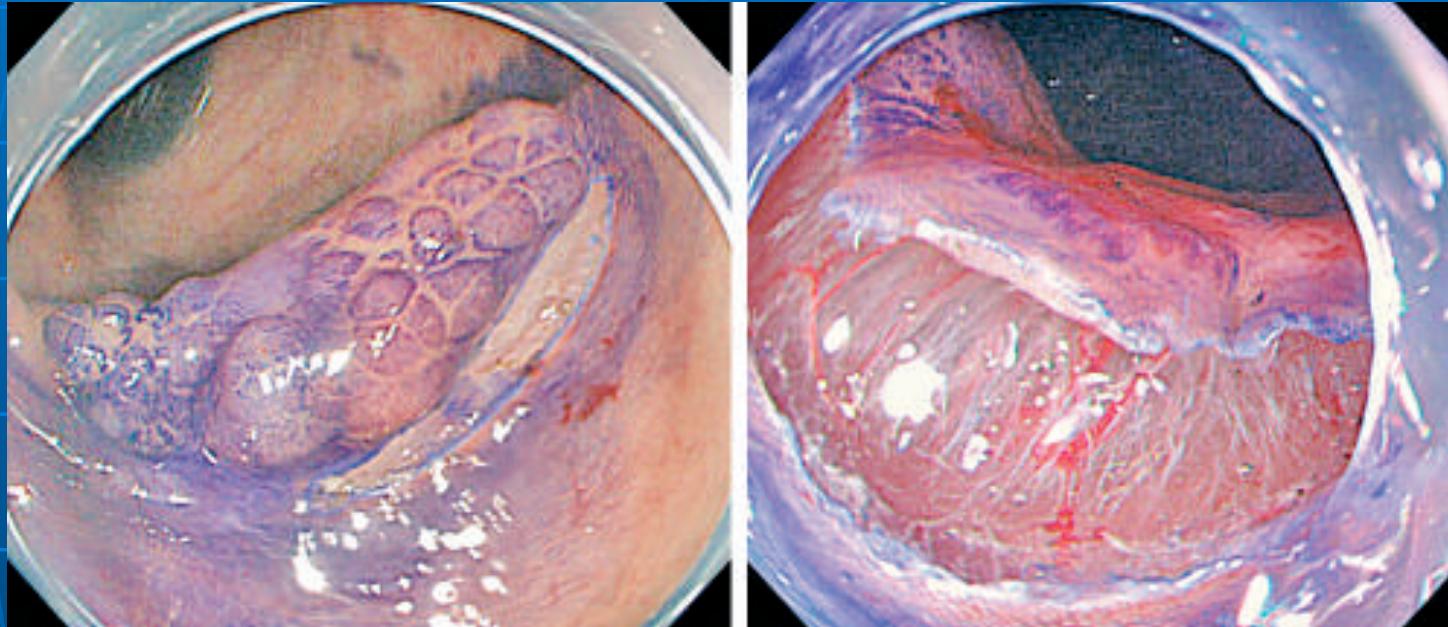
# Les bistouris



# TECHNIQUE DE DISSECTION ENDOSCOPIQUE SOUS MUQUEUSE (ESD)



# MUCOSECTOMIE ENDOSCOPIQUE



- 71 CCR sur adénome
- Tous >20mm
- ESD
- Complications : 1 perforation (1.4%)

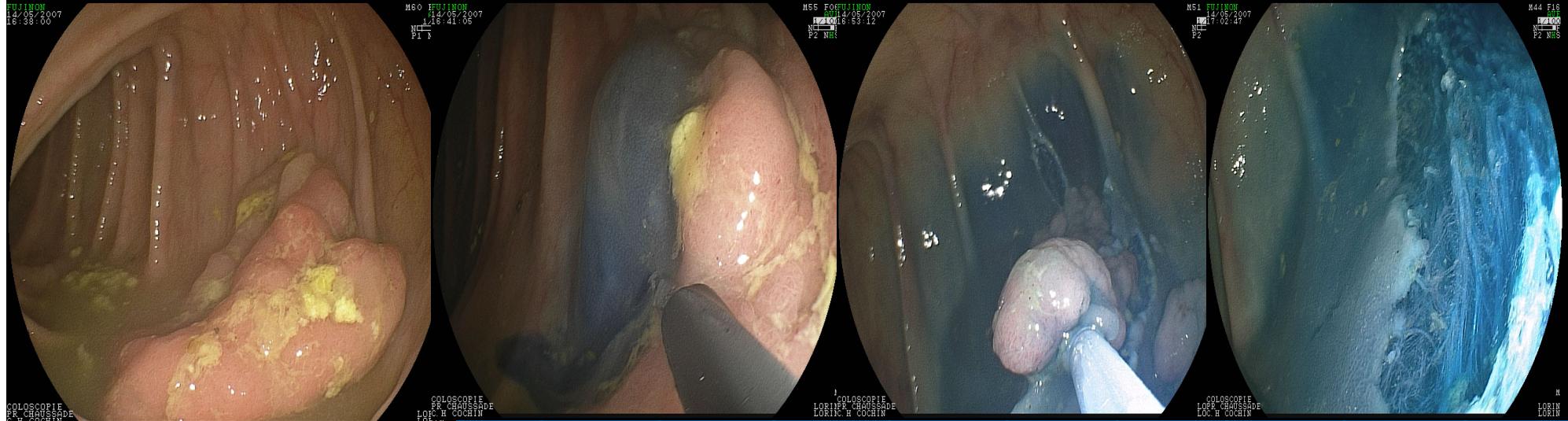
# Introduction

**Quels sont les critères de résection?**

- Taille
- Localisation
- Aspect endoscopique
- Absence de décollement

Quand compléter la résection par chirurgie?

# Taille = critère de non résection?



- Polypes >20mm : 0.8% - 5.2%
- Mucosectomies:(N=103)

Taille: 20 (Max: 70mm)

Morbidité : 4,0%

Durée séjour: 2,1 jours

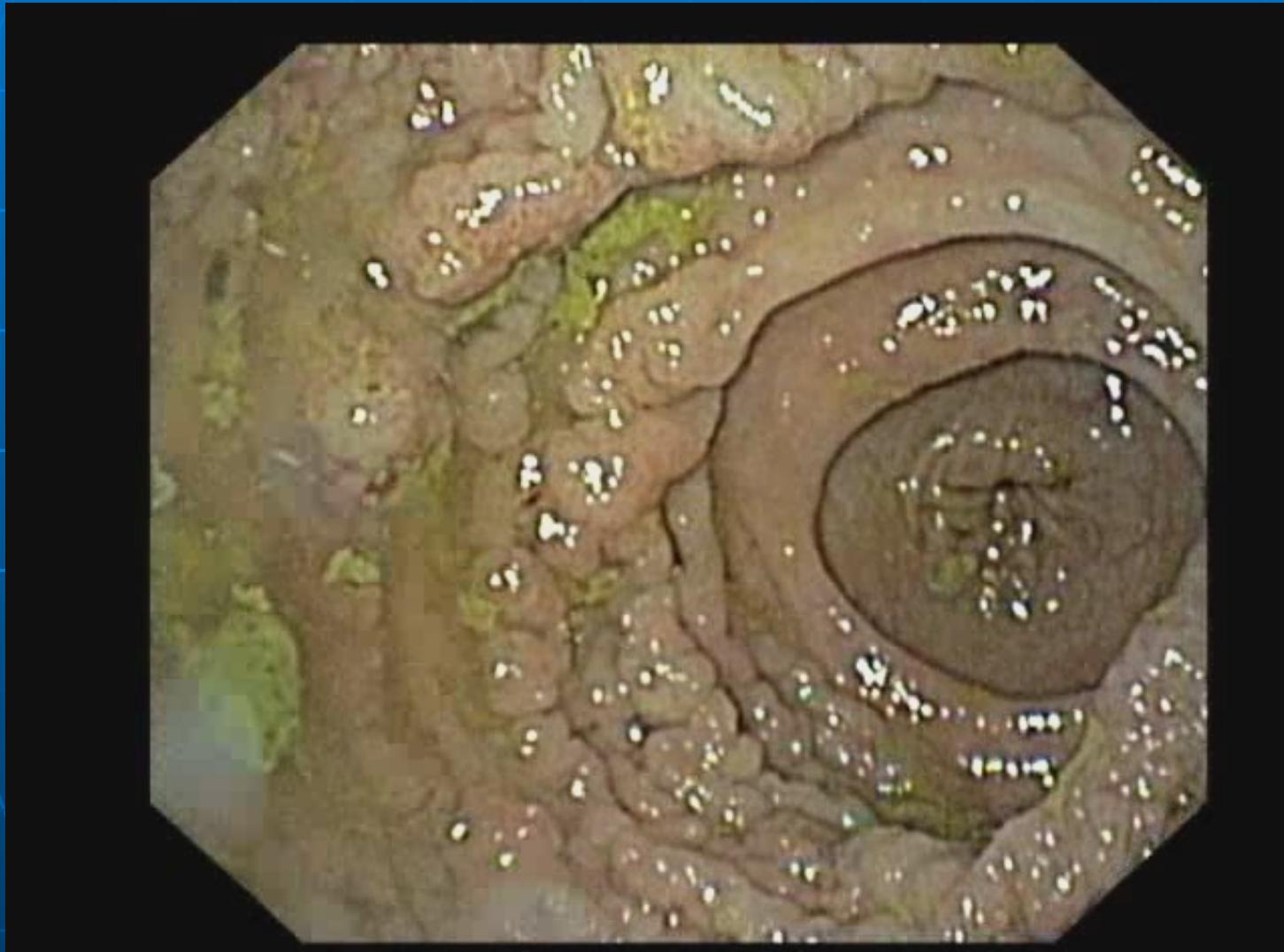
Fukami et coll, Curr Opin, 2006  
Chaussade et coll, JFHOD, 2008

# Taille?

	Pokala et al	Tamegai et al	Doniec et al	Dell'abate et al
<b>Patients</b>	<b>51</b>	<b>71</b>	<b>186</b>	<b>104</b>
<b>Age median</b>	<b>68</b>	<b>63</b>	<b>62</b>	<b>66</b>
<b>Résection</b>	<b>Laparo</b>	<b>Endo</b>	<b>Endo</b>	<b>Endo</b>
<b>Complications (%)</b>	<b>11,70</b>	<b>1,4</b>	<b>4</b>	<b>3,8</b>
<b>Hémorragie - Perforations</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2% - 1%</b>	<b>-</b>
<b>Réhospitalisations (%)</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
<b>Durée Hospit (jours)</b>	<b>3,1</b>	<b>3,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Taille Polype (mm)</b>	<b>31</b>	<b>35</b>	<b>&gt;30</b>	<b>&gt;30</b>
<b>Min</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
<b>Max</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>130</b>	<b>(20% &gt;40)</b>

Dell'Abate et al, Dis Colon Rectum, 2001; Doniec et al, Dis Colon Rectum, 2003;  
Tamegai et al, Endoscopy, 2007; Pokala et al, Surg Endosc, 2007

# Taille?



# Taille?

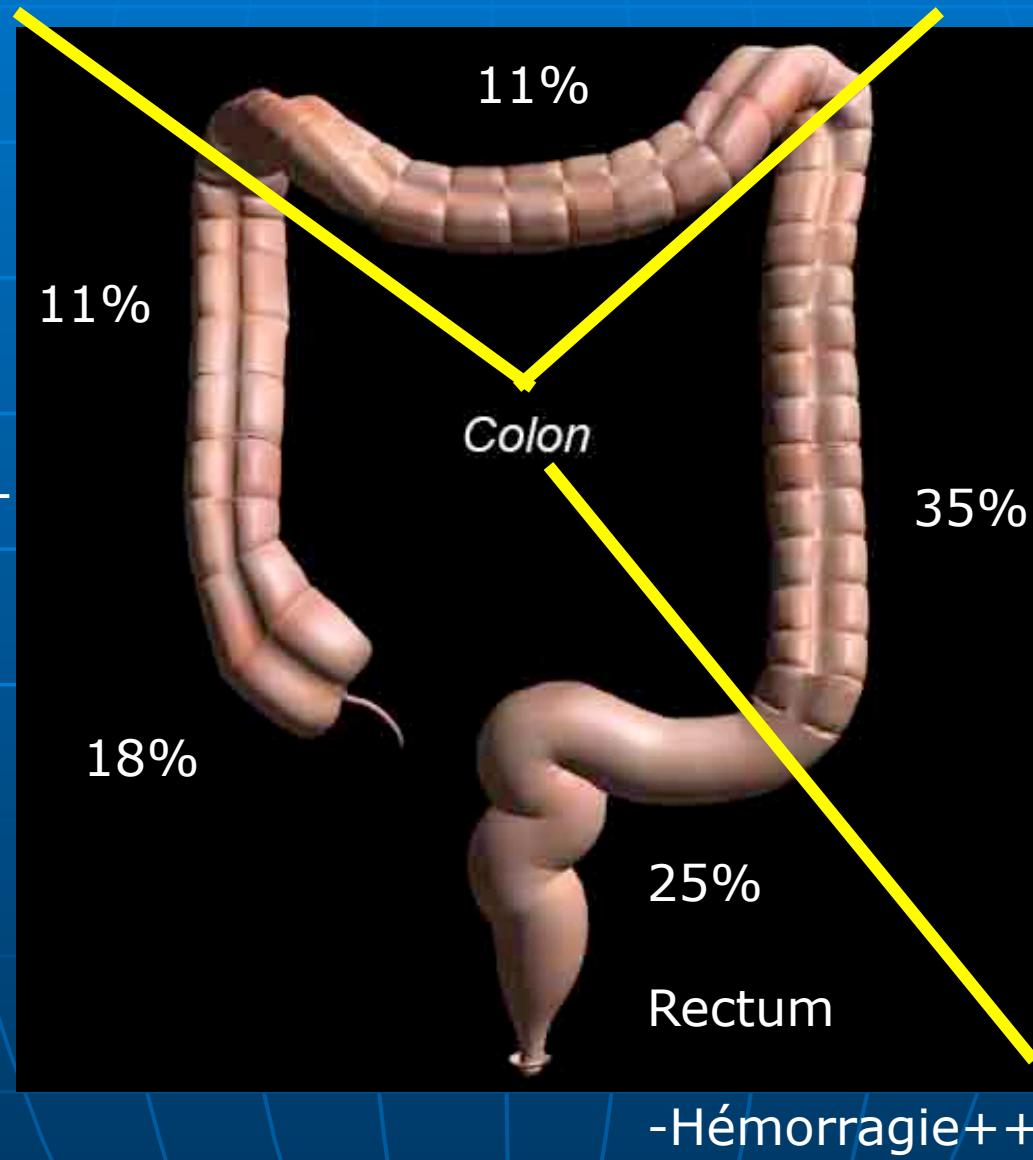
La taille n'est plus un critère de non résection d'un adénome du colon.

# Localisation?

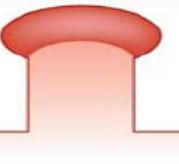
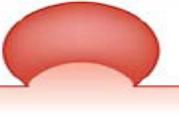
Colon droit  
Caecum

-Hémorragie  
-Perforation+++

Colon gauche  
-Hémorragie  
-Perforation+



# Aspect endoscopique?

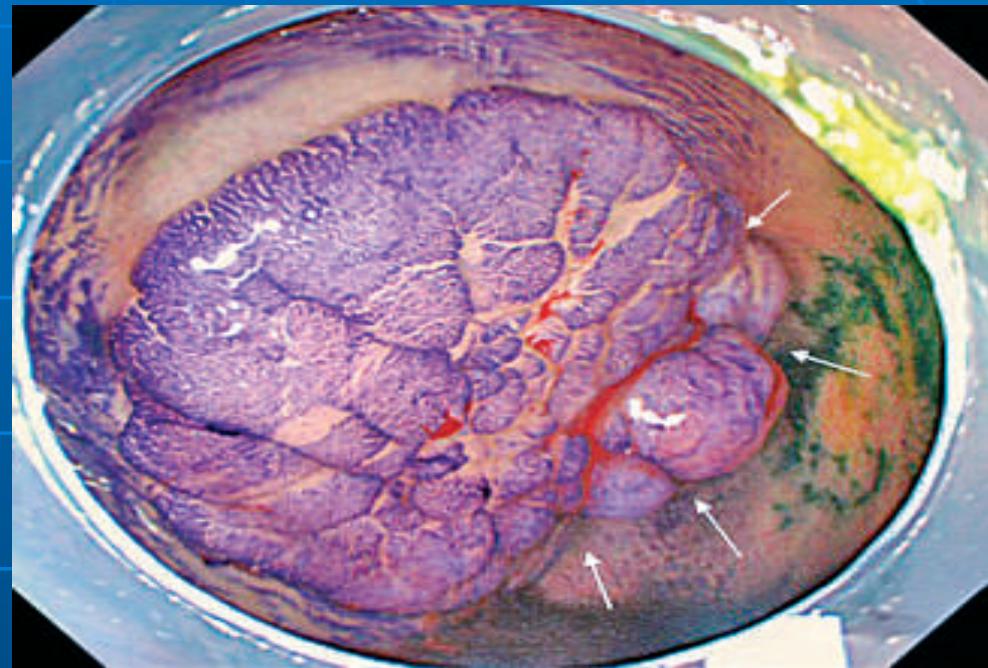
Endoscopic appearance	Paris classification	
Protruded lesions	0 ± I <sub>p</sub>	
	0 ± I <sub>s</sub>	
Flat lesions	0 ± II <sub>a</sub>	
	0 ± II <sub>b</sub>	
	0 ± II <sub>c</sub>	
Mixed patterns	0 ± II <sub>a/c</sub>	
	0 ± II <sub>c/a</sub>	

Paris Classification, Endoscopy 2005

# Absence de décollement?

- « non lifting sign »

<b>ADK Sm1 Sm2</b>	<b>271</b>
<b>Sensib</b>	<b>61.5%</b>
<b>Spécif</b>	<b>98.4%</b>
<b>VPP</b>	<b>0,80</b>



L'absence de décollement complet ne contre indique pas la mucosectomie

## Quels sont les critères de résection?

- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| • Taille                 | NON |
| • Localisation           | NON |
| • Aspect endoscopique    | OUI |
| • Absence de décollement | ?   |

## Quand compléter la résection par chirurgie?

# Qualité de la mucosectomie

## 1) Type de prélèvement:

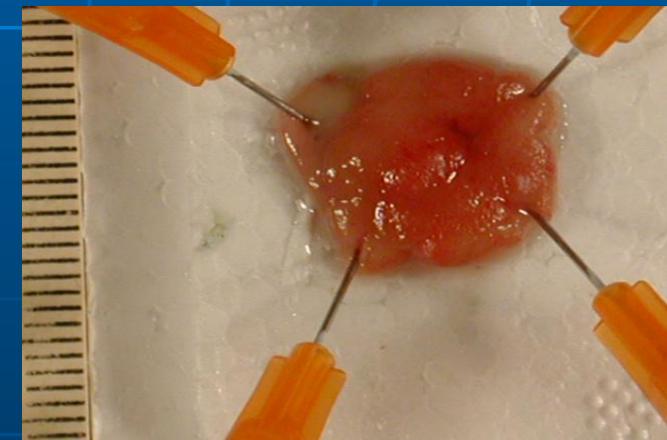
- Peace meal resection <<< Monobloc

## 2 ) Technique de prélèvement

- Etalement immédiat de la pièce par l'endoscopiste
- Orientation face muqueuse vers le haut.
- Fixation par des épingles.

## 3 ) Compte rendu anapath +++++

- Marge de sécurité
- Envahissement en profondeur et largeur
- Différenciation de la tumeur.

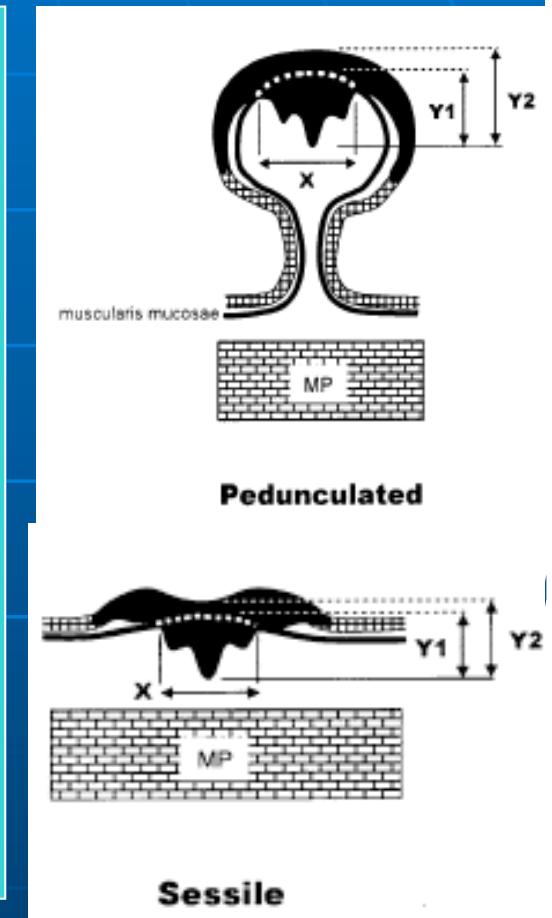


# FDR de la récidive locale

Localisation du front de la tumeur	Résection endoscopique + chirurgie % avec reliquat tumoral
Dans la région de la coagulation  < 1mm  1 < marge < 2mm  > 2mm	4/31 (13%)  0/10  0/7
Hors de la région de coagulation  <1mm  1 <marge < 2mm  > 2mm	0/19  0/10  0/7

# FDR de l'atteinte ganglionnaire

	n	gg +	p
<b>Largeur envahissement sm</b>			<b>0.005</b>
< 2mm	35	0	
2 mm <y< 3 mm	22	4.5%	
3 mm <y< 4 mm	24	4.2%	
4 mm <	189	21.1%	
<b>Profondeur envahissement sm</b>			<b>0.004</b>
<500 $\mu$ m	23	0	
500 $\mu$ m <y< 1 mm	15	6.7%	
1 mm <y< 2mm	38	5.3%	
2 mm <	175	18%	



# FDR de l'atteinte ganglionnaire

<b>4 paramètres</b>	<b>RR</b>	<b>p</b>
<b>Grade tumoral</b>	<b>2.9</b>	<b>0.02</b>
<b>Invasion vasculaire/lymphatique</b>	<b>2.7</b>	<b>0.03</b>
<b>« Budding »</b>	<b>3.7</b>	<b>0.008</b>
<b>Aspect cribriforme</b>	<b>3.9</b>	<b>0.002</b>

<b>Nombre de FDR</b>	<b>GG+</b>
0	0.7%
1	20.7%
2 ou +	36.4%

# conclusion

- La taille et la localisation d'un polype ne sont pas des critères de non résection endoscopique
- Les mucosectomies endoscopiques ont une morbidité faible (5%)
- Idéalement la résection doit être en monobloc
- L'analyse histologique doit comprendre:
  - les marges de résection
  - l'envahissement en largeur ( $> 2$  mm)
  - l'envahissement en profondeur ( $> 500\mu\text{m}$ )
  - les 4 critères prédictifs d'envahissement ganglionnaire

# Quand compléter la résection par une chirurgie?

- Tumeurs T1 sm = endoscopie
  - Si envahissement de la sous muqueuse en largeur < 2 mm et 0.5mm en profondeur
  - Si envahissement de la sous muqueuse en largeur entre 2 et 4 mm et en profondeur entre 0.5 et 2mm, risque de métastases ganglionnaires 3-4%.
  - Si envahissement de la sous muqueuse en largeur > 4 mm et 2 mm en profondeur **et** pas de critères qualitatifs péjoratifs.
- Tumeurs T1 sm = chirurgie
  - dans les autres cas ou
  - si le plan de section – coagulation passe à moins de 1mm du front du cancer

# Analyse multivariée des facteurs de risque « quantitatifs » d'une évolution défavorable.

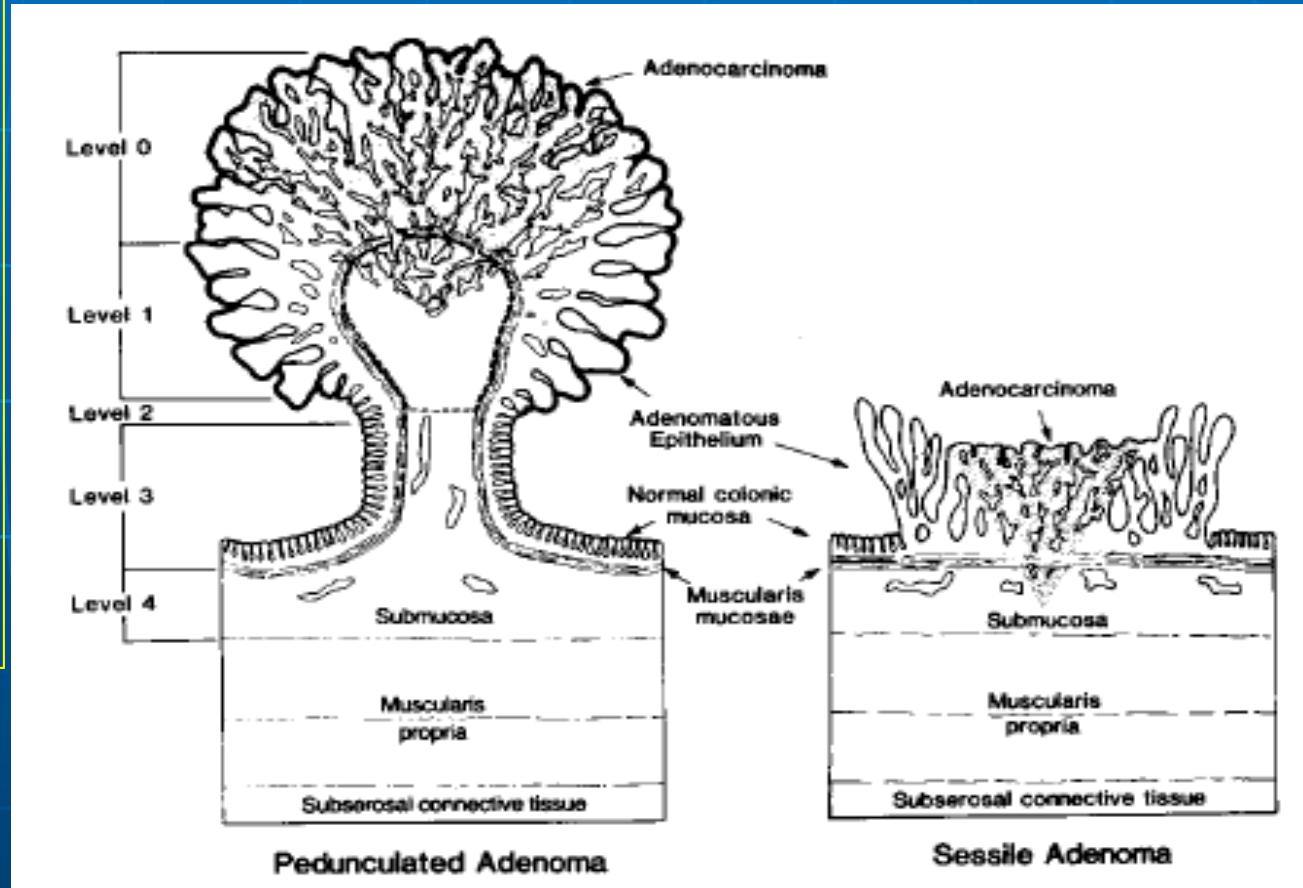
Risque gg

0%

0%

15%

27%



## Combinaison des facteurs de risque « quantitatifs et qualitatifs » d'une évolution défavorable.

Paramètres qualitatifs	Haggitt 3-4 +	
	Risque gg +	Micro metastases
0	<b>0%</b>	<b>15.4%</b>
1	<b>0.8%</b>	<b>4.3%</b>
2-3	<b>30.2%</b>	<b>15.8%</b>

Paramètres qualitatifs	Largeur > 4mm	
	Risque gg +	Micro metastases
0	<b>0%</b>	<b>0%</b>
1	<b>2.3%</b>	<b>10.8%</b>
2-3	<b>15.9%</b>	<b>30.4%</b>

Ueno et al, gastroenterology 2004

## CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIE

	Polypectomie puis chirurgie (n=80)	Polypectomie (n=41)	Chirurgie première (n=171)
<b>Siège tumeur</b>	<b>81/19%</b>	<b>68/32%*</b>	<b>85/15%</b>
<b>Colon / rectum</b>			
<b>Sessile/ pédiculé</b>	<b>81/19%</b>	<b>68/32%</b>	<b>84/16%</b>
<b>Zone déprimée +</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>28%*</b>
<b>Différenciation de la tumeur : défavorable</b>	<b>39%</b>	<b>7%</b>	<b>25%*</b>
<b>Invasion veineuse / lymphatique</b>	<b>26%</b>	<b>14.6%*</b>	<b>31.6%</b>
<b>Budding</b>	<b>14%</b>	<b>0%</b>	<b>16%</b>
<b>Largeur &gt; 4mm</b>	<b>35%</b>	<b>53.7%</b>	<b>31%</b>
<b>Profondeur &gt; 2mm</b>	<b>27.5%</b>	<b>46%</b>	<b>31%</b>
<b>De l'envahissement tumoral</b>			

## CLINICAL-ALIMENTARY TRACT

---

### Risk Factors for an Adverse Outcome in Early Invasive Colorectal Carcinoma

HIDEKI UENO,\* HIDETAKA MOCHIZUKI,\* YOJIRO HASHIGUCHI,\* HIDEYUKI SHIMAZAKI,†  
SHINSUKE AIDA,† KAZUO HASE,§ SUSUMU MATSUKUMA,|| TADAO KANAI,†|| HIROYUKI KURIHARA,†  
KOTARO OZAWA,† KAZUYOSHI YOSHIMURA,‡ AND SHINYA BEKKU\*