

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE MINDAR

# Polypectomie & Mucosectomie

Dr Abdeldjalil SAIS

BLIDA, le 16 Avril 2026

Accueil L'association MINDAR Événements Actualités Contact

✉ mindar.contact@gmail.com

🌐 www.mindar.dz



# MINDAR

الجمعية الجزائرية للتنظير المعوي

## MASTERCLASS

DE FORMATION EN

# ENDOSCOPIE DIGESTIVE

📅 **16&17 AVRIL 2026**

CLINIQUE METIDJA EL DJAZAIR • BOUFARIK



ALDJAZAIR CLINIC

### AU PROGRAMME

- COLOSCOPIE
- POLYPECTOMIE

INSCRIPTION



# Indicateurs qualité à intégrer à toute pratique

La qualité de la polypectomie commence bien avant la première coupe – elle repose sur des indicateurs mesurables et auditables.



## Détection

**ADR** (Adenoma Detection Rate) et taux de détection des **SSL**  
– indicateurs de qualité de l'inspection



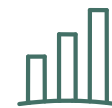
## Préparation

Qualité de la **préparation colique** (score BBPS  $\geq 6$ ) et **intubation cæcale** documentée



## Documentation

Documentation photographique systématique de la lésion, de la technique et du défaut post-résection



## équipements pour gestion de complication

matériels adéquats ( clips, endoloop, aiguille d'injection...)



**Message clé :** La qualité de la polypectomie commence **bien avant la première coupe.**

# polypectomie mucosectomie

De la détection à la guérison endoscopique — une approche pratique.

## Caractériser

Identifier la nature et le risque de chaque lésion avant tout geste

## Réséquer complètement

Choisir la technique adaptée pour une résection curative

## Prévenir les complications

Anticiper, surveiller et gérer les risques per- et post-procédure

📄 **Message clé :** L'endoscopie thérapeutique colorectale repose sur une triade fondamentale : **caractériser, réséquer complètement, prévenir les complications.**

POURQUOI CETTE MASTERCLASS ?

# L'enjeu dépasse le geste technique

## Un acte de prévention oncologique

La polypectomie réduit significativement l'incidence et la mortalité du cancer colorectal. Une partie non négligeable des cancers post-coloscopie est directement liée à des lésions manquées ou incomplètement réséquées.

Le véritable enjeu n'est donc pas seulement de couper, mais de **guérir par voie endoscopique** sans surtraiter ni sous-traiter.

## Ce que cette masterclass apporte

- Une grille de lecture des lésions colorectales complexes
- Des repères clairs pour choisir la bonne technique
- Des stratégies de gestion des situations difficiles
- Une culture de la qualité et de la prévention des complications

 **Message clé :** La résection endoscopique est un acte de **prévention oncologique**, pas un simple geste technique.

# Le raisonnement moderne en 3 questions

Avant chaque résection, trois questions structurent la décision thérapeutique. Elles doivent être posées dans cet ordre, sans jamais sauter l'étape de caractérisation.

1

## Nature probable de la lésion

S'agit-il d'un adénome conventionnel, d'une lésion festonnée sessile (SSL), ou d'un cancer superficiel ? La morphologie et la microarchitecture orientent d'emblée la stratégie.

2

## Risque d'invasion sous-muqueuse

Quelle est la probabilité d'une invasion sous-muqueuse carcinomateuse ? Cette évaluation conditionne le choix entre résection fragmentaire acceptable et résection en bloc obligatoire.

3

## Balance curabilité / sécurité / faisabilité

Quelle technique offre la meilleure balance entre potentiel curatif, risque de complication et faisabilité dans le contexte local et patient ?

📌 **Message clé :** Le choix de la technique ne doit jamais précéder la **caractérisation optique**.

# Règles d'or avant toute résection

## Ce qu'il faut éviter

- Biopsies inutiles d'une lésion potentiellement résécable par technique avancée — elles induisent une fibrose sous-muqueuse qui compromet le soulèvement
- Tatouage au contact de la lésion — préférer un repère 3 à 5 cm en aval (côté anal) si le marquage est nécessaire
- Absence de documentation — toujours photographier la lésion avant tout geste thérapeutique

## La règle nuancée sur la biopsie

La bonne formule n'est pas « *jamais de biopsie* », mais :

**Pas de biopsie qui compromet la résection.**

Une biopsie ciblée sur une zone focale suspecte peut rester légitime si elle oriente une décision stratégique majeure — à condition qu'elle ne fragilise pas la faisabilité de la résection ultérieure.

📌 **Message clé :** Une mauvaise première manipulation peut transformer une lésion facile en lésion **fibrosée non-lifting**.

# Optimiser l'exposition : les détails qui changent tout



## Endoscope droit, sans boucle

Un mouvement 1:1 est indispensable pour contrôler précisément l'anse et assurer une résection sûre. Toute boucle altère la transmission des mouvements.



## Lésion à 6 heures

Le positionnement idéal de la lésion dans le champ permet une gravité favorable et un contrôle optimal. Utiliser la gravité pour écarter le liquide vers la paroi opposée.



## Rétrovision et lavage

La rétrovision est précieuse dans le côlon droit ou pour les lésions difficiles d'accès. Un lavage vigoureux avant toute interprétation est systématique.



**Message clé :** La qualité de l'exposition conditionne la qualité de la caractérisation **et** de la résection.

# Description standardisée : le langage commun

Une description rigoureuse et standardisée de chaque lésion est le prérequis d'un tri thérapeutique de qualité. Elle facilite la communication entre endoscopistes, pathologistes et chirurgiens.

1

## Siège anatomique

Segment colique précis, distance à la marge anale si rectum

2

## Taille en millimètres

Mesure au moyen d'une pince ouverte ou d'un repère calibré

3

## Morphologie selon Paris

Classification systématique de la forme macroscopique

4


## Type LST si $\geq 10$ mm étalé

Granulaire homogène, nodulaire mixte, non granulaire flat ou pseudo-déprimée

5

## Documentation photographique

Avant résection, et du défaut post-résection pour les lésions complexes

 **Message clé :** Une lésion mal décrite est une lésion mal triée.

# Classification de Paris : le socle morphologique

Type	Description	Risque invasion
0-Ip	Pédiculé	Variable / pédicule
0-Is	Sessile	Modéré
0-IIa	Légèrement surélevé	Faible à modéré
0-IIb	Plat	Modéré
0-IIc	Déprimé	Élevé
0-III	Excavé / ulcéré	Très élevé

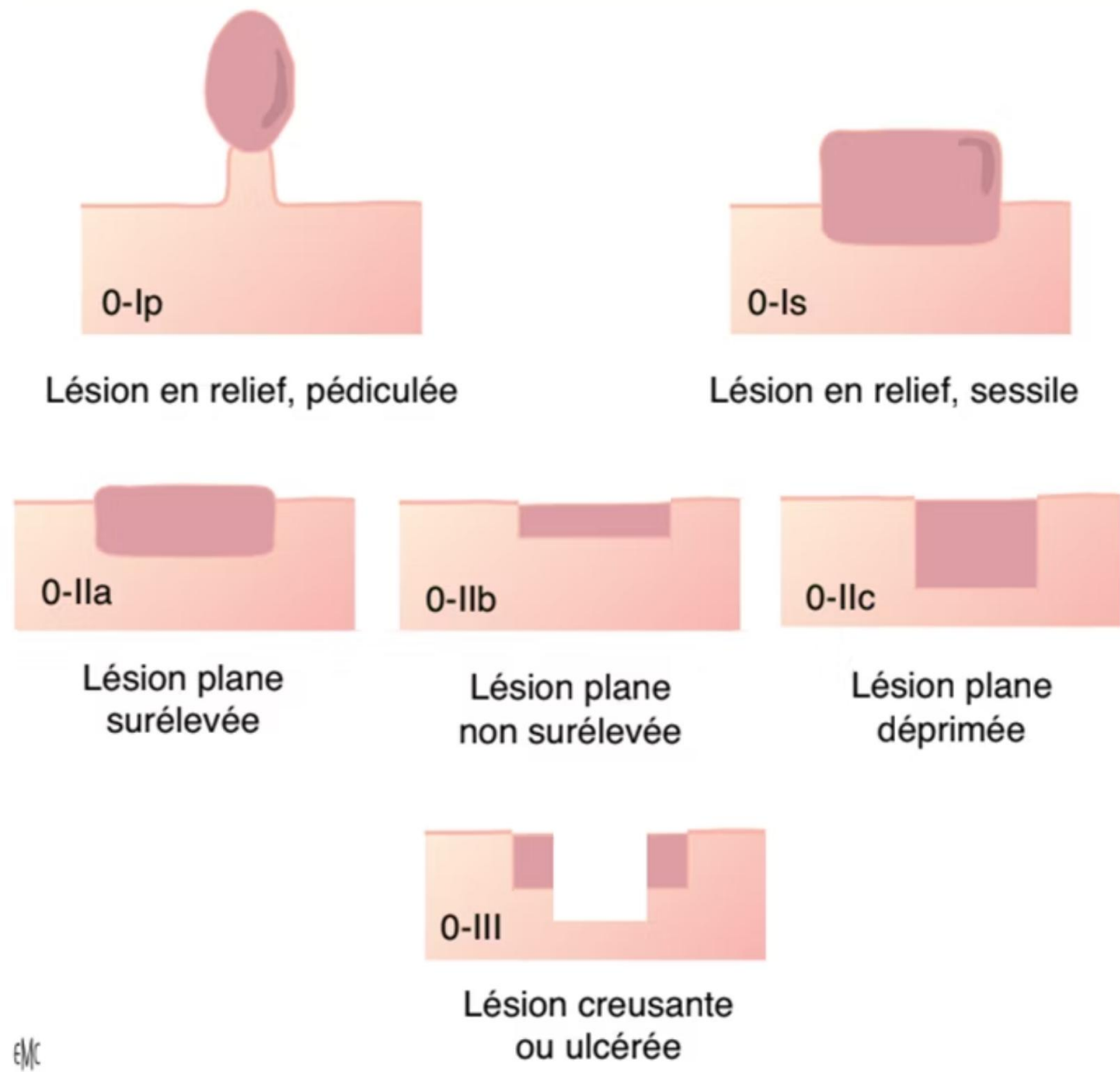
## À retenir impérativement

Les lésions **déprimées (0-IIc)** présentent un risque élevé d'invasion sous-muqueuse, même pour des tailles modestes.

Les lésions **ulcérées ou excavées (0-III)** font fortement craindre une invasion profonde et imposent une stratégie oncologique rigoureuse.

La composante déprimée est l'élément morphologique le plus prédictif du risque carcinologique.

📌 **Message clé :** Plus une lésion est déprimée, plus la stratégie doit être **oncologique**.



EMC

**Figure 1.** Classification de Paris.

# Classification LST : la clé pratique des grandes lésions

## LST-G Homogène

Surface granuleuse régulière et homogène. **Faible risque** d'invasion sous-muqueuse. EMR piecemeal souvent adaptée.

## LST-G Nodulaire mixte

Présence d'un macronodule dominant. Risque **intermédiaire à élevé**, concentré sous le macronodule. Résection en bloc de ce nodule à envisager.

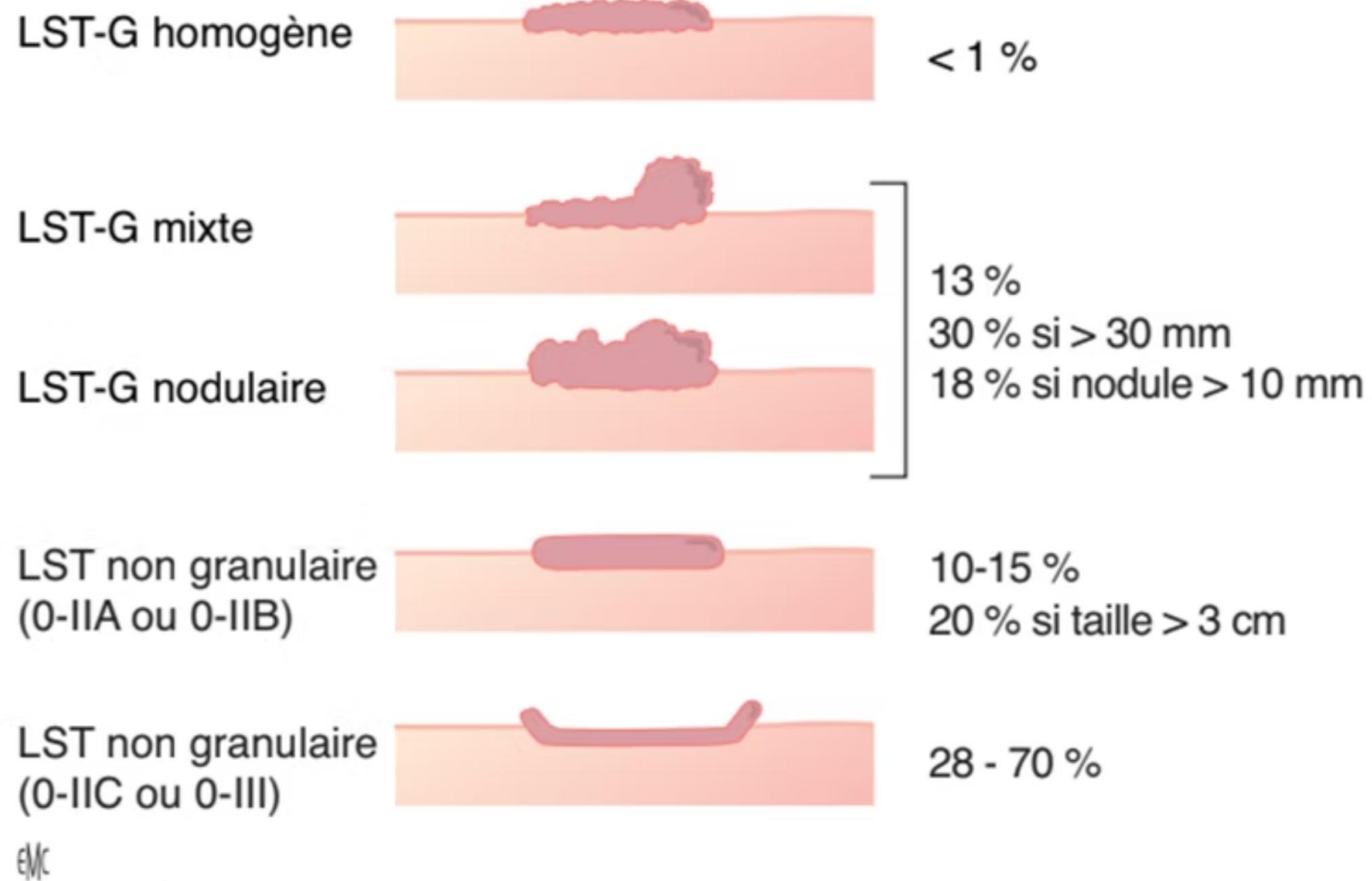
## LST-NG Flat elevated

Surface non granuleuse, légèrement surélevée. Risque **supérieur** aux LST granulaires. Évaluation optique précise indispensable.

## LST-NG Pseudo-déprimée

Composante déprimée centrale ou focale. **Risque carcinologique le plus élevé** parmi les LST. Résection en bloc souvent nécessaire.

📌 **Message clé :** Le macronodule dominant d'une LST-G mixte concentre le risque — et la lésion la plus dangereuse reste la **LST-NG pseudo-déprimée**.



**Figure 2.** Classification des lésions latérales étendues (*lateral spreading tumors* [LST]). LST-G : lésions latérales étendues granulaires.

# Microarchitecture : vascularisation et cryptes

## Méthode d'évaluation

Après lavage soigneux, utiliser le NBI, BLI ou la chromoendoscopie virtuelle selon la disponibilité du système. La chromoendoscopie à l'indigo-carmin reste une référence pour les lésions planes.

## Ce que l'on recherche

**Surface homogène** → architecture régulière, réseau vasculaire organisé, évocateur d'adénome sans invasion

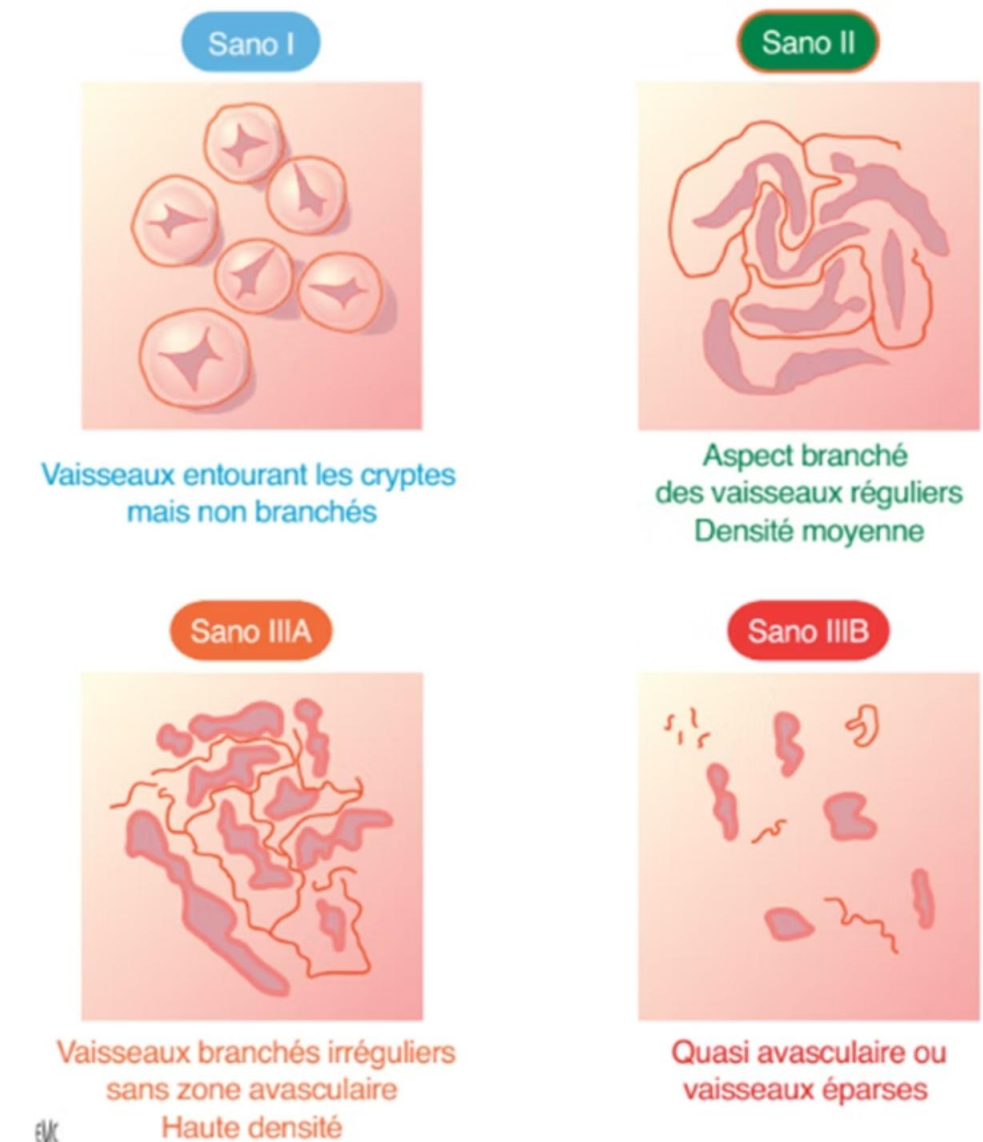
**Zone délimitée anormale** → rupture focale d'homogénéité, zone amorphe ou désorganisée, fait suspecter l'invasion

## Le piège focal

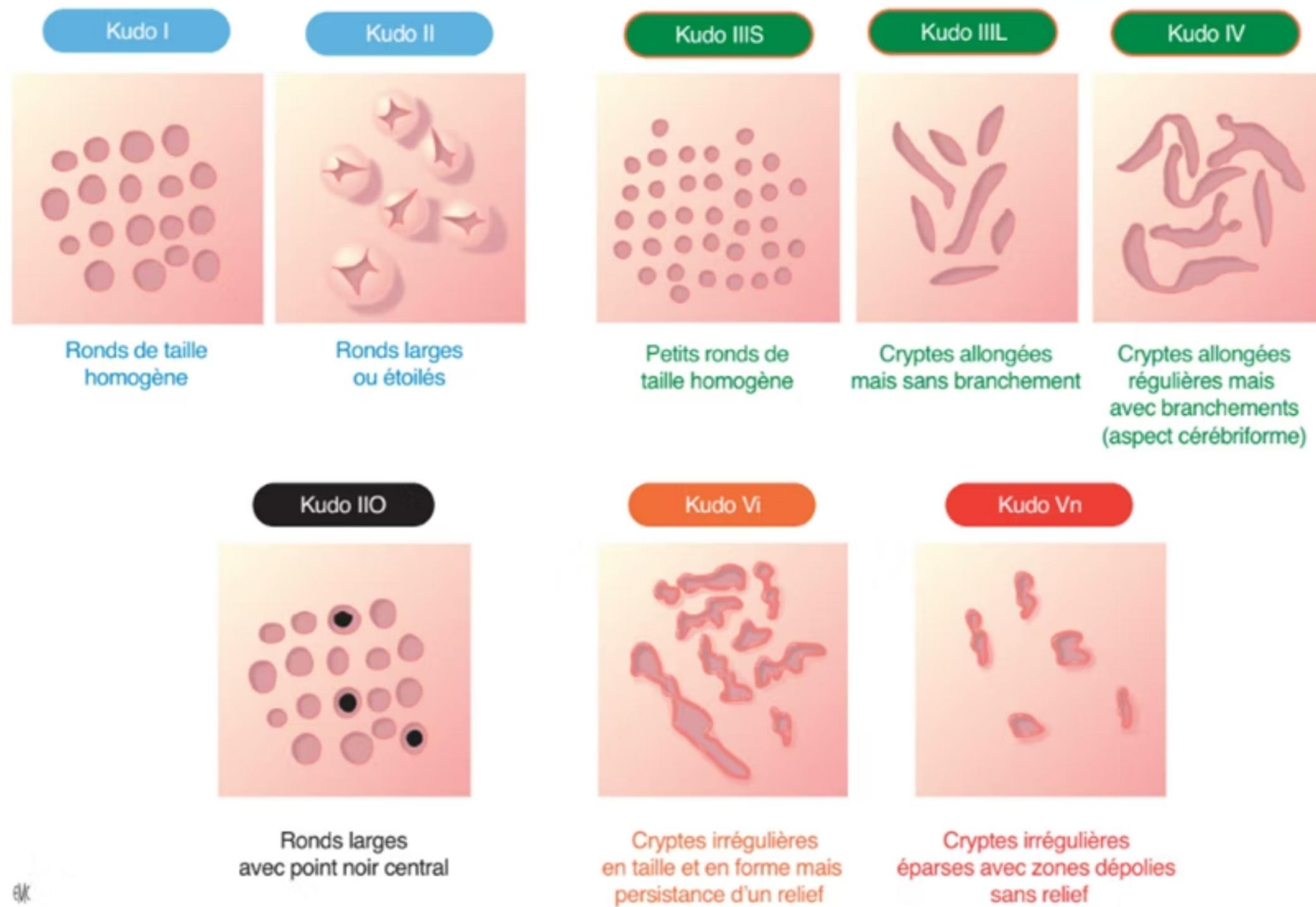
Le danger n'est pas toujours la lésion entière, mais parfois une **petite zone focale de rupture d'homogénéité**.

Une lésion globalement rassurante peut cacher un foyer de transformation — d'où l'importance d'une inspection systématique de toute la surface.

📌 **Message clé** : Une désorganisation marquée ou une zone amorphe focale doit faire reconsidérer toute la stratégie.



**Figure 3.** Classification de Sano. CONECCT : *colorectal neoplastic characterization classification tool*.



**Figure 4.** Classification de Kudo.

<b>CONECCT</b>	<b>OE</b> Néoplasie neuroendocrine	<b>OG</b> Granulome inflammatoire	<b>IH</b> Polype hyperplasique	<b>IS</b> Lésion festonnée sessile	<b>IIA</b> Adénome à bas risque	<b>IIC</b> Adénome à haut risque ou adénocarcinome superficiel	<b>IIC+</b> Adénocarcinome invasif borderline	<b>III</b> Adénocarcinome invasif profond
Localisation	Rectum	Rectum ou sigmoïde	Rectum ou sigmoïde	Colorectale	Colorectale	Colorectale	Colorectale	Colorectale
Aspect macroscopique	Lésion sous-muqueuse	Paris 0-Isp ou 0-Is Souvent à côté d'un diverticule, érythème	Souvent < 10 mm Paris IIa	Paris IIa ou IIb Aspect en nuage Limites imprécises Bords irréguliers	Paris Is, Ip ou IIa ± « Valley sign »	Souvent IIC ou LST non granulaire ± macronodule (> 10 mm) sur LST granulaire	Zone délimitée de couleur rouge	Souvent IIC ou III Nodule dans la zone déprimée Saignement spontané
Couleur (chromendoscopie virtuelle)	Jaunâtre Jaune chamois	Souvent clair (stroma fibreux)	Claire ou équivalente au fond	Variable Mucus jaune	Foncée par rapport au fond	Foncée souvent	Zone foncée de couleur verte	Hétérogène
Vaisseaux (chromendoscopie virtuelle)	Normaux	Avasculaire par endroit, entrecoupés de vaisseaux tortueux	Absents ou vaisseaux fins ne suivants pas les cryptes	Absents, parfois lacis vasculaires traversants	Réguliers suivant les cryptes	Irréguliers mais persistants Pas de zone avasculaire	Irréguliers, gros vaisseaux interrompus ou zone avasculaire < 10 mm	Irréguliers, gros vaisseaux interrompus ou zone avasculaire > 10 mm
Cryptes (chromendoscopie virtuelle)	Normales (parfois lésion muqueuse minime)	Amorphes, lisses	Rondes blanches	Rondes Spots noirs au fond des cryptes	Allongées ou branchées Cérébriformes régulières	Irrégulières mais conservées Pas de zone amorphe	Absentes ou amorphes, détruites sur moins de 10 mm (démarcation claire)	Absentes ou amorphes, détruites sur plus de 10 mm (démarcation claire)
Résection	R0 (dissection, FTRD)	Diagnose and leave ou anse froide	Pas de résection si < 5 mm	En bloc si possible Résection fragmentée sinon	En bloc si possible Résection fragmentée sinon	En bloc (mucosectomie ou dissection)	Résection diagnostique	Bilan d'extension Chirurgie

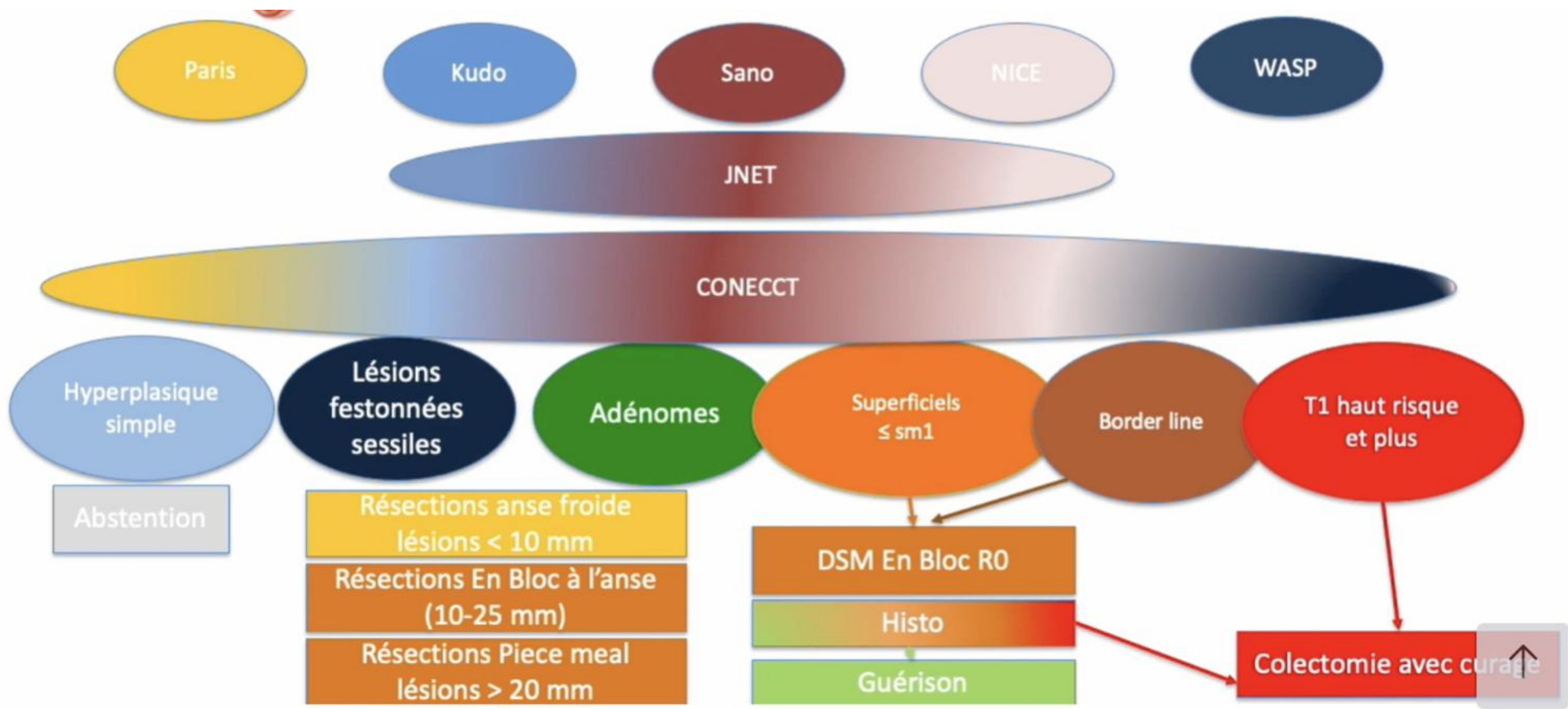
EMC

**Figure 5.** Classification colorectal neoplastic characterization classification tool (CONECCT). LST : lateral spreading tumors ; FTRD : full-thickness resection device.

# NICE, JNET, Sano, Kudo, WASP : que retenir ?

Système	Catégorie	Signification	Implication pratique
NICE	Type 1	Hyperplasique / serrated simple	Résection simple ou abandon si < 5 mm
NICE	Type 2	Adénome ou néoplasie superficielle	Résection adaptée à la taille
NICE	Type 3	Invasion profonde probable	Discussion experte, chirurgie
JNET	2A	Adénome bas grade	EMR standard acceptable
JNET	2B	HGD / SMIC superficiel possible	Résection en bloc à envisager
JNET / Sano / Kudo	3 / IIIB / Vn	Invasion profonde probable	Chirurgie ou centre expert
WASP	—	Lésions festonnées sessiles	Différenciation SSL vs adénome

📌 **Message clé :** Ces classifications n'ont de valeur que si elles sont intégrées à la **morphologie globale** et à la **taille de la lésion**. Aucune classification isolée n'est suffisante.



# Stratification du risque : algorithme pratique

## ● Bénin probable

- Surface homogène, pas de dépression focale
- Pas de zone optiquement irrégulière
- NICE 2 / JNET 2A

→ Résection standard adaptée à la taille acceptable

## ● Suspicion de cancer superficiel

- Nodule focal suspect, zone 2B
- JNET 2B / Kudo VI
- Analyse histologique fine nécessaire

→ Résection en bloc obligatoire

## ● Suspicion d'invasion profonde

- NICE 3 / JNET 3 / Kudo Vn
- Dépression profonde, ulcération, excavation

→ Discussion experte, chirurgie ou stratégie dédiée

📄 Message clé : La vraie question n'est pas « *puis-je la couper ?* », mais « *faut-il la couper en fragments ou en bloc ?* »

# Les lésions festonnées sessiles : le piège classique

## Caractéristiques distinctives

- Souvent **pâles et plates**, à limites floues, difficiles à délimiter
- **Mucus adhérent** fréquent, masquant la surface — nécessite un lavage vigoureux
- Surface dite « **clouded** » : aspect nuageux caractéristique
- **Nodules au sein d'une SSL** : faire suspecter la dysplasie associée — changer de stratégie

## Pourquoi c'est un piège

La SSL est souvent sous-estimée à cause de son aspect peu agressif. Pourtant, les grandes SSL ou les SSL avec dysplasie ont un potentiel malin réel et une voie de progression vers l'adénocarcinome distincte du polype conventionnel.

## Erreur à éviter

Réaliser une résection incomplète en pensant traiter une lésion bénigne simple. Les marges d'une SSL doivent être identifiées avec soin avant toute résection.

📄 **Message clé** : Les SSL sont des lésions subtiles mais importantes, surtout si elles sont **grandes ou dysplasiques**.

# Particularité du rectum

## Le rectum n'est pas le côlon

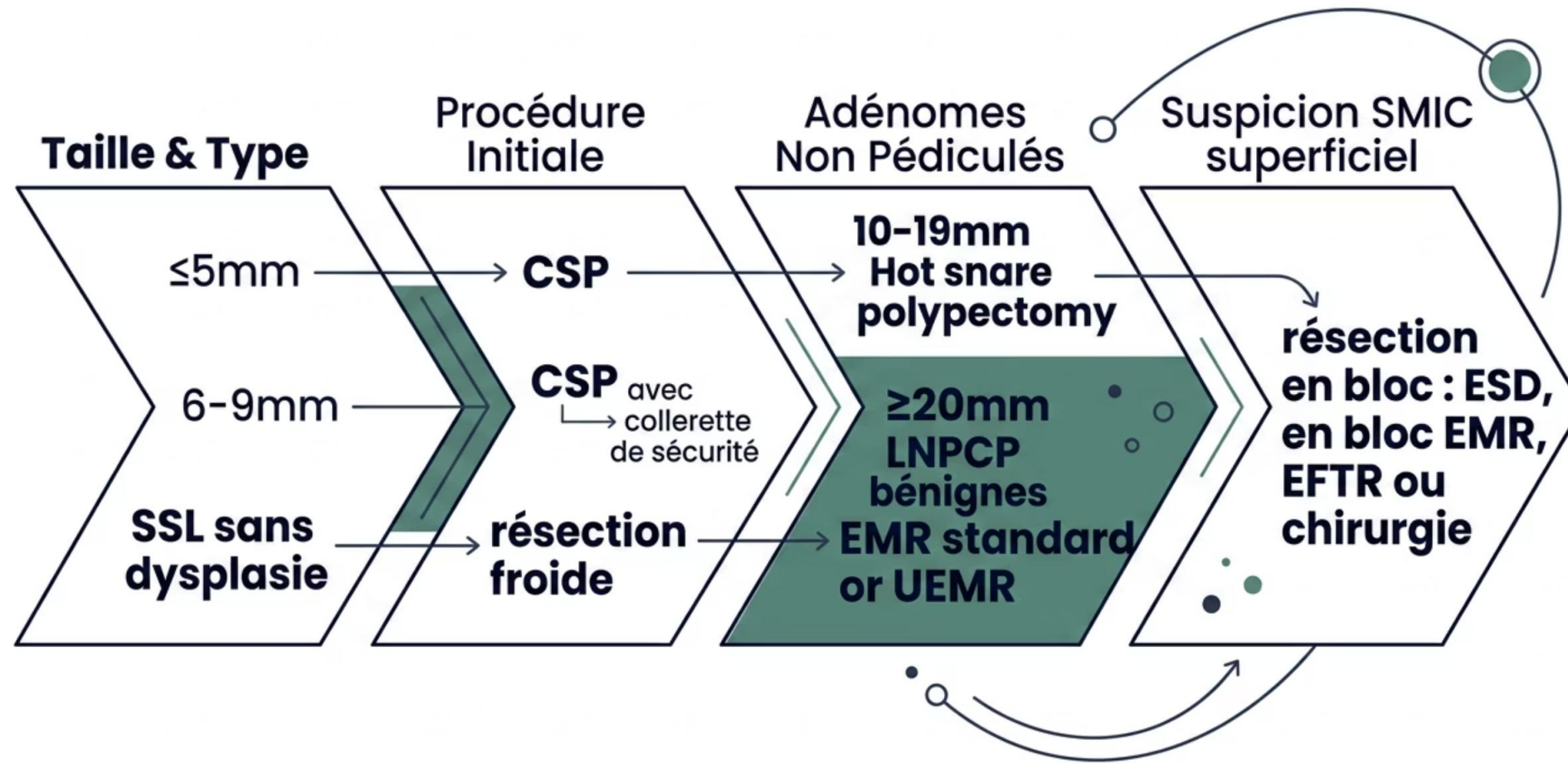
La stratégie appliquée au côlon ne se transpose pas automatiquement au rectum. Les grandes lésions rectales nodulaires ont un enjeu oncologique plus élevé, et une erreur de stratégie expose à une chirurgie rectale lourde : proctectomie, stomie, séquelles fonctionnelles majeures.

## Implications pratiques

- Les lésions rectales suspectes doivent être discutées en **filière experte** avant tout geste
- L'ESD rectale a une place **particulièrement importante** pour les lésions sélectionnées, permettant une résection en bloc avec analyse histologique complète
- Le seuil pour orienter vers un **centre expert** doit être plus bas que pour le côlon
- L'enjeu fonctionnel du bas rectum impose une rigueur carcinologique maximale

📄 **Message clé** : Dans le rectum, avoir un seuil plus bas pour penser **résection en bloc / centre expert**.

# Stratégie thérapeutique globale



Message clé : La taille oriente, mais la caractérisation décide. Ces recommandations ESGE 2024 ne s'appliquent qu'après évaluation optique rigoureuse.

# CSP : technique simple, mais pas simpliste

## Les points techniques essentiels

Toujours inclure **1 à 2 mm de muqueuse saine** autour de la lésion — rechercher l'effet « halo » blanc caractéristique d'une bonne coupe

**Appui de l'endoscope** sur la paroi pour capter correctement la muqueuse dans l'anse avant fermeture

**Ne pas utiliser les pinces biopsiques froides** en routine pour les polypes  $\geq 3-4$  mm : taux de résection complète insuffisant

## Cas particulier : le reliquat fibreux

En présence d'un résidu central fibreux après CSP, **ne pas recourir au courant chaud** pour le traiter.

La bonne conduite est de **ré-exciser à froid**, en repositionnant l'anse pour capturer le tissu résiduel avec une nouvelle marge saine.

**Message clé** : Une bonne CSP doit être **intentionnelle et large** — une coupe « au ras » n'est pas une résection complète.



## Polypes de 10 à 19 mm : la zone à risque d'erreur

### Adénomes non pédiculés

La **hot snare polypectomy** reste le standard. L'injection sous-muqueuse est possible pour améliorer l'exposition ou réduire le risque thermique en côlon droit ou sur paroi mince.

### SSL sans dysplasie

La **stratégie froide est privilégiée** pour limiter les lésions thermiques, même en cas de résection fragmentaire. La résection froide piecemeal est acceptable pour les SSL sans dysplasie.

### Doute carcinologique

Si un doute persiste sur la nature de la lésion, **éviter le morcellement hasardeux**. Réévaluer avant de couper, ou différer après avis expert. Morceler une lésion à enjeu histologique détruit l'information oncologique.

📄 **Message clé** : C'est la zone où l'erreur est fréquente — traiter comme bénin une lésion qui nécessitait un **monobloc**.

# EMR conventionnelle chaude : les fondamentaux

## Étapes clés de la procédure

01

**Injection sous-muqueuse teintée** — soulèvement dynamique, contrôle du plan de dissection

02

**Positionnement et fermeture de l'anse** — sensation de fermeture « spongieuse », jamais dure ni inquiétante

03

**Résection planifiée** — nombre minimal de fragments compatibles avec la sécurité

04

**Résection complète en séance** — tout tissu visible doit être retiré dans la même procédure

## Technique de référence

L'EMR chaude conventionnelle reste la technique de référence pour les LNPCP **bénignes**  $\geq 20$  mm. Elle combine efficacité, accessibilité et profil de sécurité bien documenté.

## Ce qui fait une bonne EMR

Une bonne EMR est une **procédure planifiée**, pas une série de morsures improvisées. La planification des fragments, l'orientation de l'anse et la gestion du soulèvement sont aussi importants que la coupe elle-même.

📌 **Message clé** : Une bonne EMR est une procédure planifiée, pas une série de morsures improvisées.

# Coagulation des berges : le geste clé après EMR fragmentaire

## Snare-tip soft coagulation (STSC)

Après piecemeal EMR, une fois qu'il n'y a plus aucun tissu adénomateux visible, **traiter systématiquement la marge périphérique** par soft coagulation à la pointe d'anse.

**Zone à traiter** : couronne périphérique du défaut, sur 2 à 3 mm de tissu sain

**Ne pas brûler** un résidu visible : ce résidu doit d'abord être réséqué, puis la marge traitée

**Objectif** : ablation thermique des cellules résiduelles potentiellement non visibles à la jonction muqueuse saine / zone réséquée

La prévention commence pendant la procédure

La prévention de la récurrence ne se limite pas à la surveillance endoscopique à 6 mois. Elle commence **pendant la procédure initiale**, par la qualité de la résection et le traitement actif de la marge.

📌 **Message clé** : Après EMR fragmentaire, la marge doit être considérée comme une **zone thérapeutique active**.

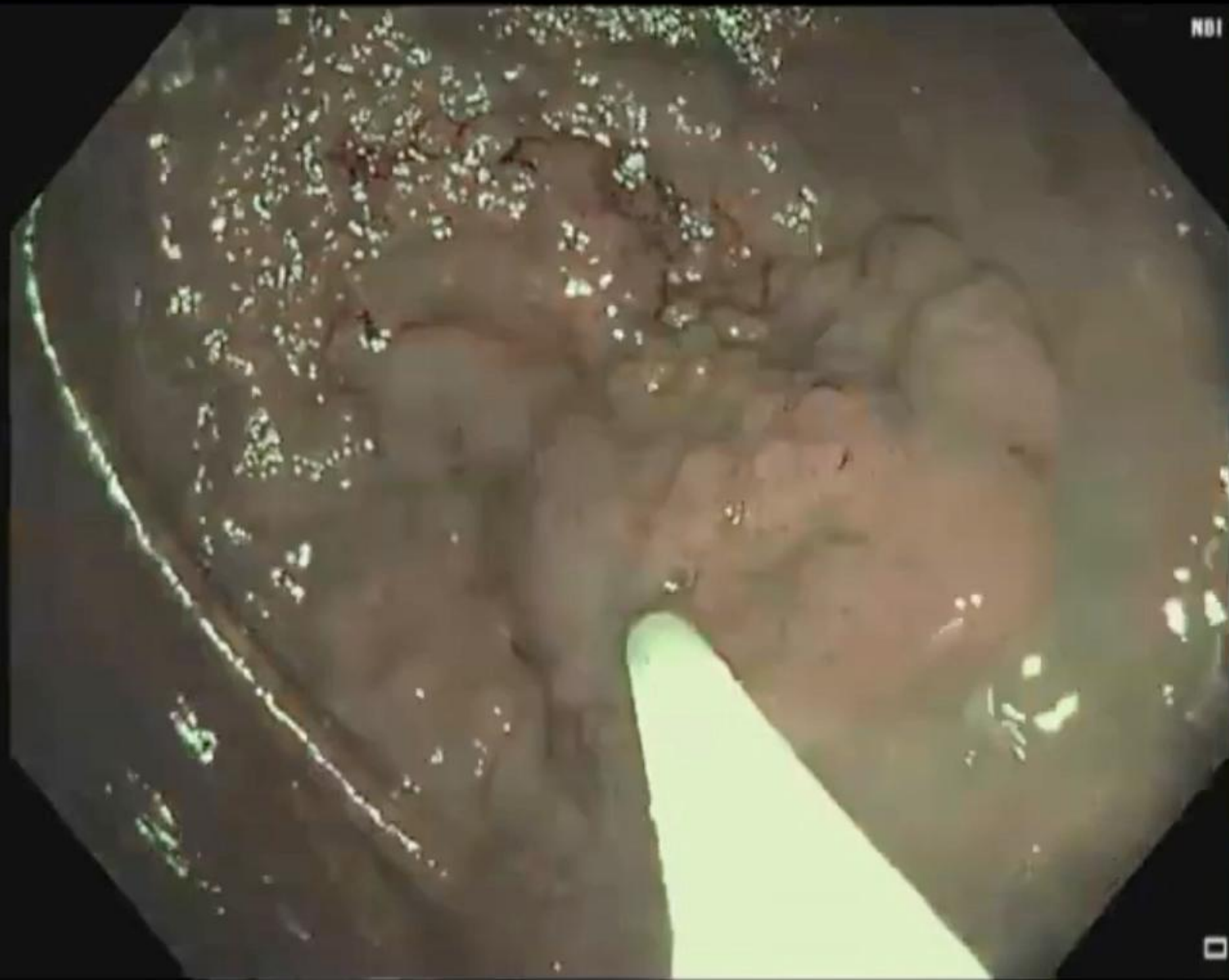
ID patient:  
Nom patient:

NDI

09/10/2015

■■■/■□□(149/150)

Commentaire:



# UEMR : où la positionner dans l'arsenal ?

## Principe technique

L'UEMR (Underwater EMR) réalise la résection par immersion totale du segment colique, sans injection sous-muqueuse préalable. La flottaison naturelle de la muqueuse et de la sous-muqueuse dans l'eau crée un plan de sécurité spontané par rapport à la musculature.

## Avantages documentés

- Amélioration potentielle du taux de résection en bloc
- Meilleure qualité histologique (R0) dans certaines séries
- Réduction du temps de procédure dans les mains entraînées
- Taux de récurrence inférieur dans certaines études comparatives

## Position pratique recommandée

L'UEMR est une technique **moderne et utile**, particulièrement intéressante pour certaines lésions plates et contextes sélectionnés.

Elle constitue une **alternative complémentaire** à l'EMR conventionnelle, sans pour autant la remplacer systématiquement. Sa valeur dépend de l'expérience de l'opérateur.

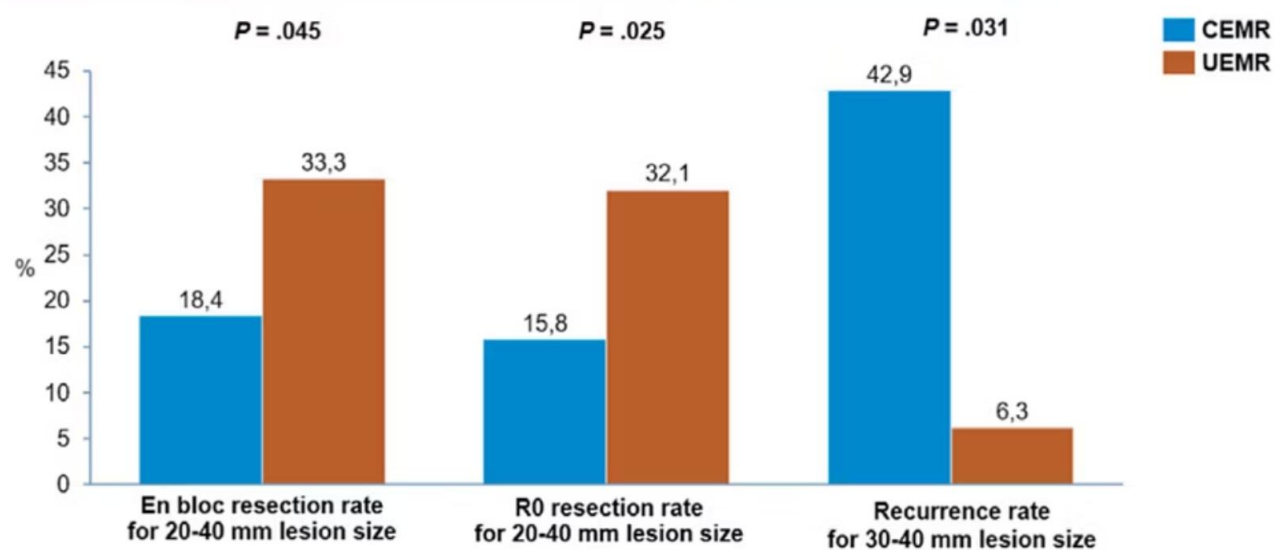
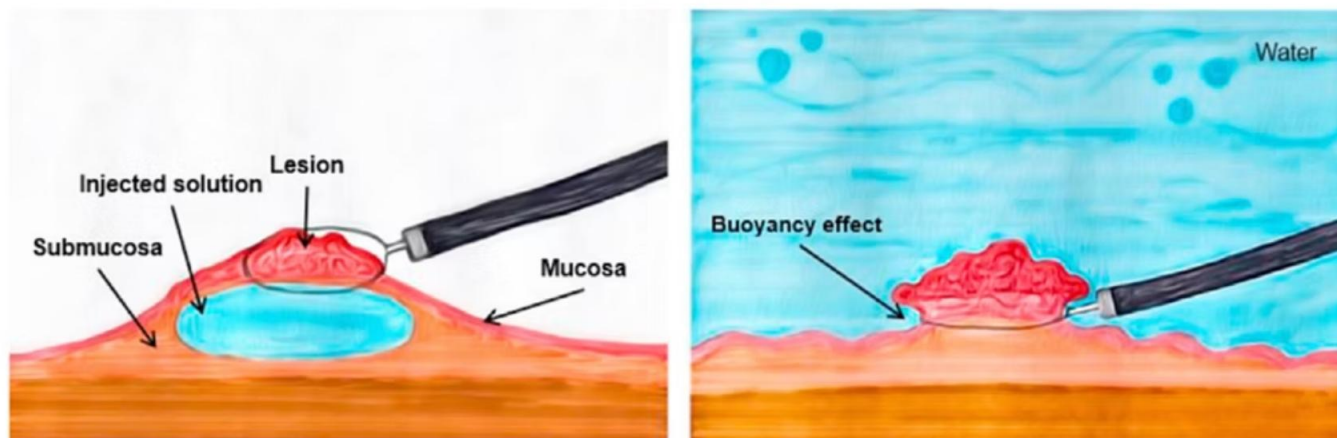
---

À intégrer dans son répertoire comme **outil supplémentaire**, pas comme premier réflexe universel.

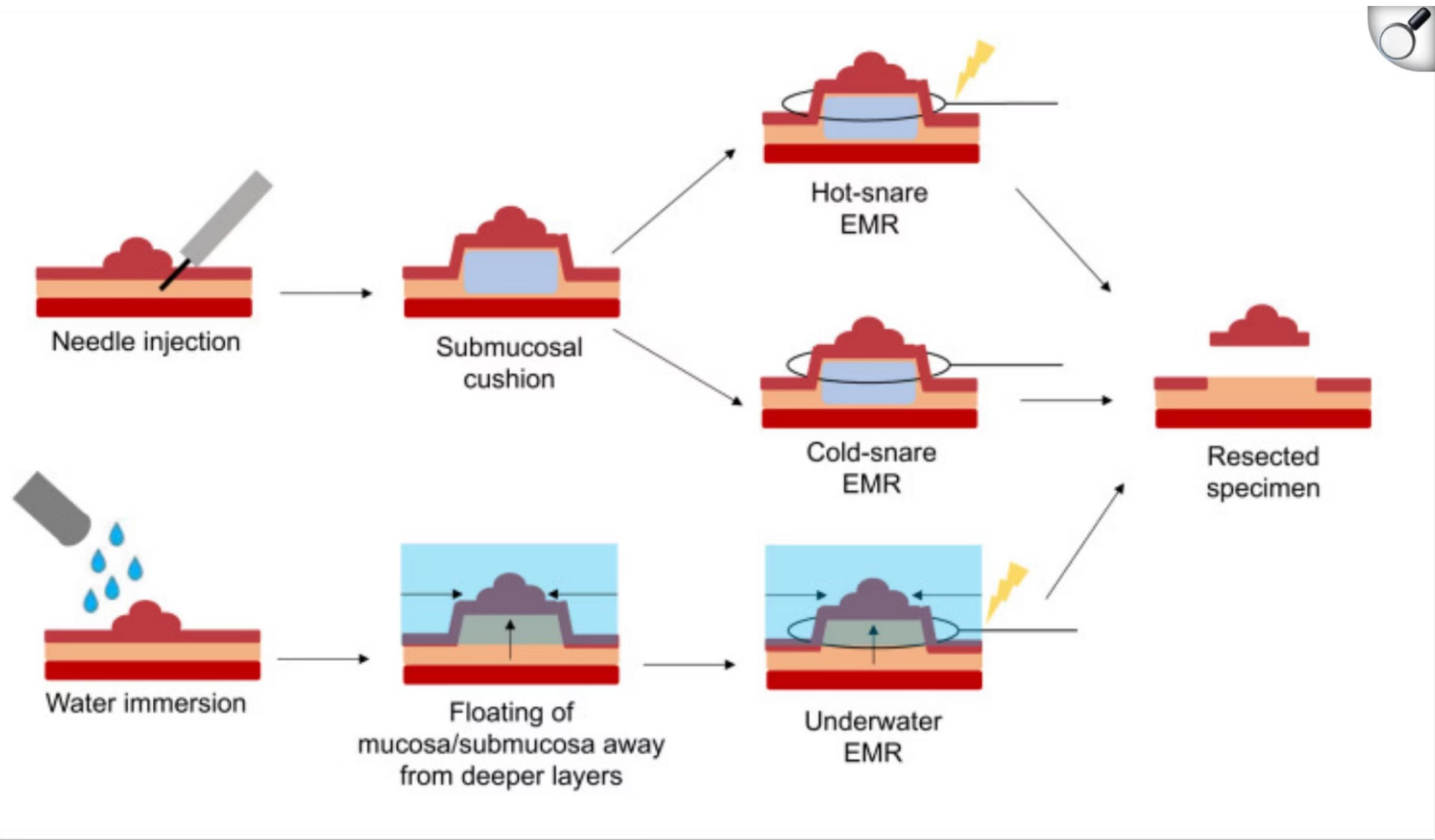
📌 **Message clé** : L'UEMR est une technique moderne à connaître, surtout comme **outil supplémentaire** bien maîtrisé.

# Is UEMR superior to CEMR for lesions 20 – 40 mm in size?

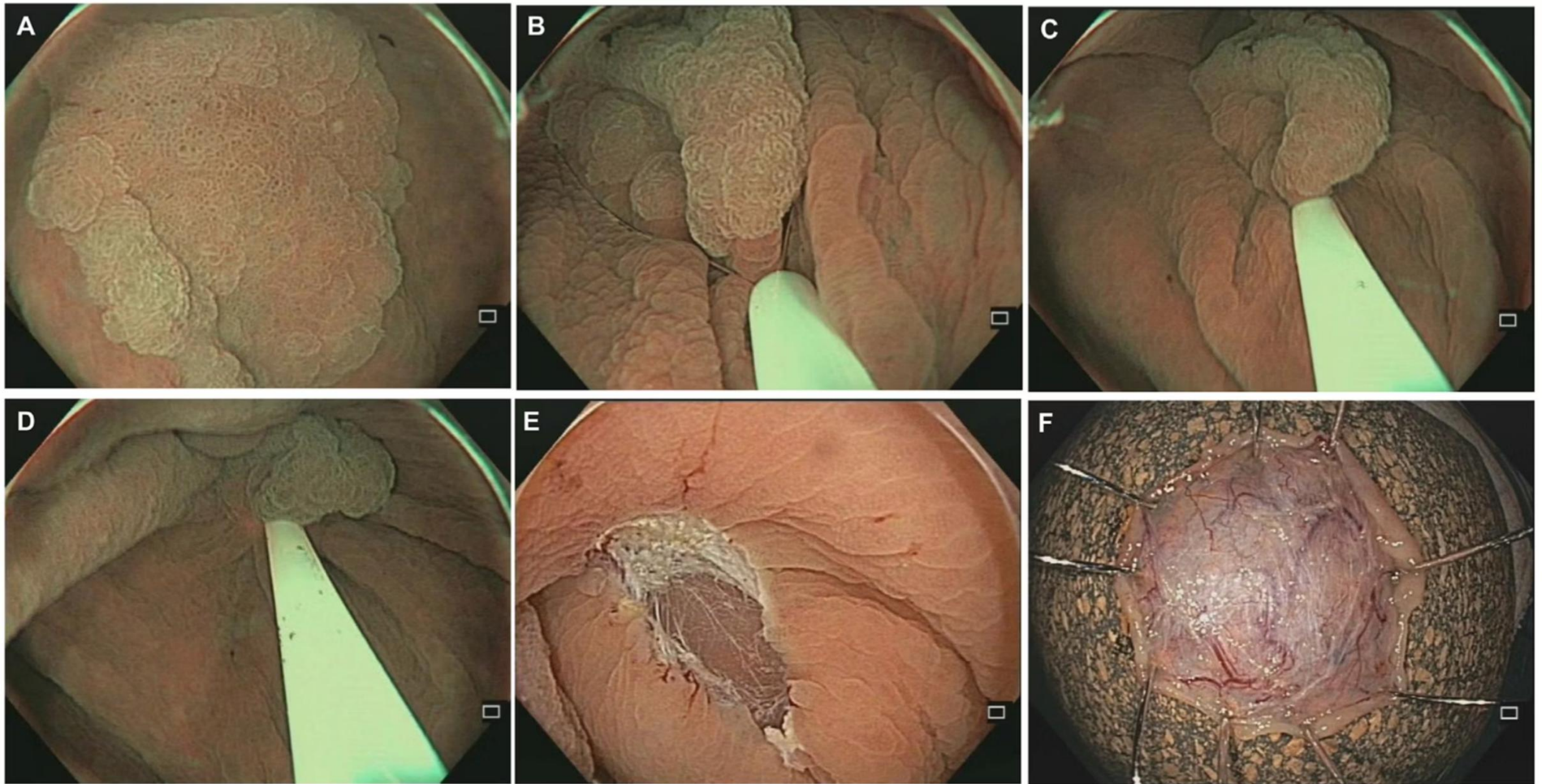
Conventional EMR vs. Underwater EMR



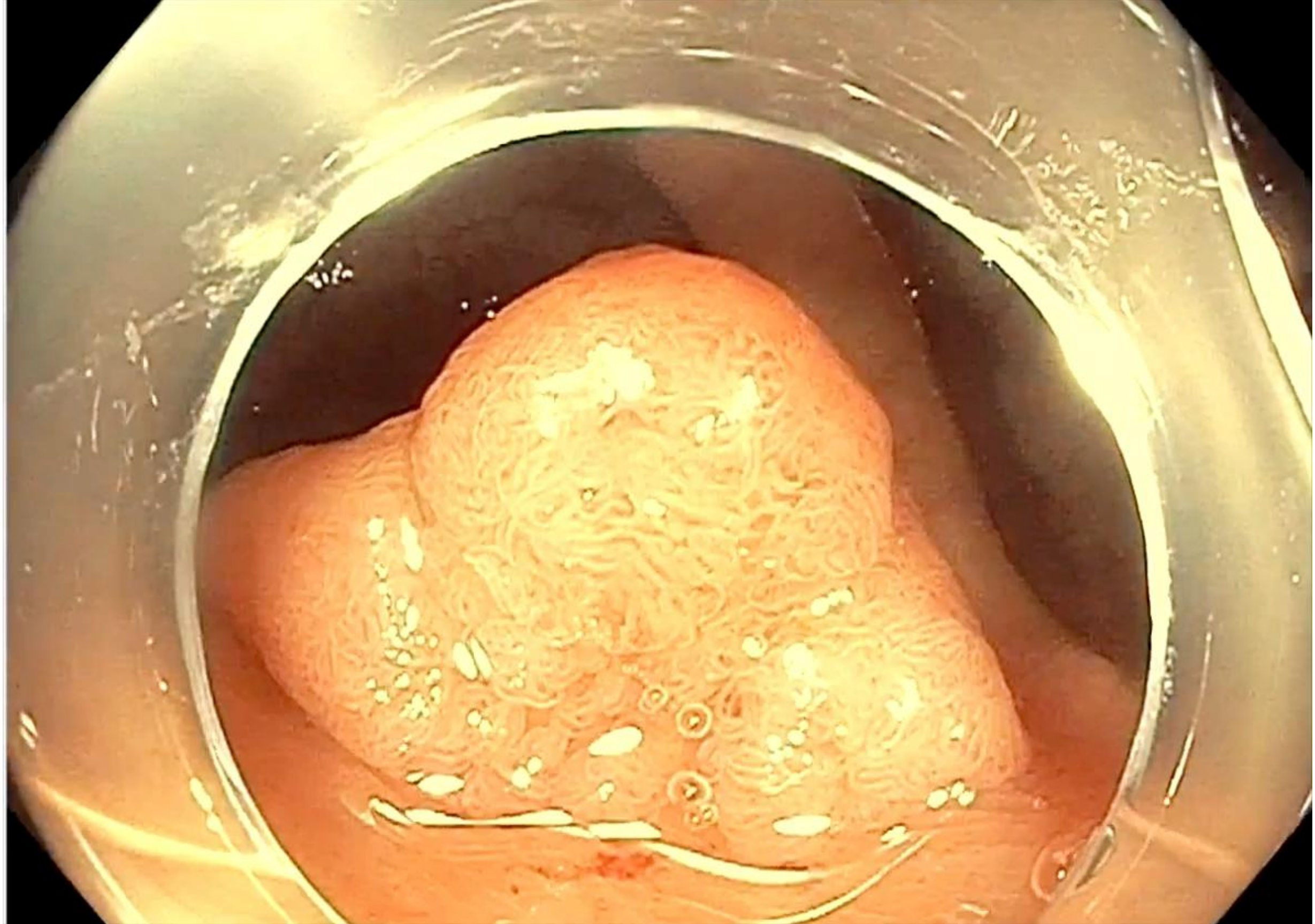
Gastroenterology







**Figure 1.** (UEMR. (A) NBI shows the underwater appearance of a lateral spreading tumor, granular type, approximately 20 mm in diameter. (B–D) NBI shows underwater lesion entrapment with a snare and underwater lesion resection. (E) White light endoscopy shows the wound after UEMR with no residual lesion. (F) The resected lesion.



# Que faire devant un non-lifting ?

## Causes fréquentes du non-lifting

### Biopsies antérieures

Cause iatrogène la plus fréquente – justifie la règle de ne pas biopsier inutilement

### Tatouage trop proche

Réaction inflammatoire locale induisant une fibrose sous-muqueuse irréversible

### Tentative de résection préalable

Cicatrice fibreuse rendant l'injection inefficace sur la zone traitée

### Fibrose sous-muqueuse

Peut aussi être intrinsèque à la lésion, notamment en cas d'invasion profonde

## Ce que le non-lifting ne signifie pas

Le non-lifting n'est pas synonyme automatique de cancer profond. Dans la majorité des cas rencontrés en pratique, il est d'origine iatrogène.

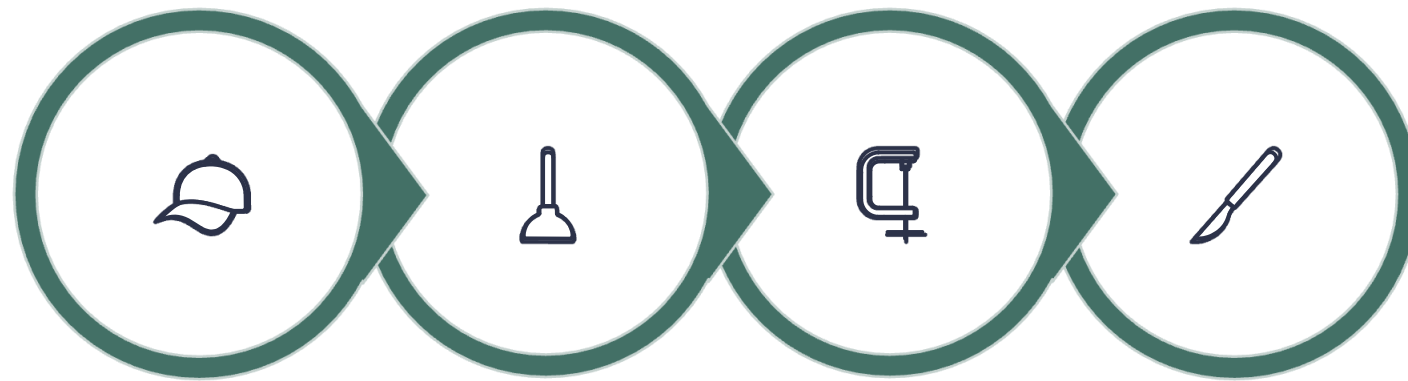
## La bonne réaction

Face à un non-lifting, ne pas abandonner réflexivement. Raisonner en termes de **stratégie de sauvetage** : EMR-DC, EFTR, ou référer à un centre expert selon le contexte.

📌 **Message clé** : Le non-lifting est souvent iatrogène – penser **rescue therapy**, pas abandon.

# EMR-DC : capuchon distal pour lésions fibrosées

## Principe et étapes techniques



Mise en place

Aspiration

Fermeture

Section

## Indications et précautions

L'EMR-DC est particulièrement utile pour le tissu adhérent ou non-lifting résiduel après tentative de résection conventionnelle.

## Points de rigueur

- Inspection rigoureuse avant chaque coupe
- Ne jamais sectionner si l'aspect dans le cap est inquiétant
- Technique de rescue dans les centres entraînés

📌 **Message clé :** L'EMR-DC peut transformer une lésion adhérente difficile en résection endoscopique **faisable**.

# Distal Cap-assisted Endoscopic Mucosal Resection for Non-lifting Colorectal Polyps: An International, Multicenter Study



Scott R. Douglas,<sup>1</sup> Douglas K. Rex,<sup>2</sup> Alessandro Repici,<sup>3</sup> Melissa Kelly,<sup>1</sup> J. Wes Heinle,<sup>1</sup> Marco Spadaccini,<sup>3</sup> and Matthew T. Moyer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Division of Gastroenterology and Hepatology, Penn State Hershey Medical Center, Hershey, Pennsylvania;

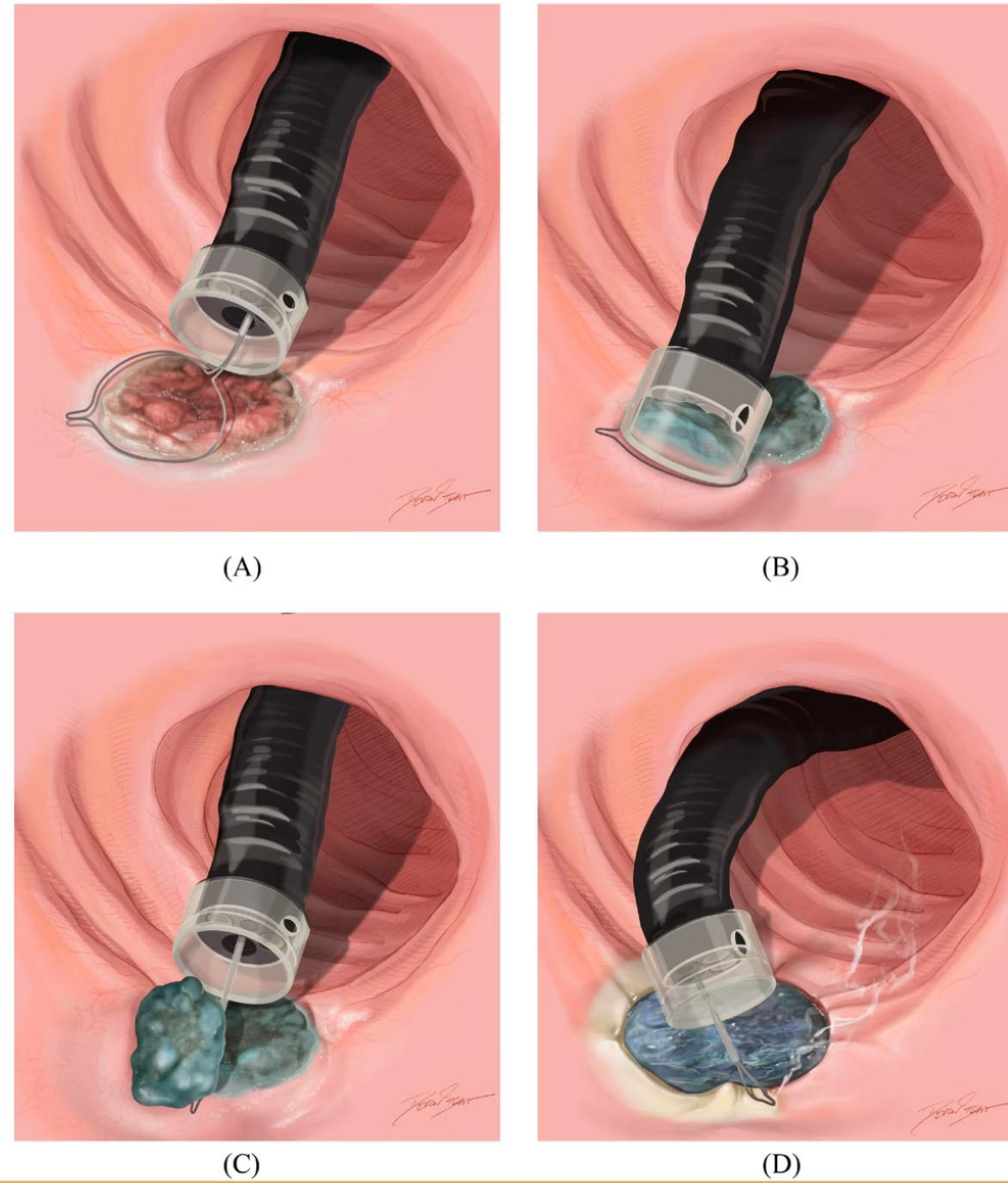
<sup>2</sup>Division of Gastroenterology and Hepatology, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, Indiana; and

<sup>3</sup>Department of Gastroenterology, Humanitas Research Hospital, Milan, Italy

---

## Abstract

**BACKGROUND AND AIMS:** Submucosal fibrosis is a commonly encountered problem associated with complex polyps referred for endoscopic mucosal resection (EMR). Previous biopsies, submucosal tattoo injection, and previous unsuccessful attempts at polyp resection have all been shown to induce submucosal fibrosis, which makes subsequent EMR more difficult and increases the risk of recurrence.



**Figure 1.** EMR-DC technique for non-lifting colon lesions. (A) Lesion assessment using white light and snare to assess the size of the lesion. Submucosal injection is performed with a commercially available lifting agent (not pictured). (B) The snare is positioned to capture non-lifting tissue. Mucosa is suctioned through the snare and into the distal attachment cap. This causes an endoscopic “blue out.” The snare is then blindly closed. (C) Suction is released for assessment of captured tissue before application of electrocautery for tissue transection. (D) Completed EMR-DC resection base with application of prophylactic snare tip soft coagulation.

# EFTR / FTRD : quand y penser ?

## Indications sélectionnées

- |   |  |
|---|--|
| → Lésions petites à moyennes avec <b>non-lifting focal</b> sans critère d'invasion profonde | → <b>Résidus ou récurrences sélectionnés</b> après EMR ou ESD, non accessibles aux techniques conventionnelles |
| → Certaines <b>localisations complexes</b> (valvule iléocæcale, appendice)                  | → Résection <b>pleine épaisseur</b> avec fermeture préalable garantissant la sécurité pariétale                |

## Limites à connaître

- **Taille limitée** des spécimens : pièces de 25–30 mm maximum selon le dispositif
- **Morbidité potentielle** : douleurs, syndrome post-résection, complications rares mais possibles
- Doit être **réservée à des indications précises**, après discussion multidisciplinaire si nécessaire

---

L'EFTR n'est pas une technique de confort ou de facilité, mais une **solution ciblée pour des situations bien choisies.**

📄 **Message clé** : L'EFTR est une solution ciblée pour des situations **bien choisies**, pas une technique de routine.

# ESD : quand faut-il penser monobloc ?

## Indications prioritaires de l'ESD



### SMIC superficiel suspecté

Seule la résection en bloc permet une analyse histologique complète des critères de curabilité



### Analyse histologique fine requise

Marges, profondeur, LVI, budding – impossibles à évaluer sur pièce morcelée



### Lésions rectales sélectionnées

Et LST-NG, récidives fibreuses en centres experts

## Atouts oncologiques de l'ESD

- Résection **monobloc** systématique
- Analyse histologique **optimale** des marges latérales et profondes
- Potentiel curatif **maximal** en oncologie superficielle

## Contraintes réelles

Technique longue, exigeante, avec courbe d'apprentissage prolongée. **Centre-dépendante** : à réserver aux équipes entraînées ou à référer.

📌 **Message clé** : L'ESD est la technique à envisager quand seule une résection en bloc permet une vraie **décision oncologique**.

# Astuces techniques d'ESD à connaître



## Ne pas ouvrir toute la circonférence d'emblée

Commencer par une incision partielle pour maintenir la tension tissulaire et contrôler le plan de dissection progressivement.



## Trimming précoce

Réaliser un trimming de la marge latérale en début de procédure pour délimiter clairement la lésion et faciliter les étapes ultérieures.



## Maintenir le plan sous-muqueux

Créer et entretenir un bon accès sous-muqueux par injections itératives. Un plan qui s'effondre est une source de perforation.



## Utiliser les systèmes de traction

Clips de traction, rubber band, systèmes dédiés : ils améliorent l'exposition de la sous-muqueuse et la sécurité de la dissection quand disponibles.

 **Message clé :** L'ESD est d'abord une technique d'**exposition contrôlée** de la sous-muqueuse, pas seulement de dissection.

# Polypes pédiculés à haut risque hémorragique

## Évaluation du risque

Un polype pédiculé peut sembler techniquement simple, mais un **gros pédicule** (Ip avec pédicule  $\geq 10$  mm de diamètre) représente une situation à haut risque vasculaire. La taille de la tête et l'épaisseur du pédicule conditionnent la stratégie préventive.

## Technique standard

La **hot snare polypectomy** reste la technique de référence, avec section à mi-hauteur du pédicule pour conserver une marge de traitement en cas de saignement.

## Prévention du saignement

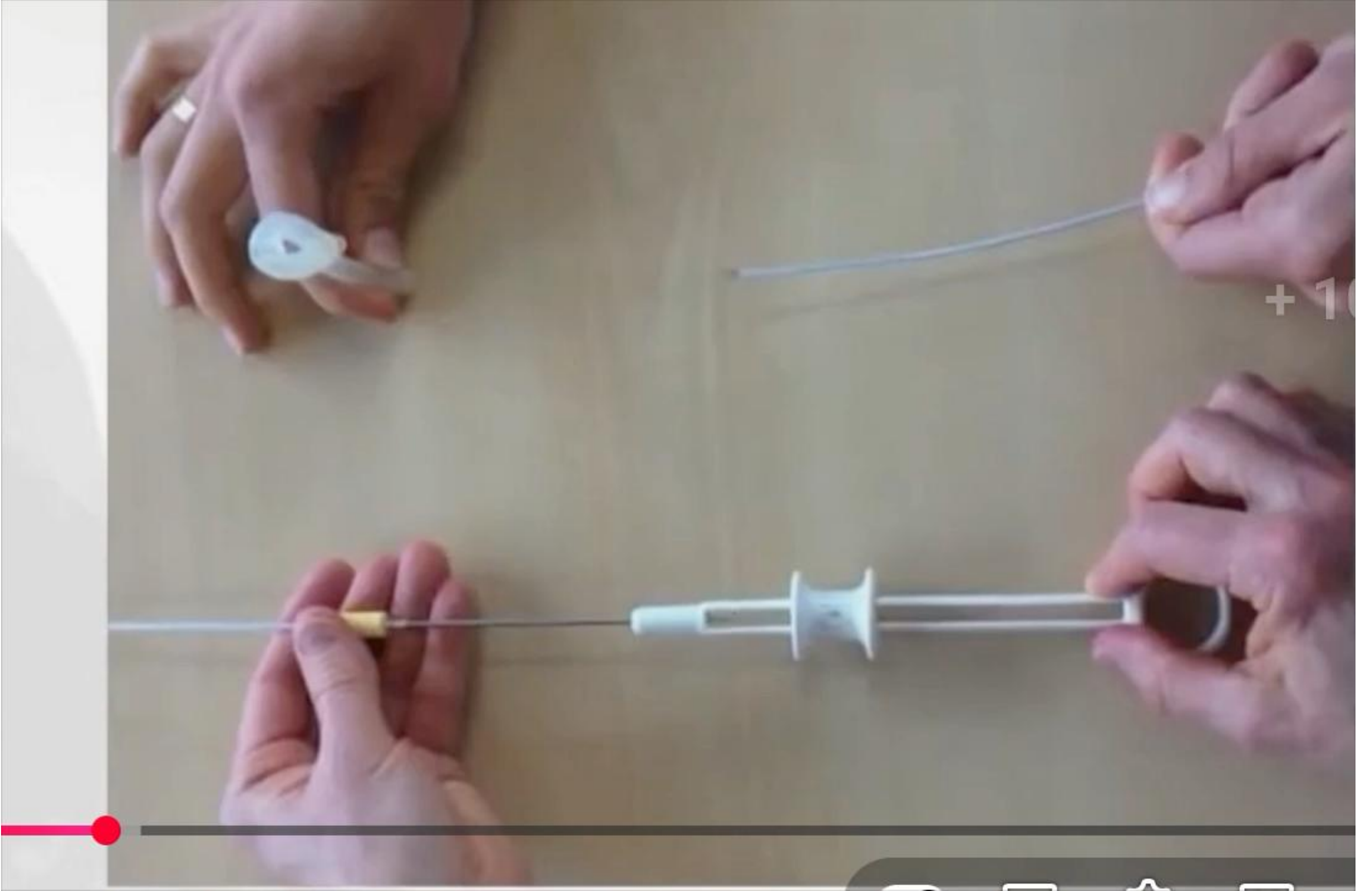
- **Injection d'adrénaline** dans le pédicule avant section
- **Anse largable (Endoloop)** posée sur le pédicule avant section
- **Clips prophylactiques** sur le moignon après résection si risque résiduel

## Récupération de la pièce

Pour tout polype pédiculé à enjeu carcinologique, la récupération de la pièce **en monobloc** est indispensable pour l'analyse histologique du pédicule et la recherche d'invasion.

Prévoir le dispositif de récupération **avant la coupe**, pas après.

📄 **Message clé :** Un gros pédicule est une **situation à haut risque vasculaire** qui nécessite une prévention active du saignement.



# Hémorragie immédiate et retardée

Pendant la procédure

01

**Lavage abondant** pour visualiser l'origine exacte du saignement

02

**Identifier le point** précis de saignement avant tout geste

03

**Coagulation** (coagrasper, coagulation douce) ou **clips** selon le contexte anatomique

Prévention du saignement retardé

Le **côlon droit** est la zone à plus haut risque après EMR large, en raison de la paroi fine et de la vascularisation terminale.

La **fermeture prophylactique du défaut** après EMR large en côlon droit est recommandée quand elle est faisable, notamment pour les défauts  $\geq 20$  mm.

Anticiper **avant la procédure** la stratégie de fermeture selon la taille et la localisation prévues.

📌 **Message clé :** Le saignement retardé se prévient en anticipant la **topographie et la taille du défaut**.

# Lésion murale profonde et perforation

## Inspection systématique du défaut

Après toute résection endoscopique, le défaut doit être inspecté aussi soigneusement que la lésion elle-même avant résection. Utiliser l'optique avancée (NBI/BLI) si un doute existe sur la profondeur.

## Signes d'alerte à reconnaître

- Aspect brillant ou transparent du fond de la résection (muscleuse exposée)
- Graisse visible dans le défaut (perforation incomplète ou complète)
- Douleur ou résistance anormale pendant la procédure

## Escalade thérapeutique

- **Clippage immédiat** TTS (through-the-scope) en cas de défaut limité
- **OTS clips** pour les perforations plus larges
- **Antibiothérapie**, surveillance hospitalière, discussion chirurgicale selon gravité

## Lire le défaut comme une lésion

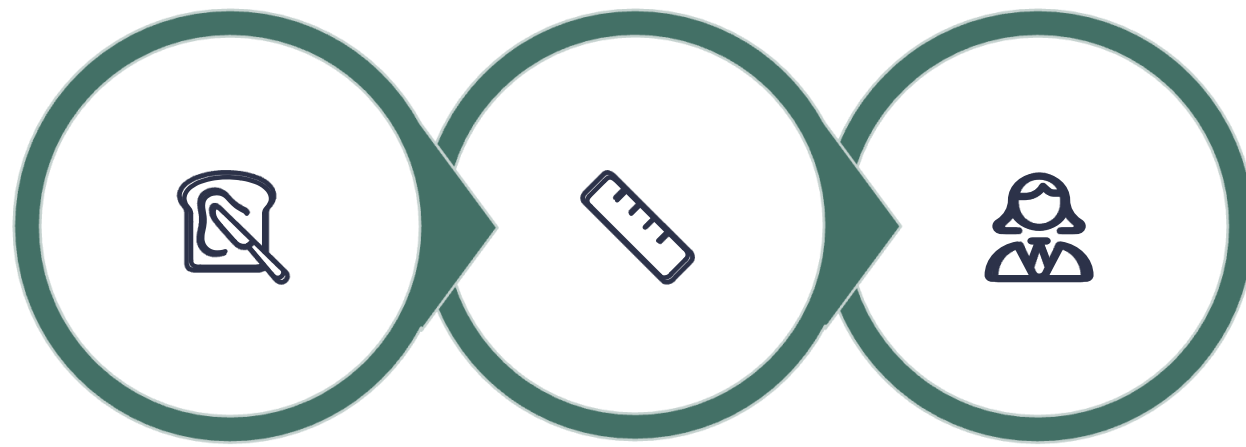
Après résection, il faut savoir **lire le défaut** avec le même niveau d'attention et de rigueur qu'on lit la lésion avant de la traiter.

Une perforation reconnue immédiatement et traitée endoscopiquement évite presque toujours la chirurgie d'urgence.

📌 **Message clé** : Après résection, lire le défaut comme on lit une lésion avant résection.

# Gestion de la pièce et analyse anatomopathologique

Préparation de la pièce de résection monobloc



Étalement

Mesure

Fixation

Ce que l'histologie doit répondre

- Profondeur d'invasion : sm1 / sm2 / sm3 (ou mesure en  $\mu\text{m}$ )
- Marges : R0 / R1 latérale / R1 profonde
- Différenciation : bien, moyennement, peu différencié
- Emboles lymphovasculaires (LVI)
- Budding tumoral (grade 1-2-3)

Ces critères sont impossibles à évaluer sur une pièce morcelée ou mal préparée.

📌 **Message clé :** Une belle résection sans préparation correcte de la pièce peut faire perdre l'information oncologique essentielle.

## Quand une résection endoscopique est-elle curative ?

1/1

Résection en bloc

Condition préalable absolue à toute évaluation histologique complète

1/1

Marges RO

Marges latérales et profondes libres en histologie

1/1

Différenciation favorable

Bonne ou moyenne différenciation — les tumeurs peu différenciées restent à haut risque

0/1

Absence de LVI

Pas d'embolies lymphovasculaires — critère de risque ganglionnaire majeur

0/1

Budding  $\leq$  grade 1

Absence de budding significatif à la marge d'invasion

Message clé : Le but final n'est pas la résection technique, mais la **résection RO curative** — tous ces critères doivent être réunis simultanément.

# Surveillance après résection endoscopique

Après piecemeal EMR  $\geq$  20 mm



La récurrence : une phase du traitement

La récurrence locale après EMR fragmentaire doit être pensée comme une **phase prévisible et traitable** du traitement, non comme un échec définitif.

La grande majorité des récurrences après piecemeal EMR avec STSC sont **focales, accessibles et curables** par retraitement endoscopique lors du contrôle à 6 mois.

La décision chirurgicale pour une récurrence ne doit venir qu'**après tentative endoscopique raisonnée**.

📌 **Message clé** : La récurrence doit être pensée comme une **phase du traitement**, pas comme un échec définitif.

# Pièges et erreurs à éviter

## ✘ Biopsier inutilement une grande lésion résécable

Induit une fibrose sous-muqueuse qui peut rendre impossible ou dangereuse la résection ultérieure.

## ✘ Tatouer dans ou juste sous la lésion

Réaction inflammatoire locale avec fibrose. Toujours tatouer 3 à 5 cm en aval côté anal.

## ✘ Morceler une lésion qui demandait un monobloc

Perte irréversible de l'information histologique – impossibilité d'évaluer les critères de curabilité.

## ✘ Brûler un reliquat visible

Un résidu macroscopique doit être réséqué, pas brûlé. La coagulation d'un résidu ne garantit pas l'éradication et détruit l'histologie.

## ✘ Négliger la marge après piecemeal EMR

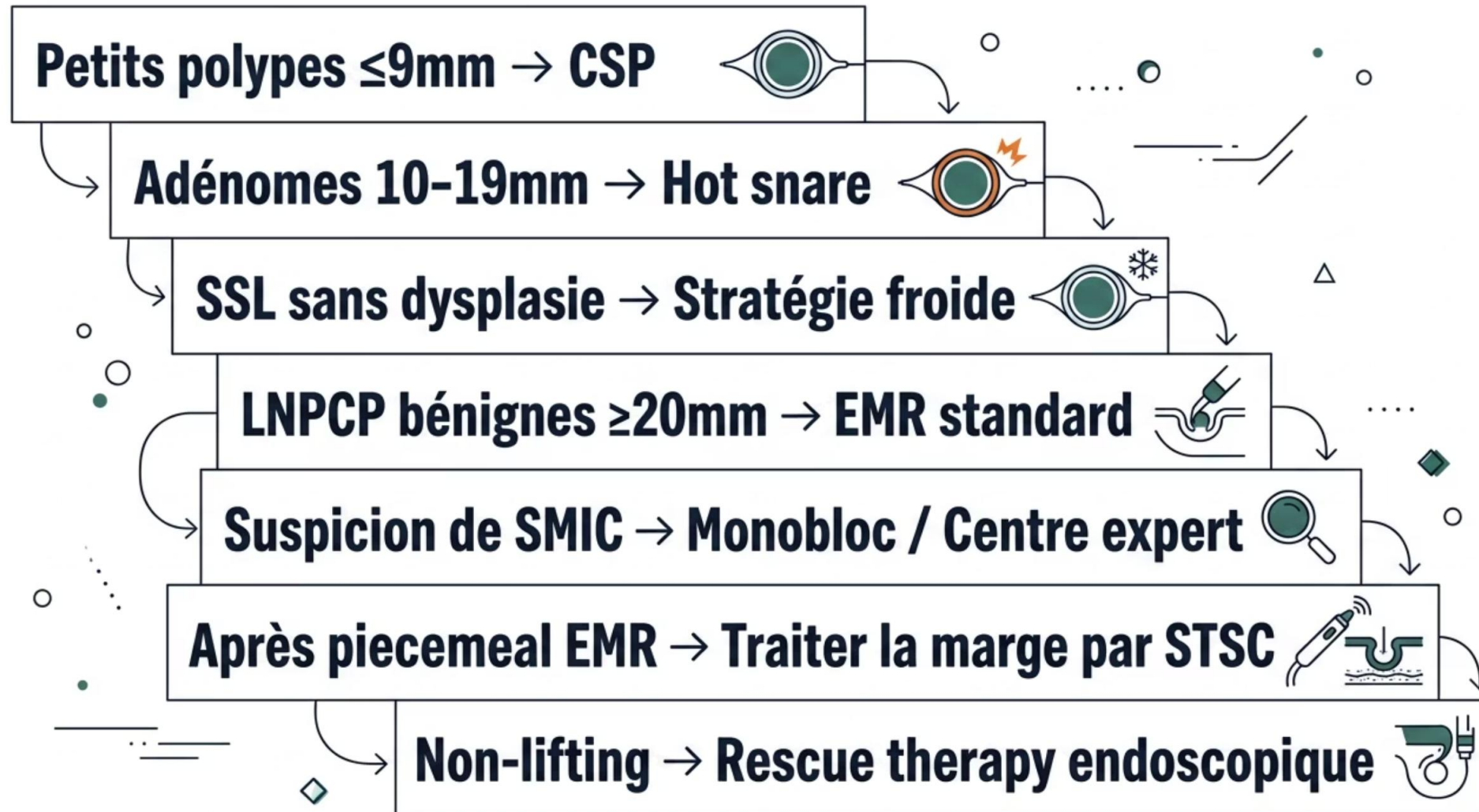
Le traitement de la marge par STSC est partie intégrante de la procédure, pas une option.

## ✘ Sous-estimer une lésion rectale ou une SSL

Deux contextes à haut risque de sous-traitement, avec conséquences oncologiques potentiellement majeures.

📌 **Message clé :** La plupart des complications techniques sont précédées par une **erreur de stratégie**.

## L'algorithme décisionnel en synthèse



L'endoscopie thérapeutique colorectale moderne ne repose plus sur un geste unique, mais sur une stratégie : voir juste, choisir juste, traiter juste.

# Les 5 messages à marteler

## Caractériser avant d'agir

Toute grande lésion doit être d'abord **caractérisée, pas agressée**. La technique ne précède jamais l'évaluation optique.

## Fragments vs. monobloc

Opposer systématiquement : **lésion bénigne résécable en fragments** versus **lésion à enjeu histologique nécessitant un monobloc**.

## Prudence rectale


Le rectum mérite une **prudence particulière** – toujours avoir un seuil plus bas pour le centre expert.

## L'EMR de qualité prévient la récurrence

Une EMR de qualité **inclut la prévention de la récurrence** – traitement de la marge, documentation, surveillance planifiée.

## Le rescue évite la chirurgie

Le **rescue endoscopique** (EMR-DC, CAST, EFTR) évite souvent une chirurgie inutile et doit être connu de tout endoscopiste.

 **Conclusion** : Voir juste – Choisir juste – Traiter juste. C'est la triade de l'endoscopie thérapeutique colorectale d'excellence.

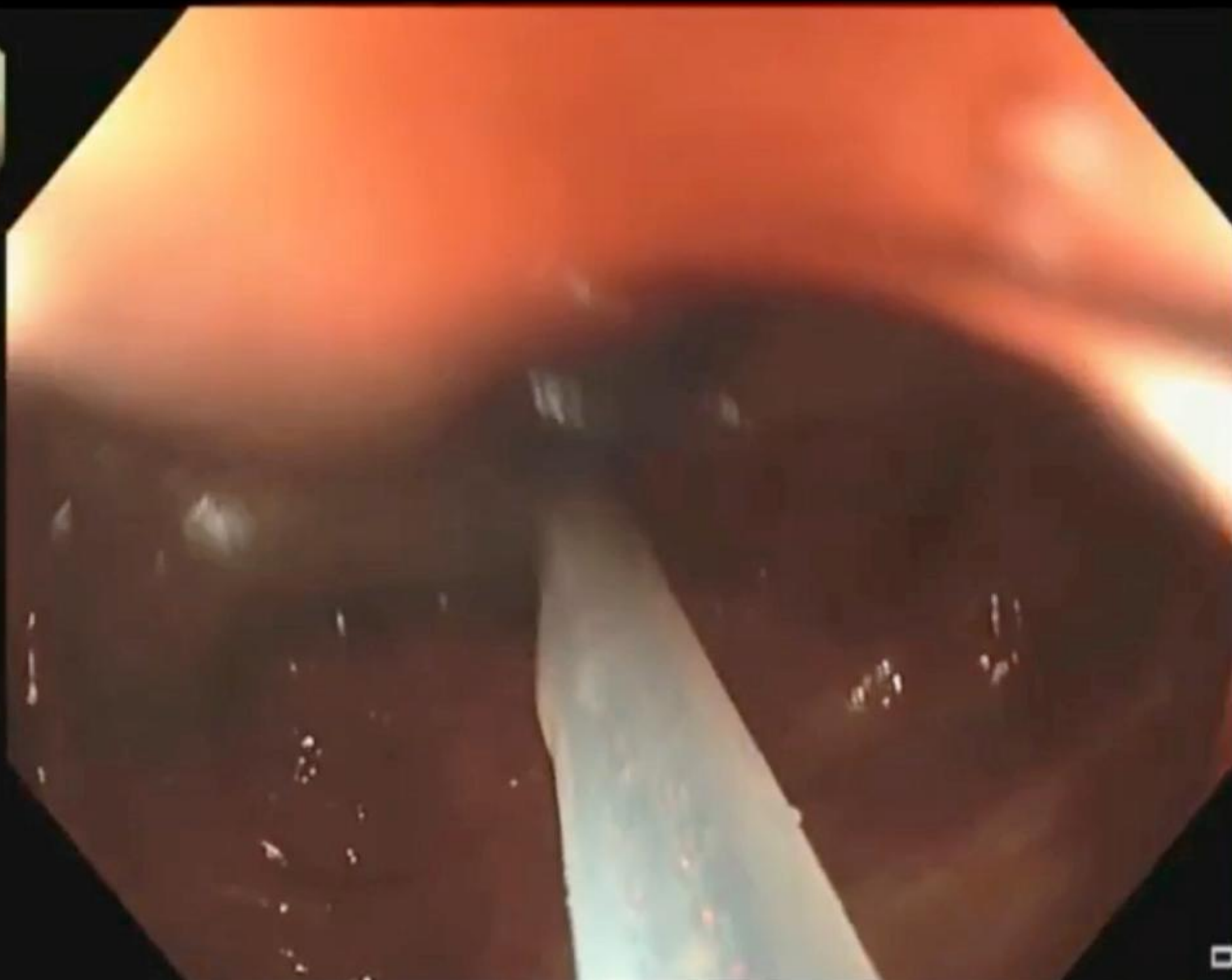


ID patient:  
Nom patient:

09/11/2015

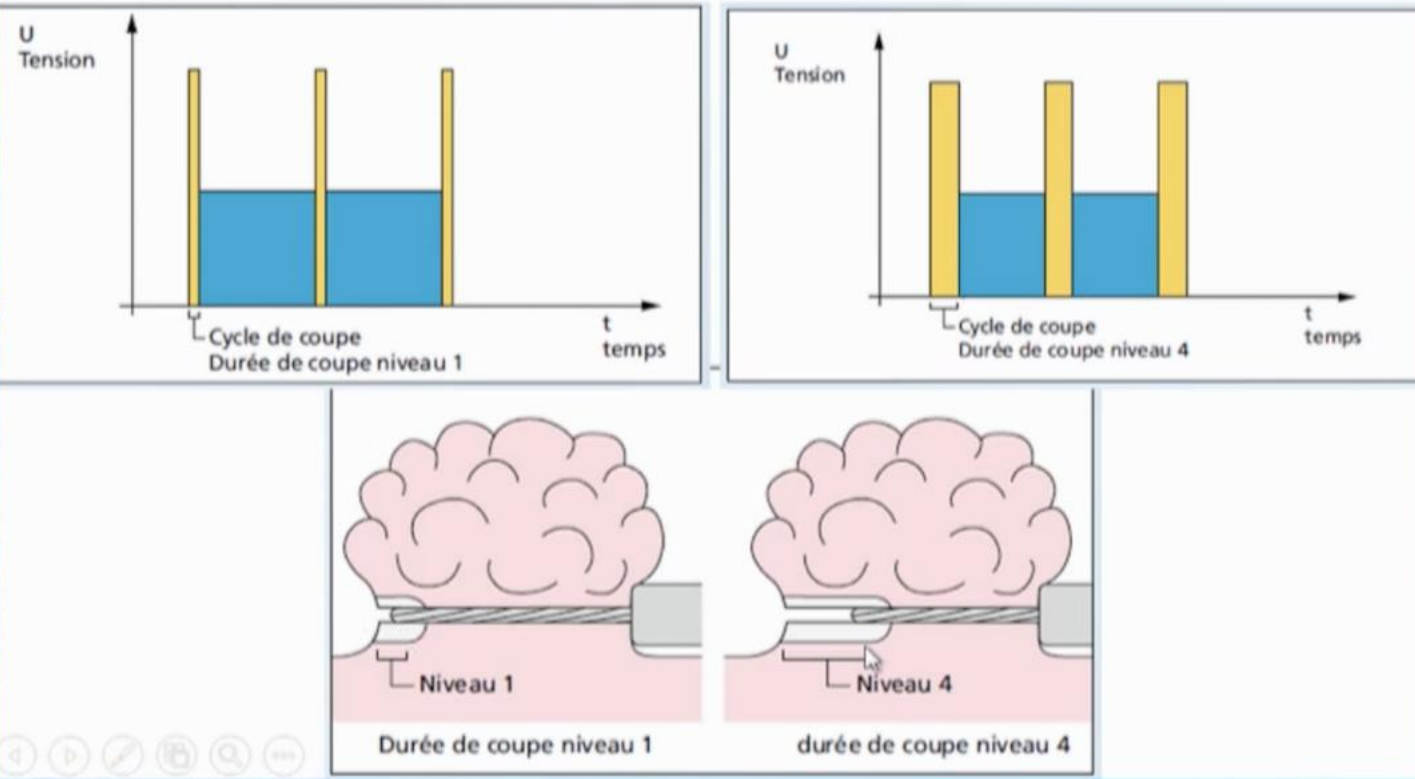
■■■/---(12/39)

Commentaire:

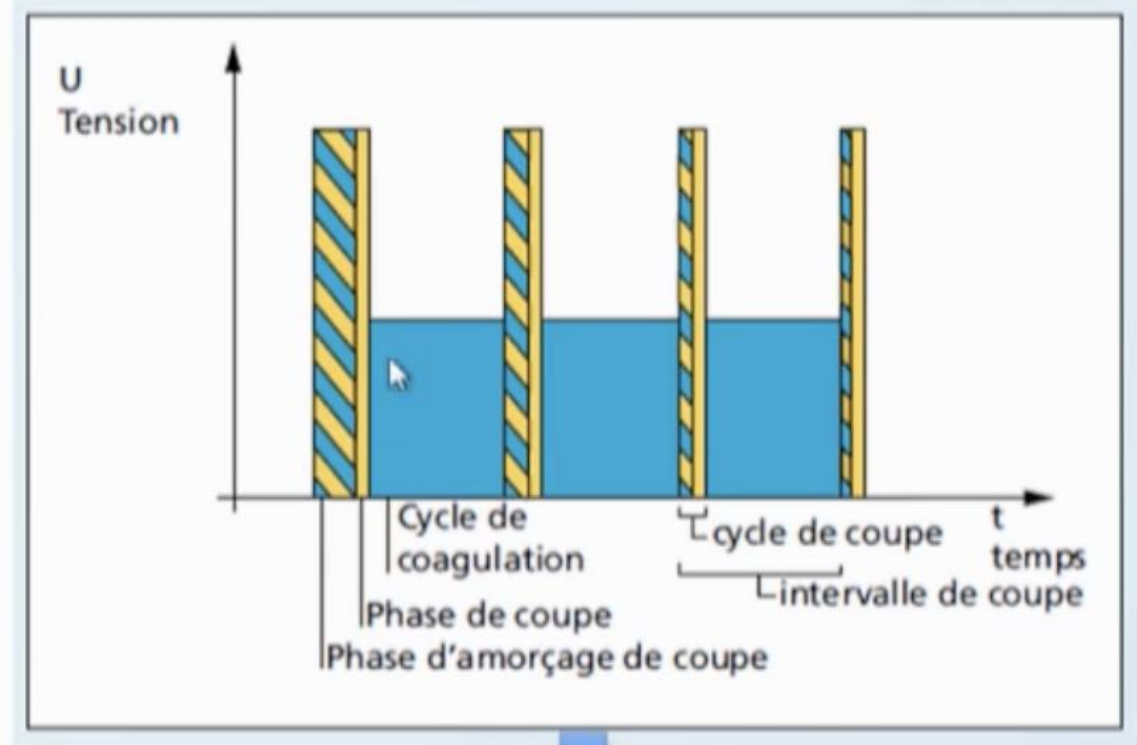




### ✘ ENDOCOUPE: Réglages de la durée de coupe



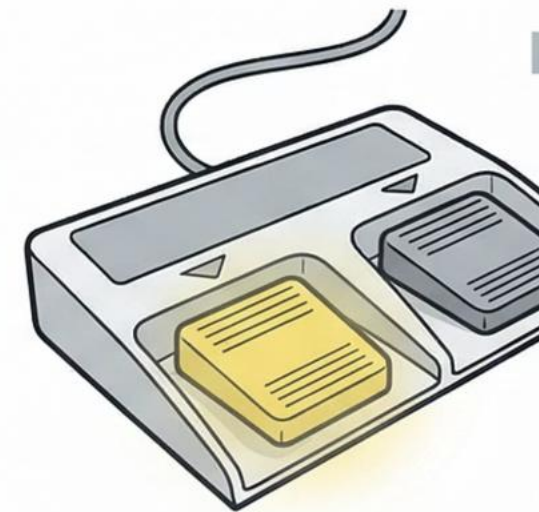
### ✘ Bistouri intelligent avec ENDOCOUPE



**PEDALE JAUNE EN CONTINU!!**

# Réglage du Bistouri Électrique (ERBE VIO)

Polypectomie / Mucosectomie  
→ **Mode Endocut Q, Effet 2**



**Pédale Jaune :**  
Appuyez en **CONTINU** jusqu'à la section complète.

Les appuis **intermittents** relancent des phases d'amorçage → diminution d'efficacité + risque complications.





# All Vodcasts

- 1 ... 5 6 **7** 8 9 10

Thomas RÖSCH Raf BISSCHOPS

**Classifications in Crohn's part 1**

**E Endoscopy Essentials**

#38



Raf Bisschops on endoscopic...

Thomas RÖSCH Mette KALAGER

**Evidence in endoscopy part 2**

**E Endoscopy Essentials**

#37



Mette Kalager on Evidence in Endosco...

Thomas RÖSCH Mette KALAGER

**Evidence in endoscopy part 1**

**E Endoscopy Essentials**

#36



Mette Kalager on Evidence in Endosco...

Search the Campus ...



DE

EN

[home](#)

[who we are](#)

[videos](#)

[classifications](#)

[literature](#)

[vigatu](#)

[teaching videos](#)

Home » Endoscopic Techniques

## Endoscopic Techniques



[Upper GI Tract](#)



[Lower GI tract](#)



[Hepatobiliary  
ERCP](#)



[Endosonography](#)



[Endoscopic  
Techniques](#)



[Instruments](#)



[Special Cases](#)



[Live Events](#)

merci pour votre attention