

Mucosectomie dissection sous-muqueuse

Dr E Vaillant

Séminaire oncomel le 26 Mars 2019

Marcq en baroeul

Critères de qualité de la coloscopie

Jean Lapuelle ¹, David Bernardini ¹, Michel Robaszekiewicz ^{1,2}, Stanislas Chaussade ¹

(1) SFED ; (2) CNP-HGE

et les membres des groupes de travail : Erwan Bories ¹, Philippe Bulois ¹, Christophe Cellier ³, Frédéric Cordet ⁵, Emmanuel Coron ³, Patrick Delasalle ^{2,4}, Bernard Denis ³, Franck Devulder ^{2,5}, Xavier Dray ¹, Olivier Gronier ¹, Jean Paul Jacques ^{2,5}, Stéphane Koch ¹, Arthur Laquière ¹, Patrice Pienkowski ^{2,3}, Thierry Ponchon ¹, Vincent Quentin ¹, Anne-Laure Tarrerias ¹, Éric Vaillant ¹, Frank Zerbib ^{2,3}.

(1) SFED ; (2) CNP-HGE ; (3) SNFGE ; (4) CREGG ; (5) Synmad

Critères de qualité du compte rendu de coloscopie

David Bernardini ¹, Jean Lapuelle ¹, Stanislas Chaussade ¹, Michel Robaszekiewicz ^{1,2}

(1) SFED ; (2) CNP-HGE

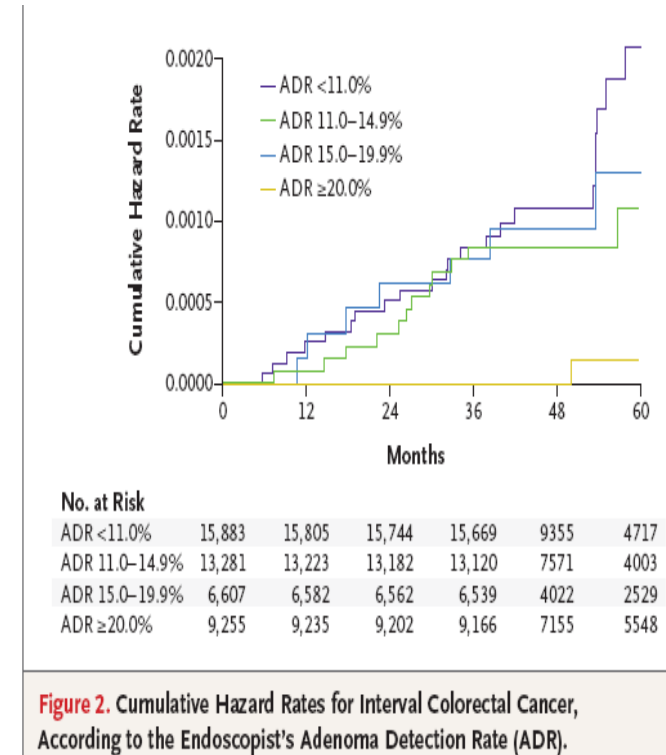
et les membres des groupes de travail : Erwan Bories ¹, Philippe Bulois ¹, Christophe Cellier ³, Frédéric Cordet ⁵, Emmanuel Coron ³, Patrick Delasalle ^{2,4}, Bernard Denis ³, Franck Devulder ^{2,5}, Xavier Dray ¹, Olivier Gronier ¹, Jean Paul Jacques ^{2,5}, Stéphane Koch ¹, Arthur Laquière ¹, Patrice Pienkowski ^{2,3}, Thierry Ponchon ¹, Vincent Quentin ¹, Anne-Laure Tarrerias ¹, Éric Vaillant ¹, Frank Zerbib ^{2,3}.

(1) SFED ; (2) CNP-HGE ; (3) SNFGE ; (4) CREGG ; (5) Synmad

Caractéristiques des cancers d'intervalle (2)

Facteurs liés à l'endoscopiste

- **Nombre de coloscopies et TDA < 20%**
- **Non-gastroentérologue : chirurgien :** OR, 1.45; 95% CI, 1.16-1.83; interniste: OR, 1.38; 95% CI, 1.17-1.63



Kaminsky, NEJM 2010; Cooper Cancer 2012

La technique :

colorer,
injecter pour surélever

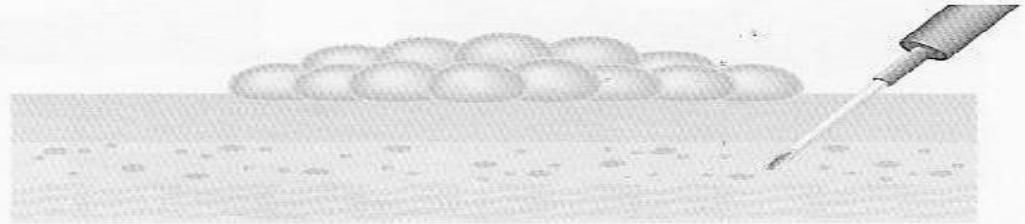


Fig. 3a - Aiguille dans la sous-muqueuse.

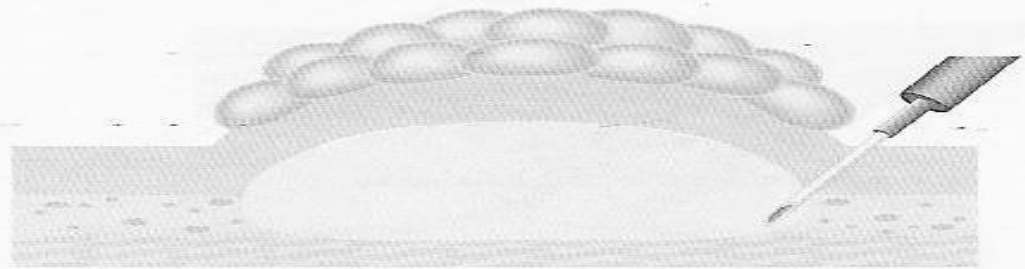
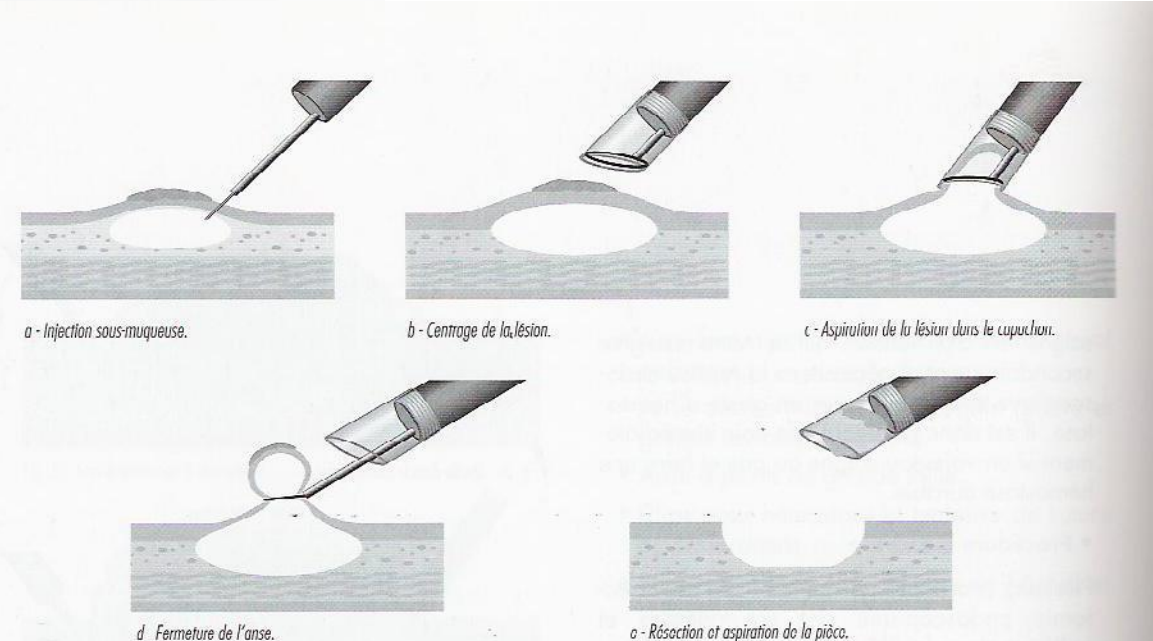


Fig. 3b - Injection sous-muqueuse . la surélévation témoigne de l'absence d'envahissement de la musculuse.

Fig. 3 - Injecter et couper

Couper vérifier les berges

La coloscopie est
thérapeutique



a - Injection sous-muqueuse.

b - Centrage de la lésion.

c - Aspiration de la lésion dans le capuchon.

d - Fermeture de l'anse.

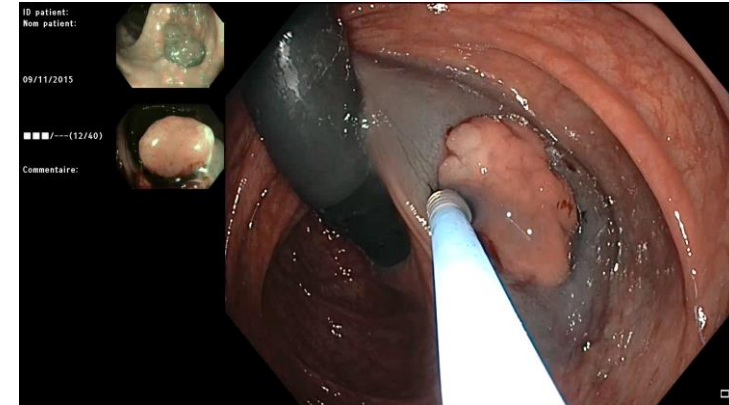
e - Résection et aspiration de la pièce.

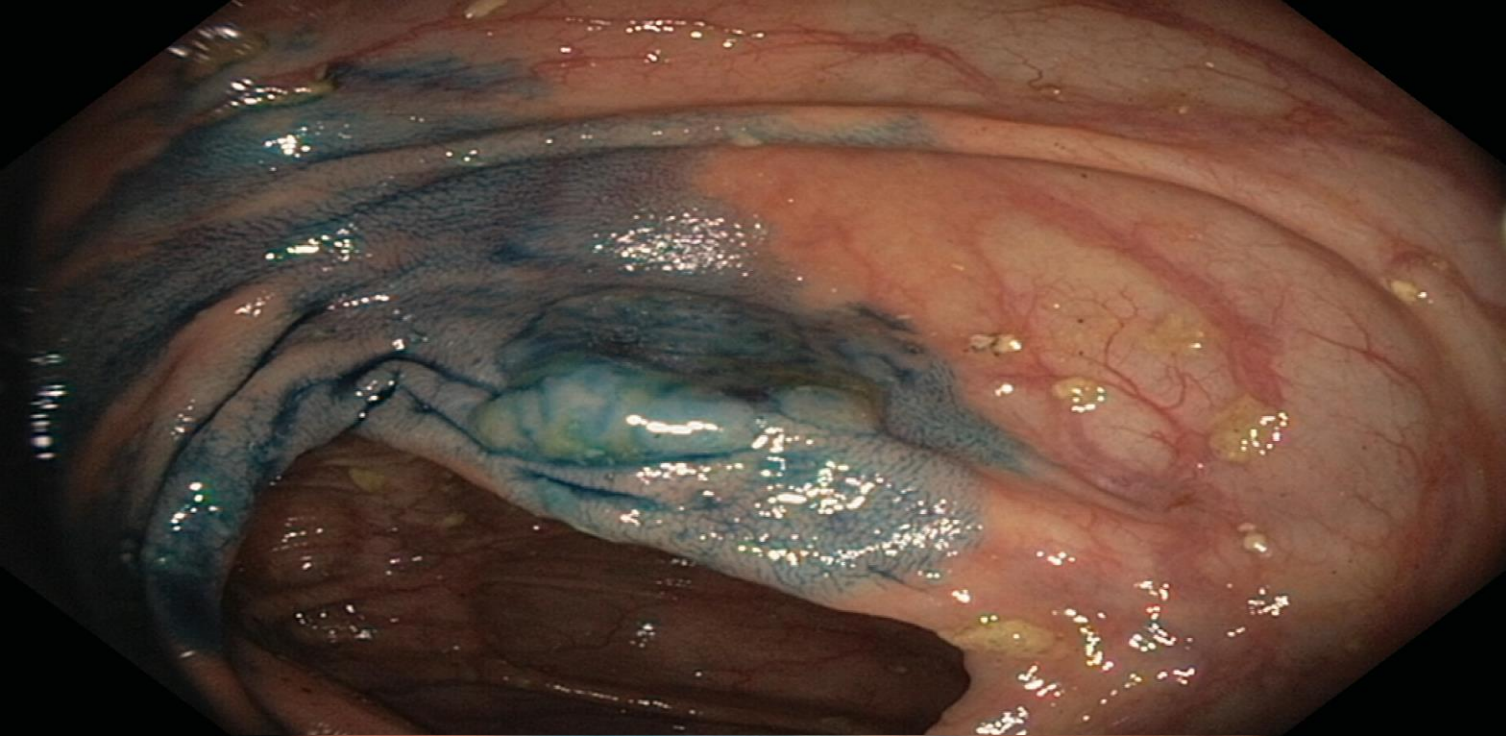
Fig. 4 - Aspirer et couper avec un capuchon distal plastifié.

Mucosectomie : principes

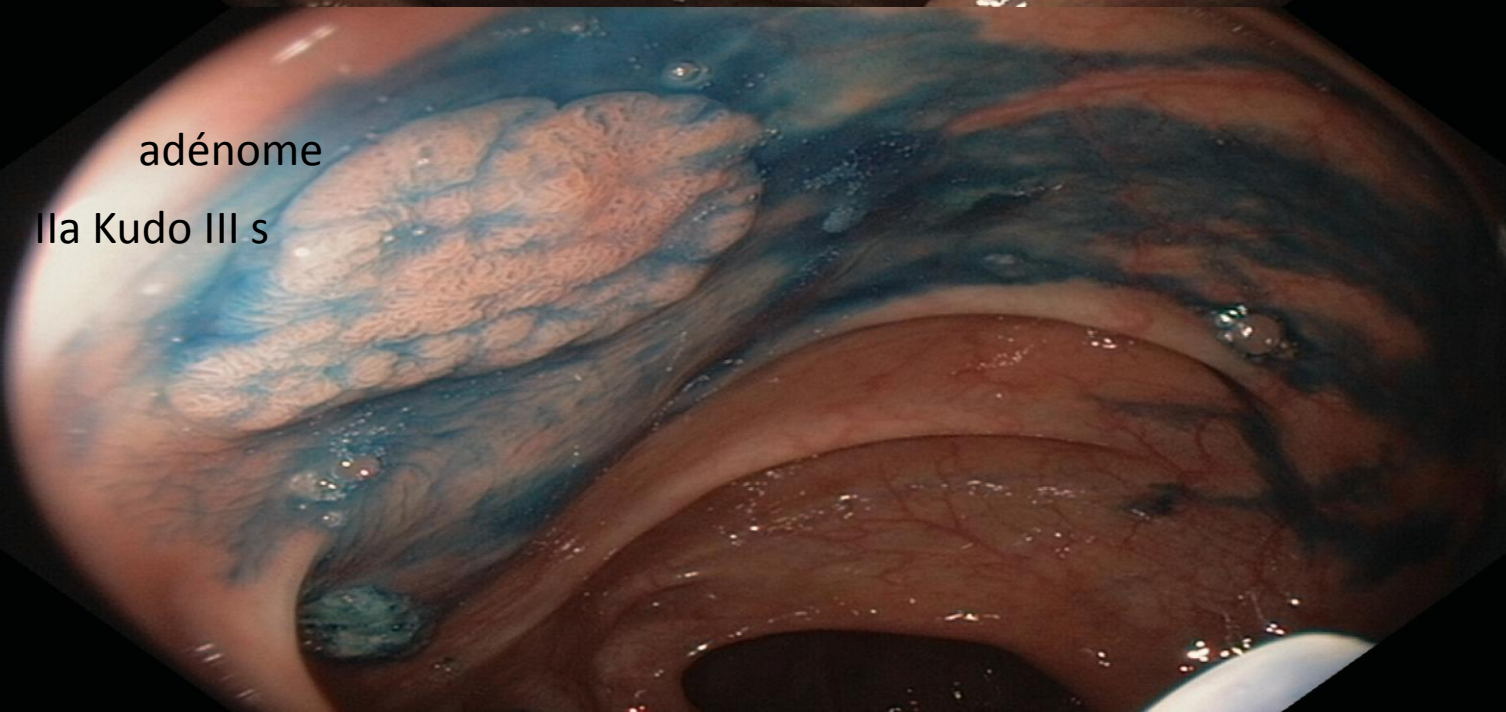


- Déploiement de l'anse
 - Taille adaptée
 - Placement précis de la pointe
 - Bord supérieur de la lésion
 - Pour voir le déploiement en bas
 - +/- ancrage
 - Puis ouverture lente
 - En vérifiant les marges latérales
 - Puis exsufflation et fermeture progressive
 - Pression de l'endoscope à la base de l'anse
- Lésions II b II a I S, LST > 3 mm et < 20-30 mm
- Avant de couper
 - Relâcher l'anse doucement et réinsuffler
 - Vérifier que la paroi s'étend toujours (muscle libéré)



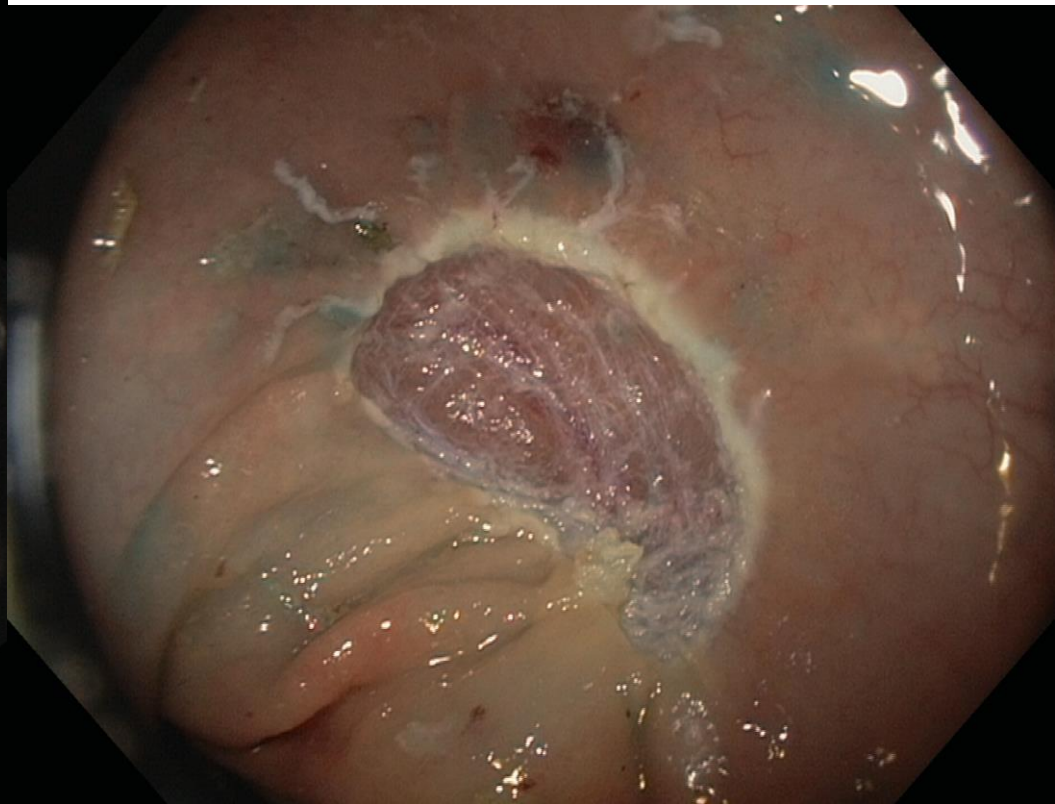


IIA Kudo II
Adenome festonnée sessile

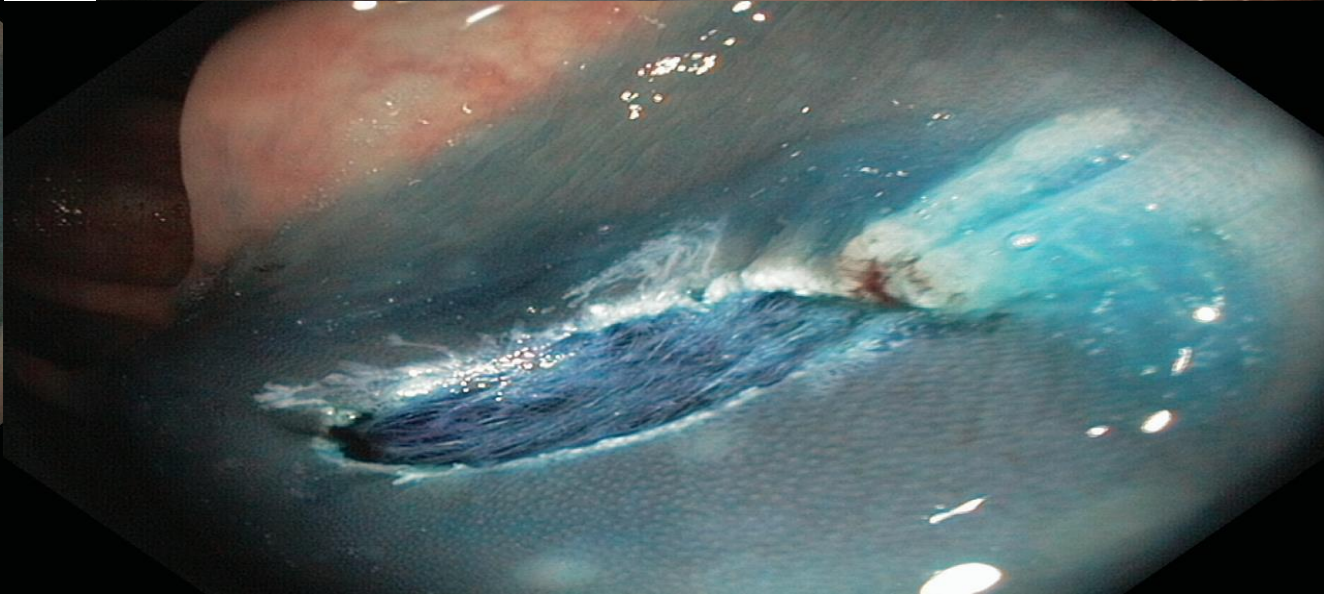
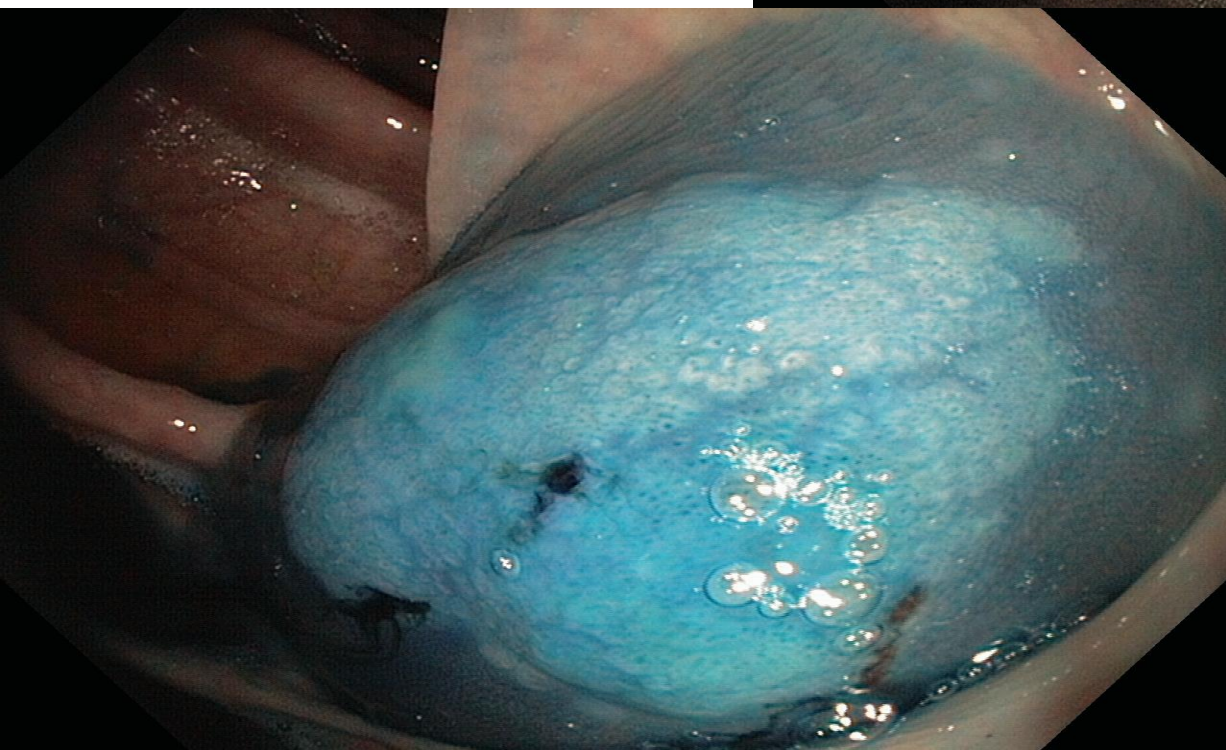
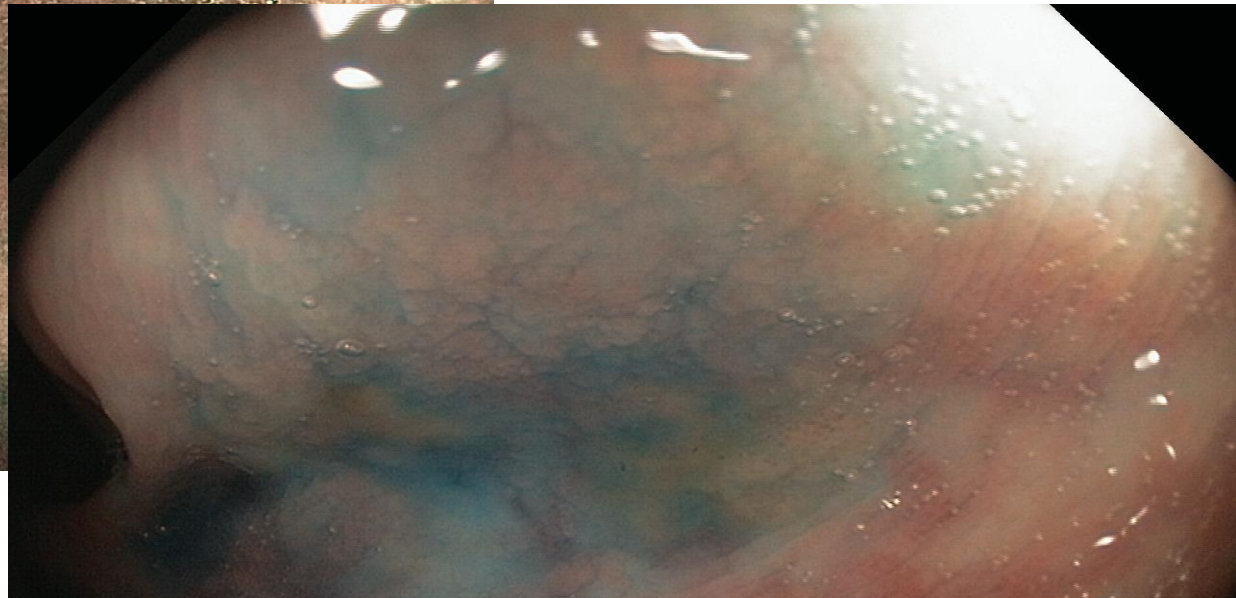
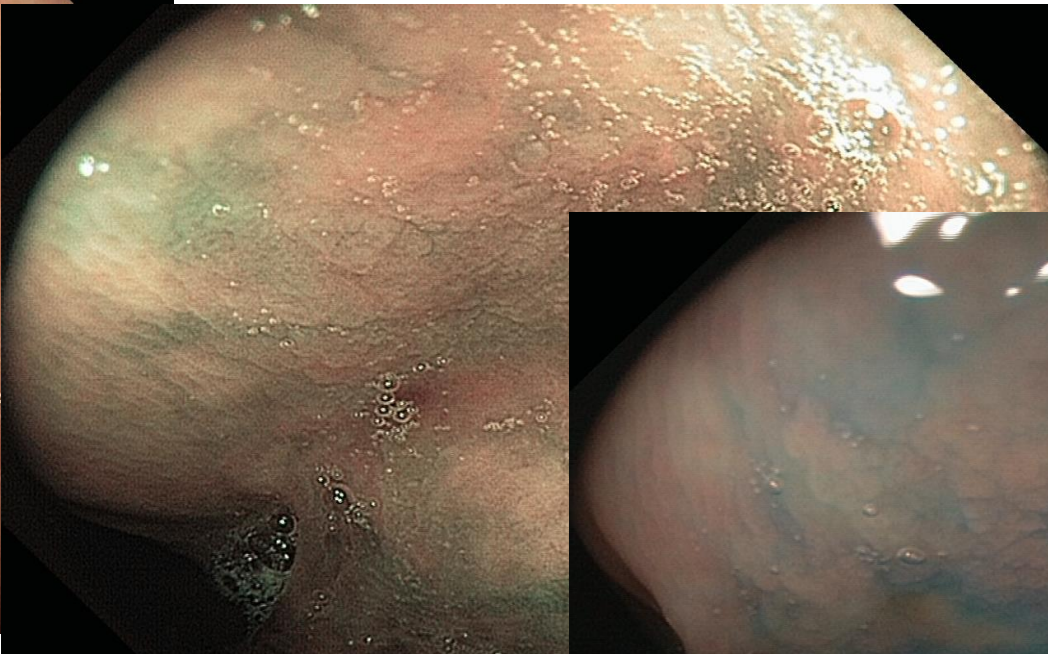


adénome

Ila Kudo III s







Sex: Age:
Date naissance:
19/09/2000
11:34:38

EVP: AT/2/

■ ■ ■ ■ / ■ ■ ■ ■ □

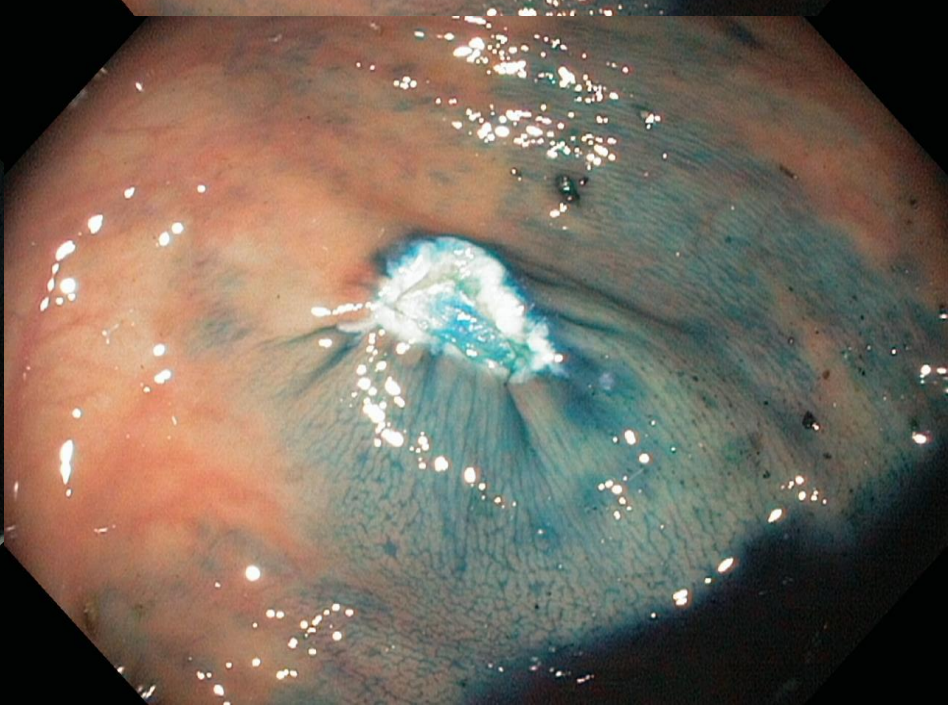
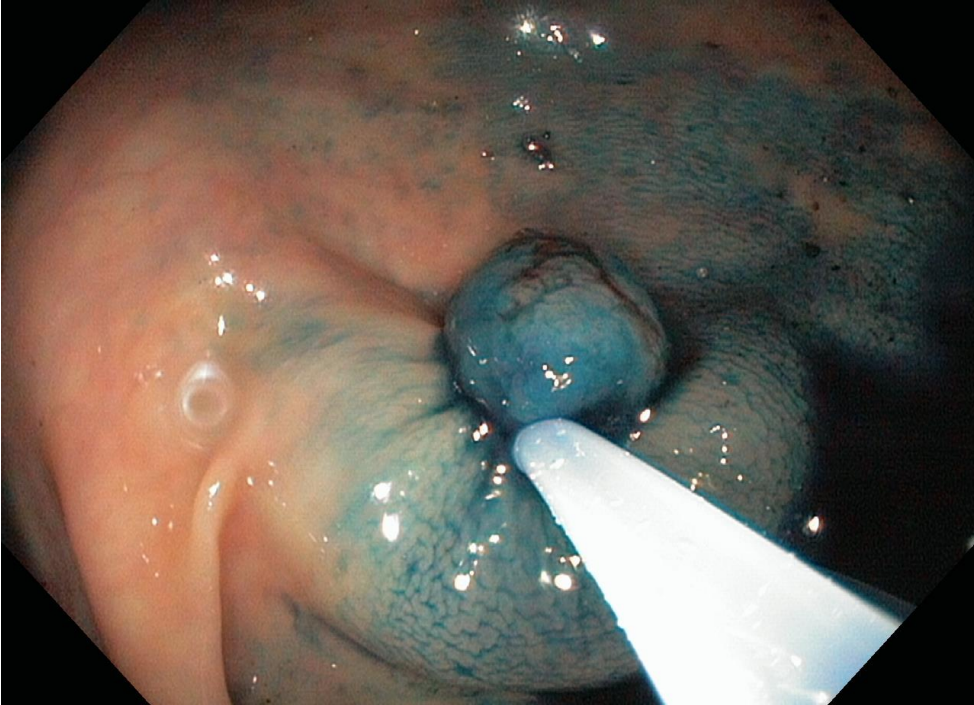
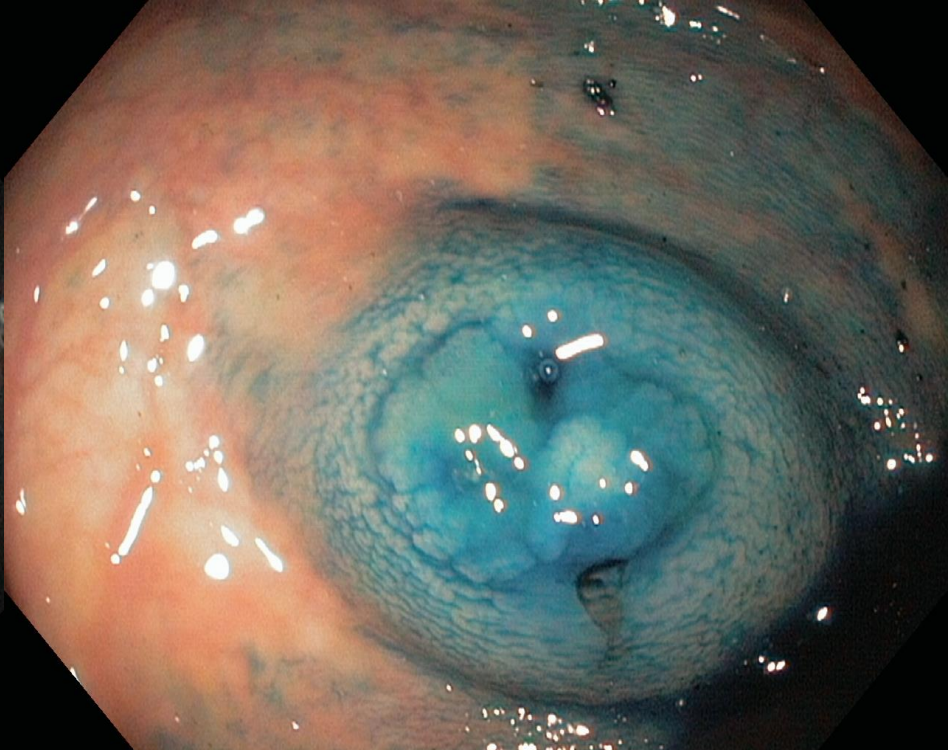
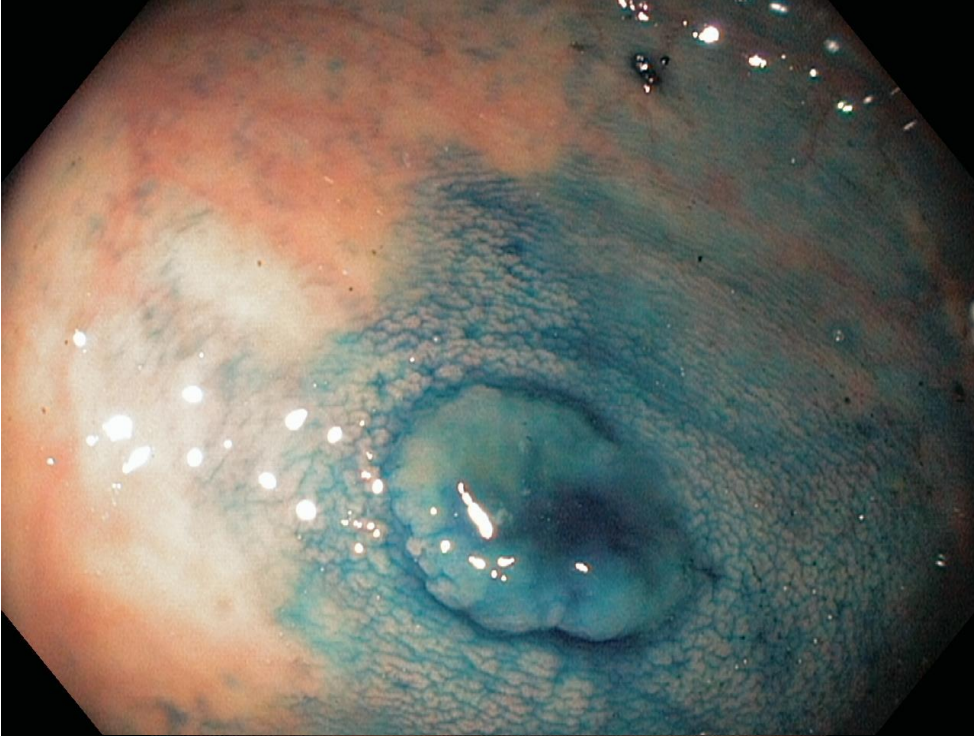
9/10

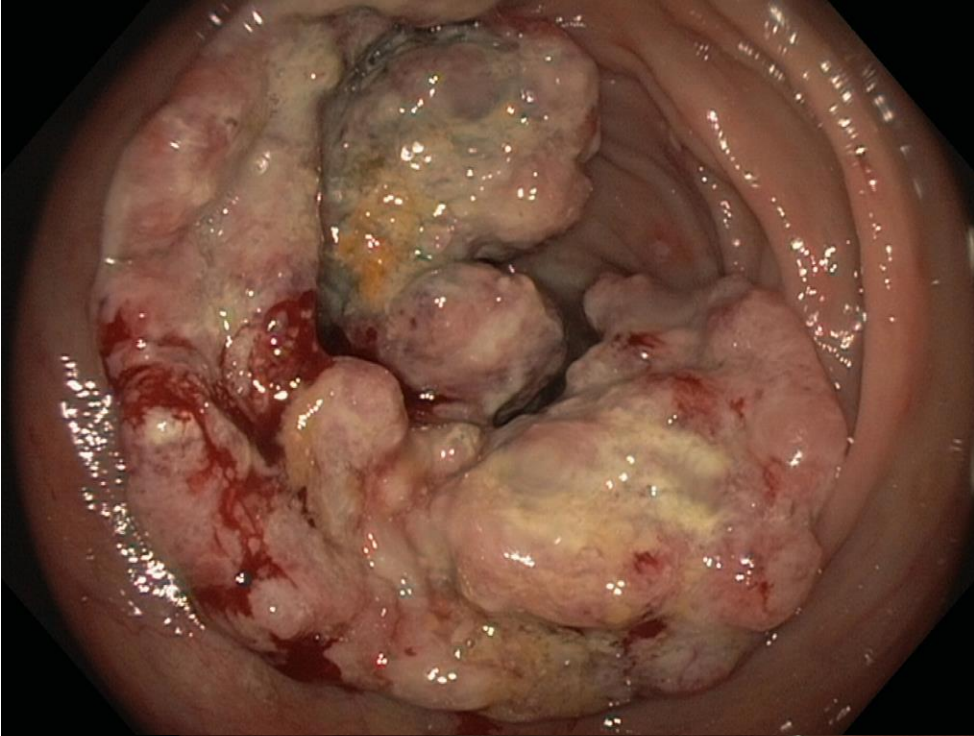


Eh:A1 Cm:1

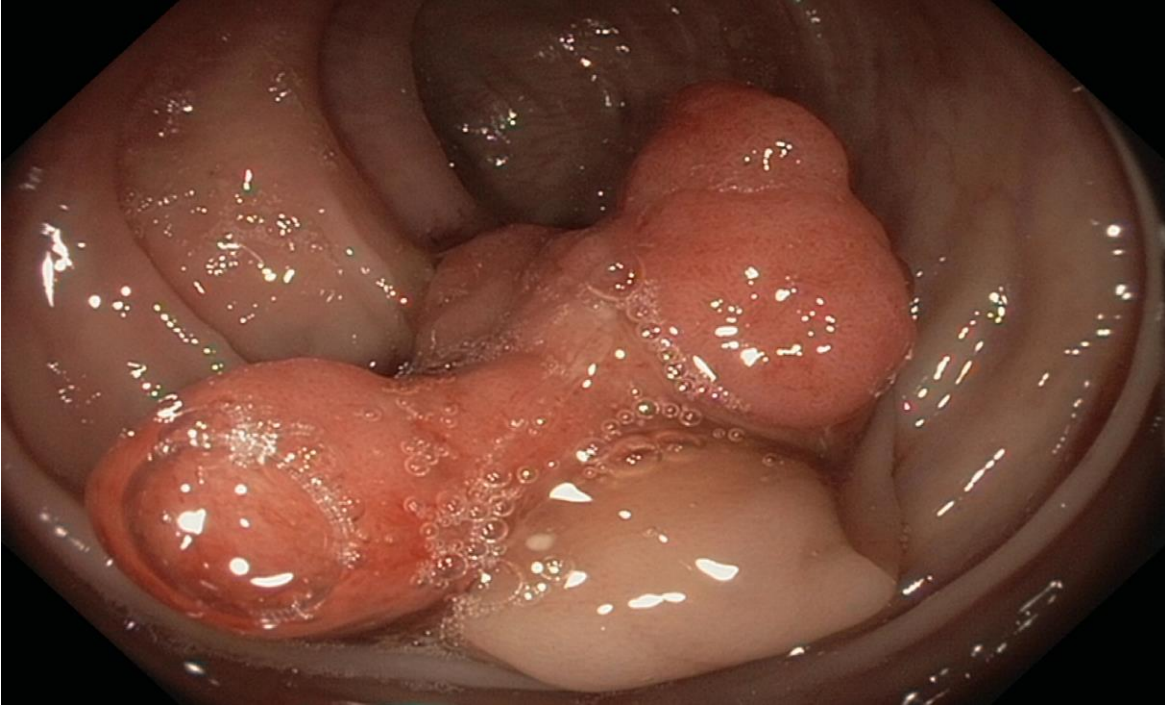
Consentir:







Adénocarcinome infiltrant

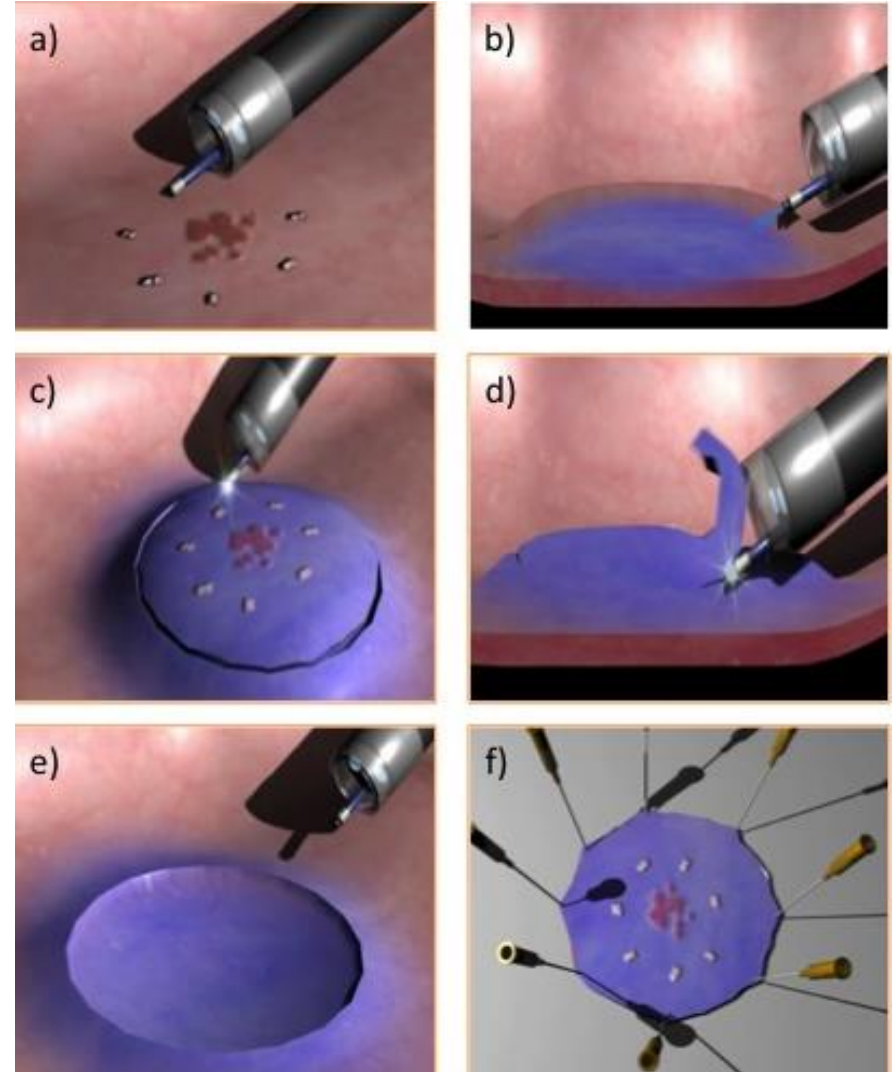


Adénome DBG et DHG

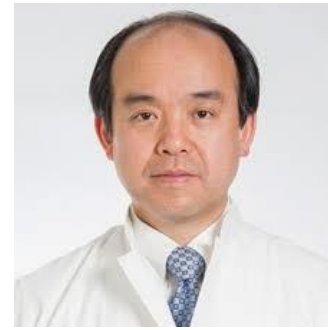
Foyer ADK sm +

Dissection sous-muqueuse : Technique

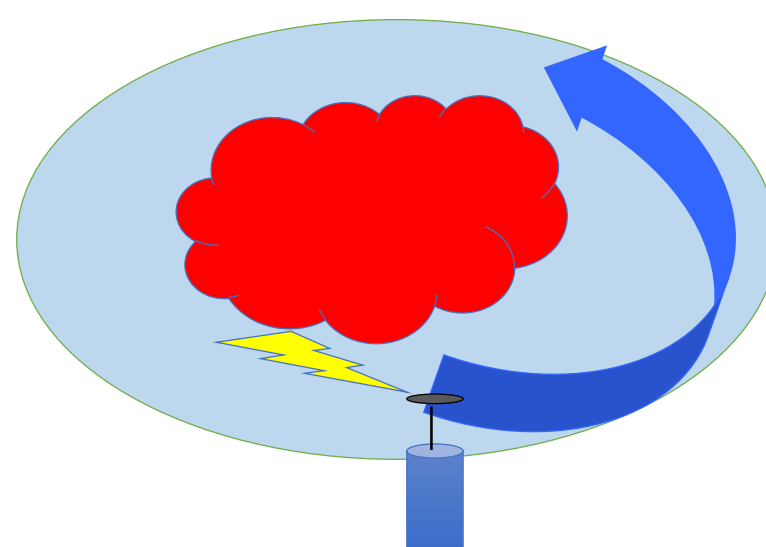
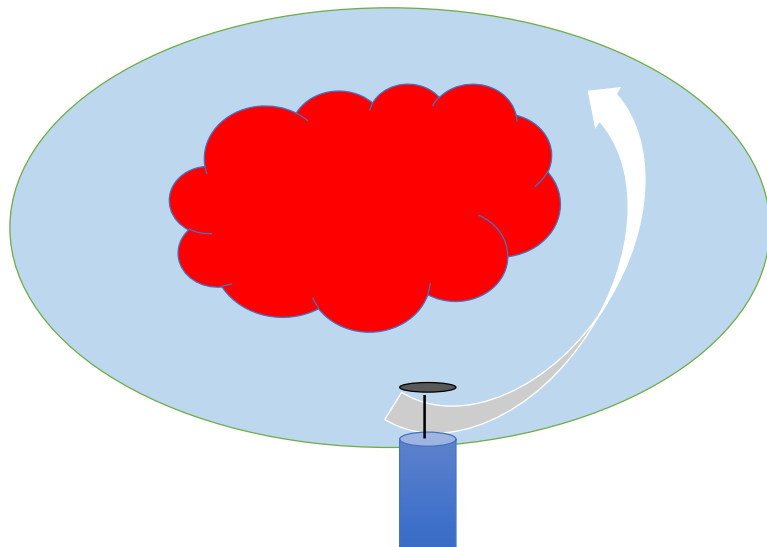
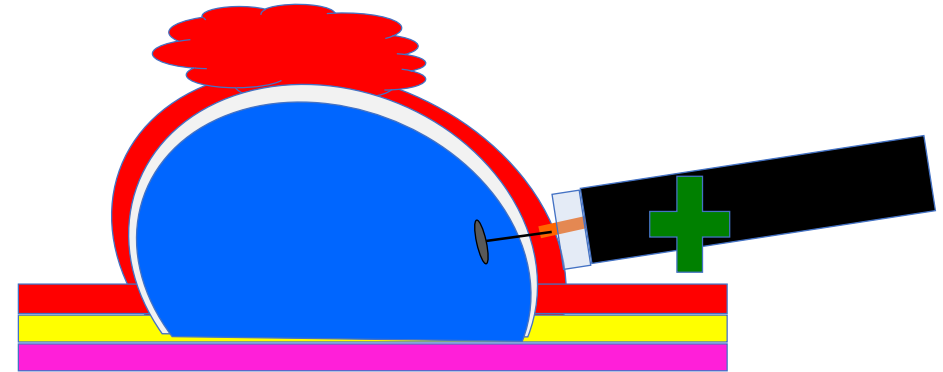
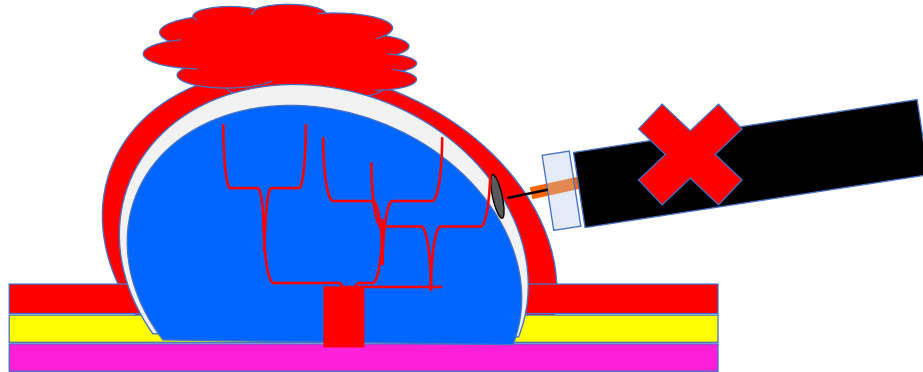
- 4 étapes clés:
 - Marquage
 - Injection
 - Incision
 - Dissection



Fable de Yahagi

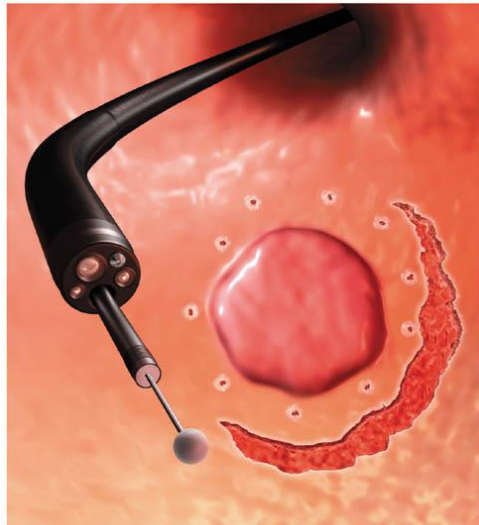


« Rien ne sert de couper il faut partir du point »



Les outils

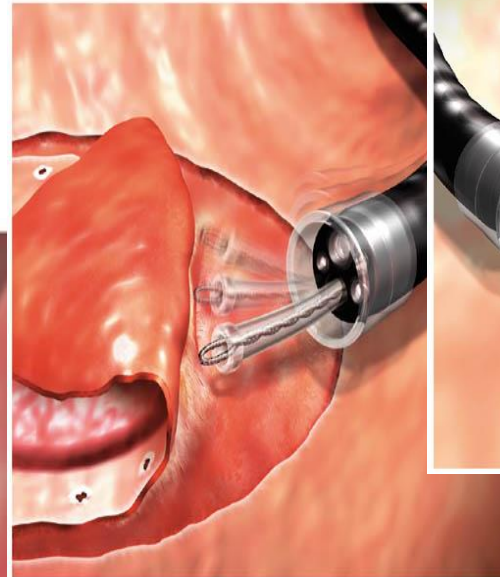
IT



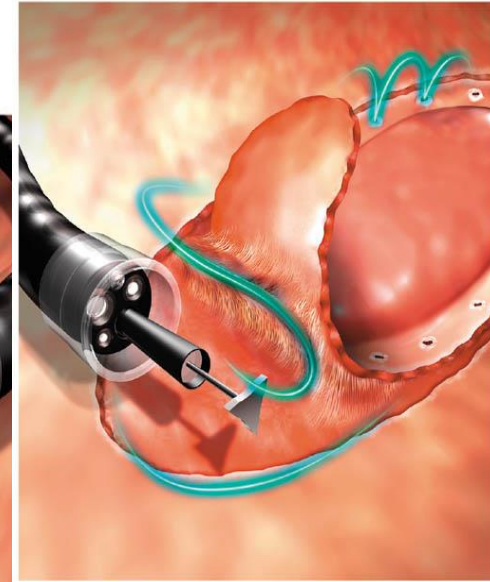
Hook



Flex



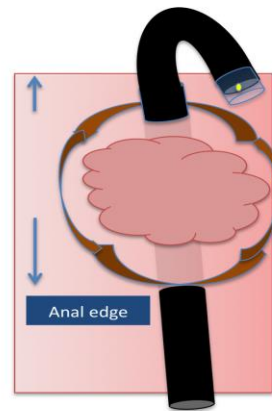
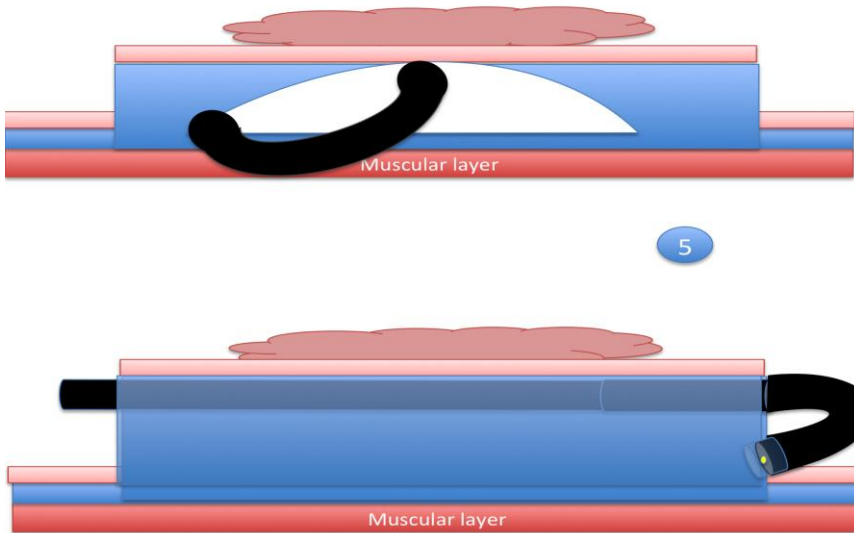
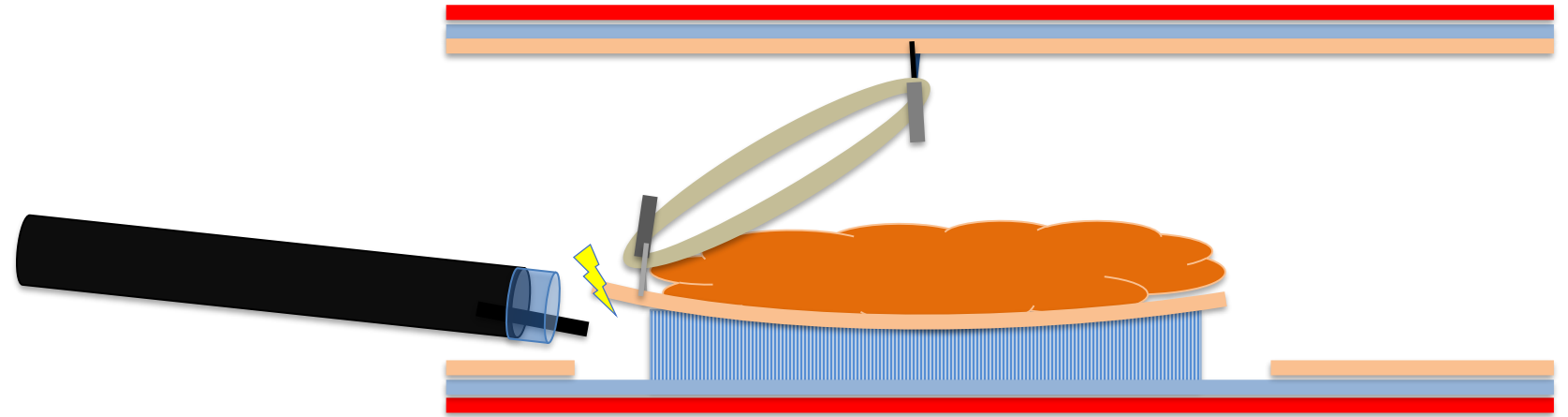
TT



La dissection sous-muqueuse
L'ESD

Stratégie Tunnel + Bridge: Rectum +++

ESD colorectale avec traction par clips + élastique



Cancer pT1

Tt endoscopique

POUR

Faible mortalité
morbidité

Organe conservé

CONTRE

Pas d'exérèse des
ganglions
régionaux

Tt chirurgical

POUR

Curage
ganglionnaire
régional

CONTRE

Morbidité /
Mortalité

Evaluation du risque ganglionnaire des « polypes malins »

Risque faible

Kikuchi sm1/Haggitt 1-3/sm<1000mm
ET
Bien ou moy différencié (G1-G2)
ET
Pas d'invasion lymphatique
ET
Marge > 1mm (R0)

exérèse monobloc si possible

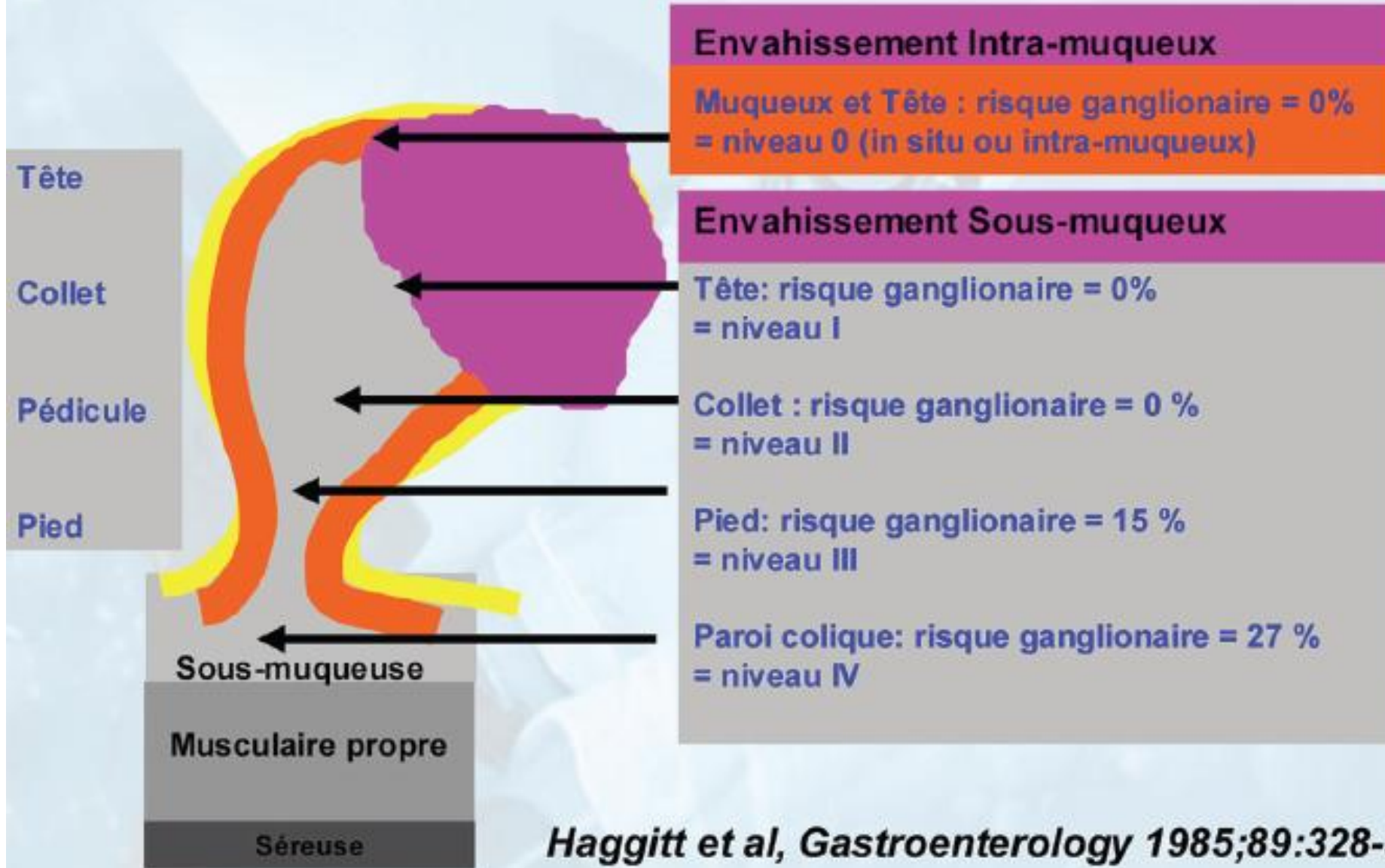
Surveillance

Risque élevé

Kikuchi sm3/Haggitt 4/sm>1000mm
OU
Peu différencié (G3)
OU
Invasion lymphatique
OU
Marge < 1mm (R1)

Tt chirurgical

Prise en charge des carcinomes des polypes pédiculés et Classification de Haggitt en 5 niveaux



Polype colorectal sessile > 10 mm: En pratique...

Aspect « apparemment » non dégénéré
Paris IIa-IIb-(IIc<15mm) - Kudo III-IV
Lifting sign +

Non

Chirurgie ?

Résection en bloc
R0 curative

sm+ ?
complication?

Rectum

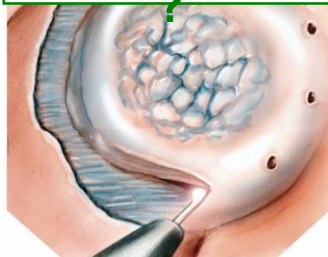
Côlon (sus-péritonéal)

< 20-30mm

**EMR
en bloc ?**

>20-30 mm

**ESD/pEMR
?**

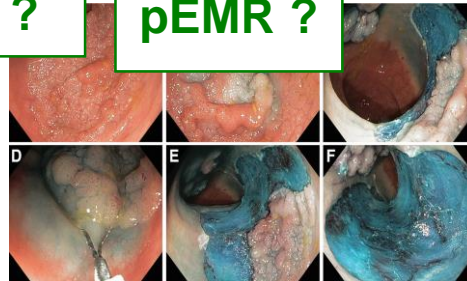


< 20-30mm

**EMR
en bloc ?**

Paris IIa-IIb
>30mm
DBG

pEMR ?



(Paris IIc)
<30mm
DHG

Hybrid ESD ?



Polypes sessiles coliques / LST rectale

- **Prédire** le risque ganglionnaire par
 - temps/outils dédiés à la **caractérisation** +++ / classification
 - échoendo (rectum)
- **Etablir une stratégie « raisonnable »**
 - savoir renoncer/différer/référer
 - savoir préférer pEMR/hESD à EMR monobloc si lésion colique >20-30mm
- **Vérifier sa prédiction**
 - vérifier en RCP EIOD les 6 critères de résection R0 monobloc curative
 - considérer toute pEMR comme une « macrobiopsie » et contrôler à M3

Conclusion

- La mucosectomie : technique de base
- La dissection arrive à grand pas
 - Elle devient incontournable
 - Recommandée (ESGE/SFED+++)
 - Mais reste difficile avec une longue courbe d'apprentissage
- Formation
 - Théorique
 - Animale +++
 - 1^{ers} cas sous supervision d'expert
 - Cas faciles sélectionnés au début
- Discuter des cas en RCP EIOD