

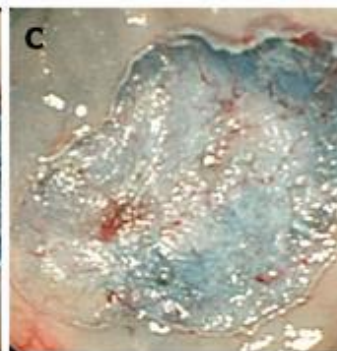
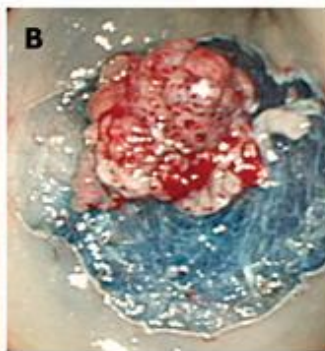
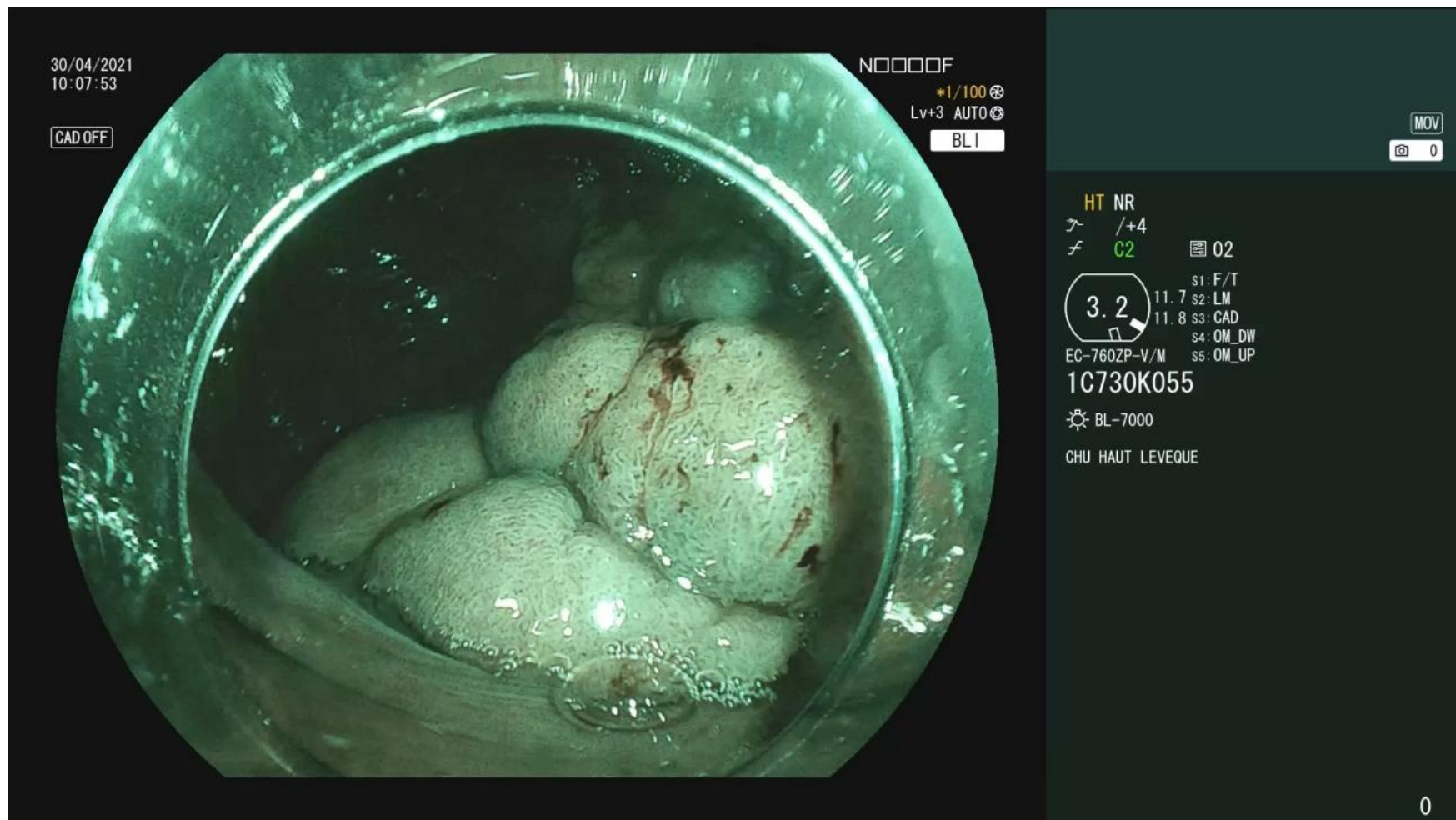
The background image shows a large, open city square. In the center is a tall, fluted column topped with a statue of a woman. At the base of the column is a circular fountain with several water jets. Surrounding the square are historic buildings with colorful facades (red, orange, yellow) and many windows. A clock tower is visible in the background on the left. The sky is clear and blue.

Dissection sous muqueuse

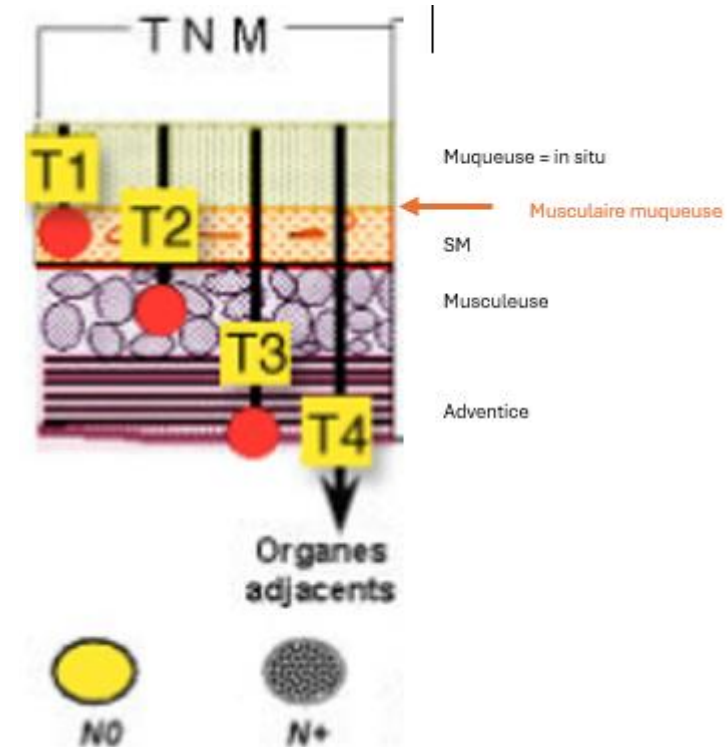
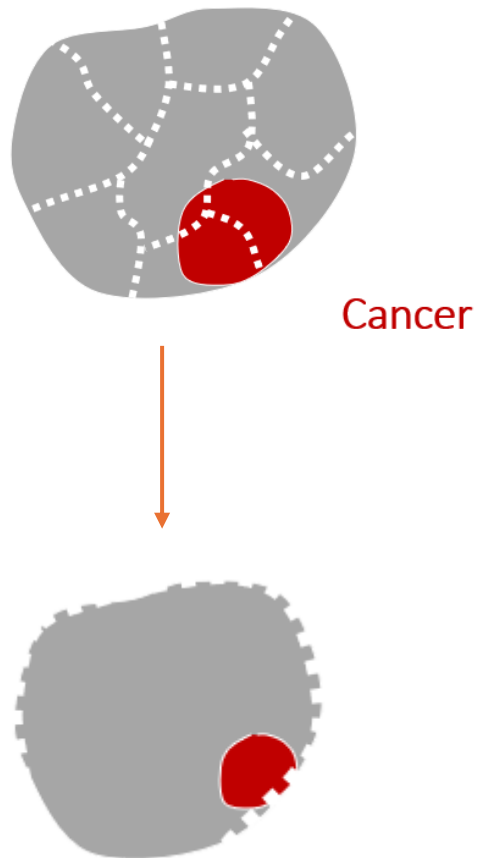
Dr Maxime SAUNIER – octobre 2025

Mucosectomie standard





Dissection sous muqueuse



Critères curatifs néoplasies

Colon - rectum
R0
Bien différencié G1-G2
Budding 0 ou 1
Invasion SM < 1000µm
Pas d'embolie ou engainement peri nerveux
Si pédiculé Haggitt 1 ou 2 (3 si SM < 3000µm)

Estomac
R0
Pas d'embolie
Bien différencié : toute taille si pas d'ulcération < 3 cm si ulcération ou Sm1 < 500µm
Peu différencié G3 : < 2 cm et pas d'ulcération et max pT1a (invasion musculaire muqueuse sans SM)

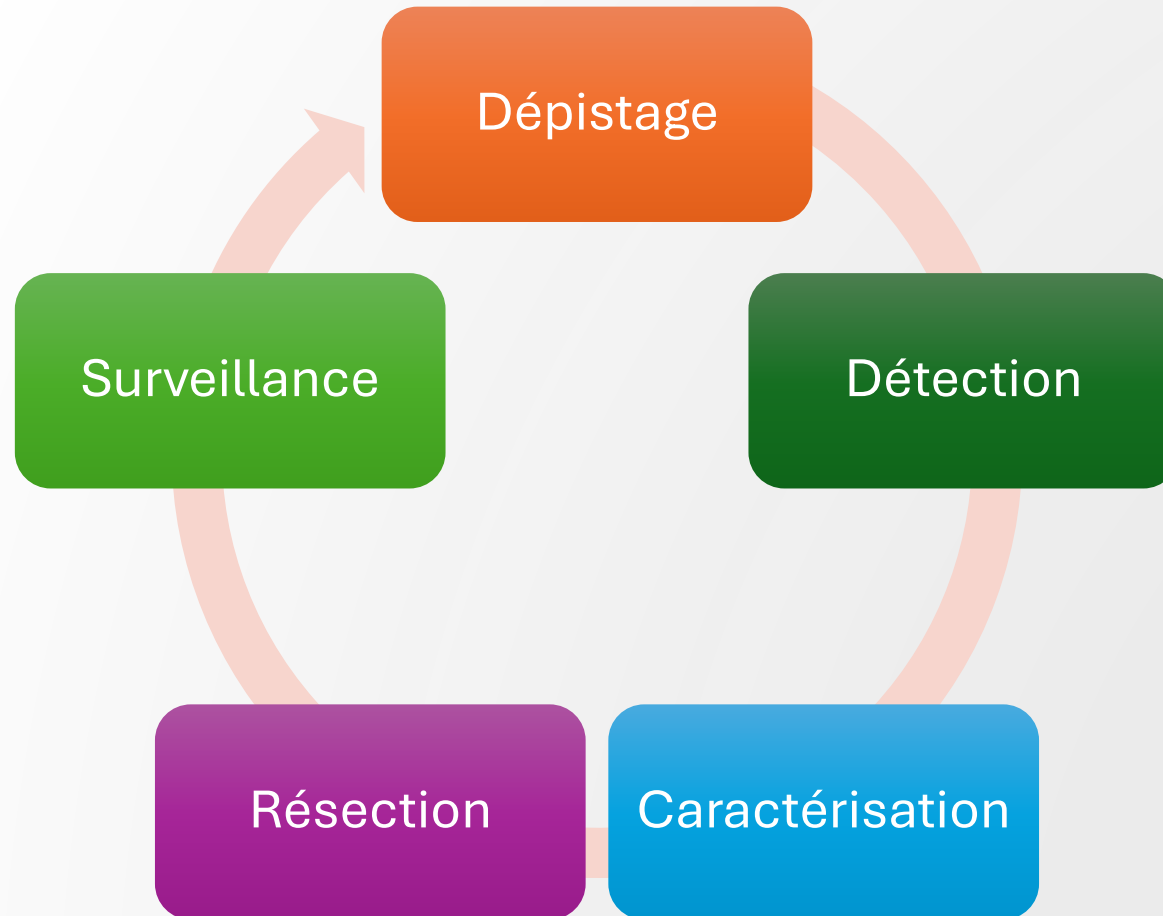
Œsophage CE
R0
Bien différencié G1-G2
Pas d'embolie
Toute taille si intramuqueux T1am1 ou T1am2
< 2 cm si T1am3 (musculaire muqueuse) ou T1bSm1 (SM < 200µm) => surv TDM /an pendant 3 ans.

Œsophage ADK
R0
Bien différencié G1-G2
Pas d'embolie
Invasion SM < 500µm

TNE
Stade 1 G1 (ou G2 faible) N0 M0 R0
Taille < 1 – 2 cm
Localisation rectum, estomac (sauf type III antre sans Biermer) ou duodénale sans syndrome sécrétoire
Surv post résection : TNE rectal T1G1R0<1cm = pas de surv

GIST gastrique
Localisée, N0, asymptomatique
< 2 cm : surv (FOGD + EES 6 et 18 mois puis tous les 2 ans) ou résection endo
2 – 3 cm : résection endo ou chir
> 3 cm : résection chir
Surv post résection TDM et FOGD /an si faible risque de récurrence

Objectifs de la coloscopie



Dépistage

Test Fit positif

Antécédent personnel de polype

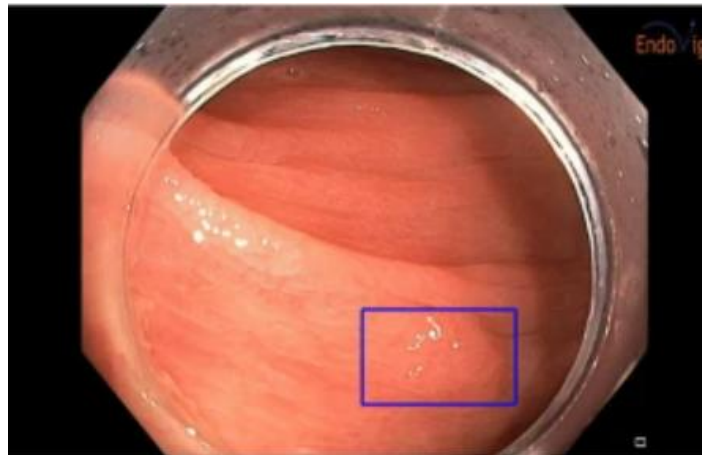
Antécédent familial de CCR

Symptomes

Détection



CAPUCHON

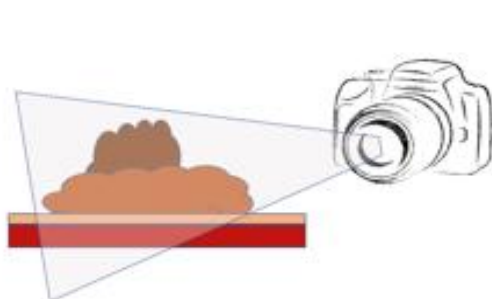


IA = CAD



CO₂ OU À L'EAU

Caractérisation



Macro de loin

Détection zone d'intérêt

NBI + Dual focus

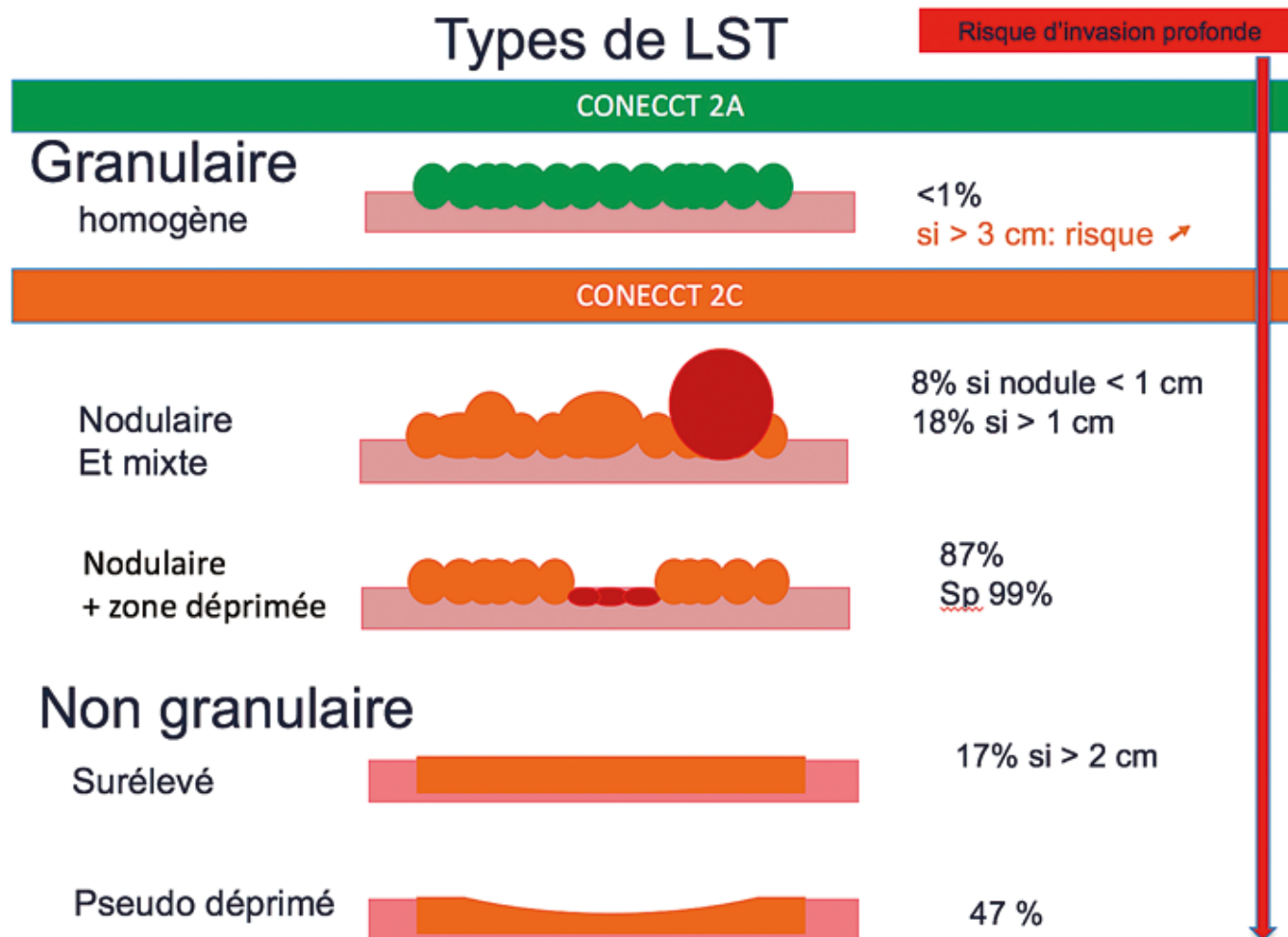
Classification de Paris

Red sign

Détails patterns

CONECCT ₃	0E Tumeur Neuro- Endocrine	0H Hyperplasique	0S Lésion festonnée sessile (≥ 2 critères soulignés)	0IA Adénome Simple (aucun critère 0IC)	0IC Adénome à risque ou cancer superficiel	0IC+ Cancer invasif borderline	0II Cancer profond (≥ 1 critères soulignés)
Macro	Petite perle Lésion sous- muqueuse	Souvent petits <10 mm Surlévé 0Ia	Paris 0Ia ou 0Ib <u>Limites</u> <u>imprécises en</u> <u>nuage</u> <u>Bords irréguliers</u>	Paris 0Ia, 0Ib Ou 0Ia LST G homogène Ou « Valley Sign et < 10 mm »	Souvent 0IC Ou LST Non granulaire > 2 cm Ou macronodule sur LST Granulaire	Zone délimitée déprimée ou de couleur différente	Souvent 0II Sténosant Ulcéroboursonnant Saignements spontanés
Couleur (NBI ou équivalent)	Jaunâtre Jaune Chamois	Claire ou équivalente au background	Variable Mucus jaune (rouge en NBI)	Foncée par rapport au background	Foncée souvent	Zone foncée (Red Sign en WLI ou Green sign en NBI)	Hétérogène, foncées ou très claires par zones
vaisseaux (WLI ou équivalent)	Normaux	Absence de vaisseaux ou vaisseaux fins ne suivant pas les cryptes	Absents parfois Lacs vasculaires traversants	Réguliers Suivant les cryptes allongées	Irréguliers mais persistants Pas de zone avasculaire	<u>Zone focale < 10 mm</u> <u>de pit pattern Vn</u> <u>amorphe</u>	Irréguliers Gros vaisseaux interrompus Ou <u>absents (zones</u> <u>avasculaires) > 10 mm</u>
Cryptes (à l'oeil nu ou virtuelle ou stille)	Normales (parfois minime lésion muqueuse visible)	Rondes Blanches	<u>Spots noirs au</u> <u>fond des cryptes</u> <u>rondes (NBI)</u>	Allongées Ou branchées Cérébriformes régulières	Irrégulières mais conservées Pas de zone amorphe	<u>Zone focale < 10 mm</u> <u>de vascular pattern</u> <u>Sans 0IIb</u>	<u>Absentes</u> <u>Détruites sur une</u> <u>zone > 10 mm</u>
Réssection	RD EMR cap ou ESD ou FTRD	Pas de réssection Si < 5 mm	EN BLOC RD si possible PIECE MEAL si non résécable En Bloc		EN BLOC RD (EMR ou ESD >20 mm))	Dissection diagnostique ou FTRD (si lésion petite <20mm)	Bilan d'extension puis CHIRURGIE

Caractérisation

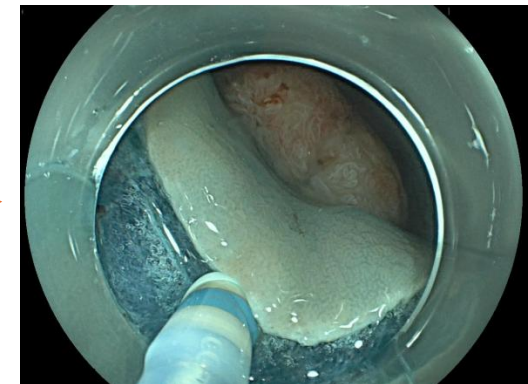


Résection

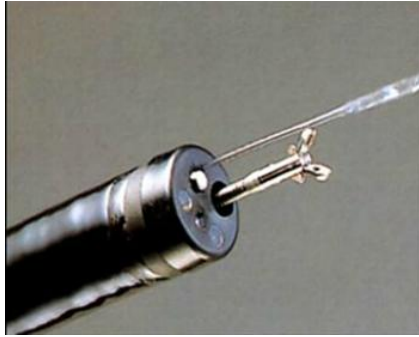


Mucosectomie

CONECT ₃	OE Tumeur Neuro- Endocrine	IH Hyperplasique	IS Lésion festonnée sessile (≥ 2 critères soulignés)	IIA Adénome Simple (aucun critère IIC)	IIC Adénome à risque ou cancer superficiel	IIC+ Cancer invasif borderline	III Cancer profond (≥ 1 critères souligné)
Macro	Petite perle Lésion sous- muqueuse	Souvent petits <10 mm Surélevé Ila	Paris Ila ou IIb <u>Limites</u> <u>imprécises en</u> <u>nuage</u> <u>Bords irréguliers</u>	Paris Ip, Is Ou Ila LST G homogène Ou « Valley Sign et < 10 mm »	Souvent IJc Ou LST Non <u>granulaire > 2 cm</u> Ou macronodule sur LST Granulaire	Zone délimitée déprimée ou de couleur différente	<u>Souvent III</u> <u>Sténosant</u> <u>Ulcérobourgeonnant</u> Saignements spontanés
Couleur (NBI ou équivalent)	Jaunâtre Jaune Chamois	Claire ou équivalente au background	Variable Mucus jaune (rouge en NBI)	Foncée par rapport au background	Foncée souvent	Zone foncée (Red Sign en WLI ou Green sign en NBI)	Hétérogène, foncées ou très claires par zones
Vaisseaux (NBI ou équivalent)	Normaux	Absence de vaisseaux ou vaisseaux fins ne suivant pas les cryptes	Absents parfois Lacis vasculaires traversants	Réguliers Suivant les cryptes allongées	Irréguliers mais <u>persistants</u> Pas de zone avasculaire	<u>Zone focale < 10 mm</u> <u>de pit pattern Vn</u> <u>amorphe</u>	Irréguliers Gros vaisseaux interrompus Ou <u>absents (zones</u> <u>avasculaires) > 10 mm</u>
Cryptes (chromo- virtuelle ou réelle)	Normales (parfois minime lésion muqueuse visible)	Rondes Blanches	<u>Spots noirs au</u> <u>fond des cryptes</u> <u>rondes (NBI)</u>	Allongées Ou Branchées Cérébriformes régulières	Irrégulières mais conservées Pas de zone amorphe	<u>Zone focale < 10 mm</u> <u>de vascular pattern</u> <u>Sano IIIb</u>	<u>Absentes</u> <u>Détruites sur une</u> <u>zone > 10 mm</u>
Résection	R0 EMR cap ou ESD ou FTRD	Pas de résection Si < 5 mm	EN BLOC R0 si possible PIECE MEAL si non résécable En Bloc		EN BLOC R0 (EMR ou ESD (>20 mm))	Dissection diagnostique ou FTRD (si lésion petite <20mm)	Bilan d'extension puis CHIRURGIE



Dissection

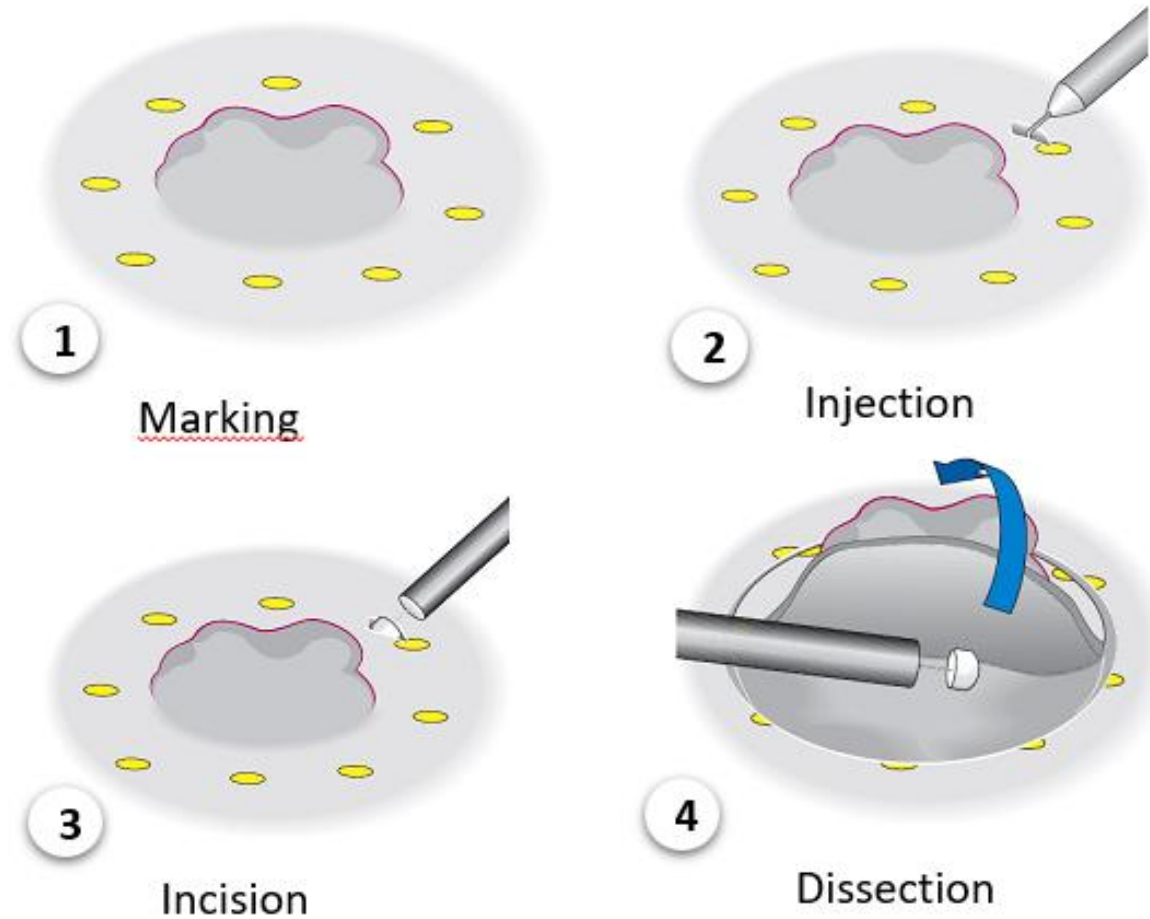


Dissection sous muqueuse



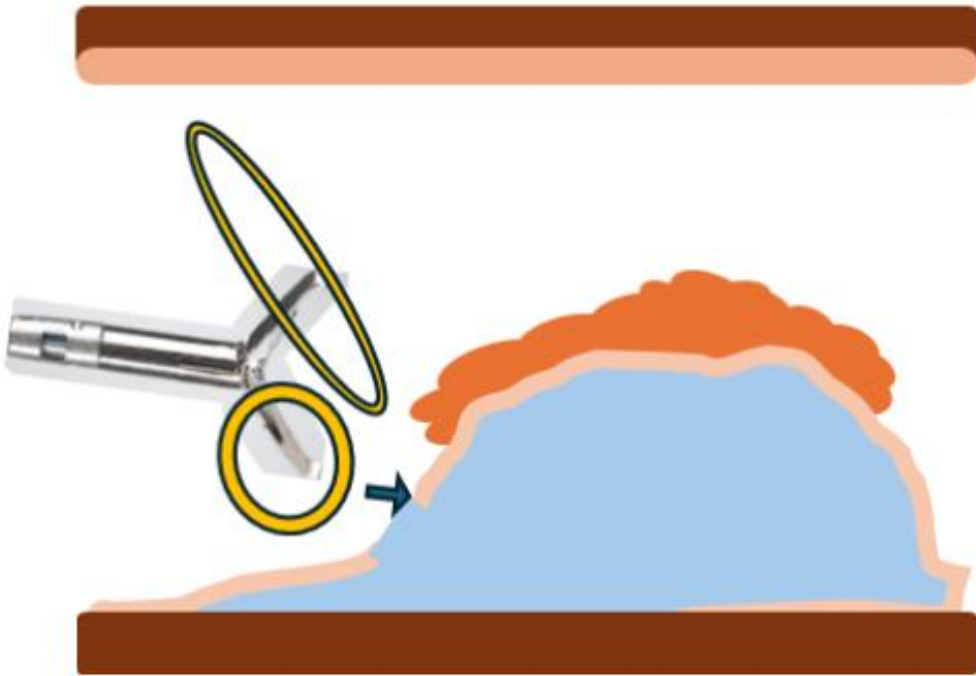
Matériel

Technique dissection





Aides à la dissection



Conclusion dissection

Avantages	Inconvénients
Résection en bloc R0	Apprentissage long technique difficile
Risque de récurrence ≈ 0	Examen long et coûteux
Permet de grader TNM	Risque de complication > mucoséctomie (hémorragie, perforation, chirurgie)
Pas de perte d'information	
Curatif pour certain cancer superficiel T1	
Impact écologique surveillance à 3 ans si bénin	

Quand adresser ? Caractérisation +++, si polype à risque = indication de résection en bloc par dissection

Merci

Consultations : - 1033 avenue de la république, 59700 Marcq en Baroeul

- 60 rue Jean Bart, 59000 Lille

Endoscopies : - Clinique de la Louvière

- HPVA

Mail : maxime.saunier@medecin.mssante.fr