

DR N TAOUCHICHET
WORKSHOP MINDAR
CONSTANTINE NOVEMBRE
2022

Classification des polypes coliques

Comment les detecter ?

Comment les caracteriser ?

Ce qu'il faut faire après?

Classification des polypes

INTRODUCTION

Définition : un polype est une excroissance qui se développe dans la lumière colique

*** Pediculé**

(baton de cloche)

*** Sessile (sla):**

large base d'implantation

*** Plan**

CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE

1) Polypes d'origine épithéliale

* Adénomateux

-Tubuleux

-Villeux

-Tubulo-villeux

* Non adénomateux

Hyperplasiques

Hamartomateux et inflammatoires

2) Polypes d'origine non épithéliale

Leiomyome, lipome etc

Classification endoscopique

Se sont les classifications qui se basent sur une vision endoscopique

Utilisant la lumière optique ou la chromoscopie pour permettre de conclure à l'indication thérapeutique

Endoscopique ou chirurgicale

Classification endoscopique

5 points forts :

- 1) Toute lésion colorectale doit au minimum faire l'objet d'une description de localisation, de taille, de relief selon la classification de Paris ainsi une photo dans le compte rendu
- 2) Pas de biopsie de la lésion sauf si elle se présente comme un cancer – trt chirurgicale
- 3) L'utilisation du Zoom permet d'augmenter de 10 à 20 % la capacité de prédire l'histologie
- 4) L'avis d'expert : le meilleur juge
- 5) En cas de cancer superficiel Le compte rendu histologique : classification japonaise---si la résection peut être classée curative ou non

Introduction

- ENDOSCOPIE : art
- Endoscopiste : artiste
- Maitrise parfaite de son materiel
- artiste qui doit maitriser son instrument

Maitrise du matériel

- Passe par la maitrise technique et son endoscope
- Savoir l'utiliser
- Connaitre le degrés de définition de son image
- Connaitre ses options : zoom- capture d'image enregistrement vidéo
- Savoir utiliser ses instruments d'intervention

Maitrise

- ANSES :



-
- Clips
- Prothèses
- Matériel de section et ses spécificités

HISTORIQUE:

Endoscopie :critères de qualité

- **Détection des lésions**

- érythème
- ulcération , hémorragie
- surélévation muqueuse
- formation polypoïde
- processus néoplasique

HISTORIQUE

OBJECTIFS DE L'ENDOSCOPIE

Au départ :

Détection

Résection -----anapth

Puis : étape intermédiaire :

Caractérisation-----décision

Caractérisation

- Caractérisation des lésions:
- D'abord : qui se base sur l'aspect endoscopique
- Vision direct (classification de Paris)
- Apparition de la haute définition et le zoom
- Apparition des colorations vitales : indigo carmin

Caractérisation

- * L'utilisation du zoom et de la chromoscopie

- * La connaissance des différentes classifications endoscopiques

Paris-Lst-Kudo-Wasp-Sano –Nice-Basic

Indispensables

Regroupées par la classification

CONNECCT

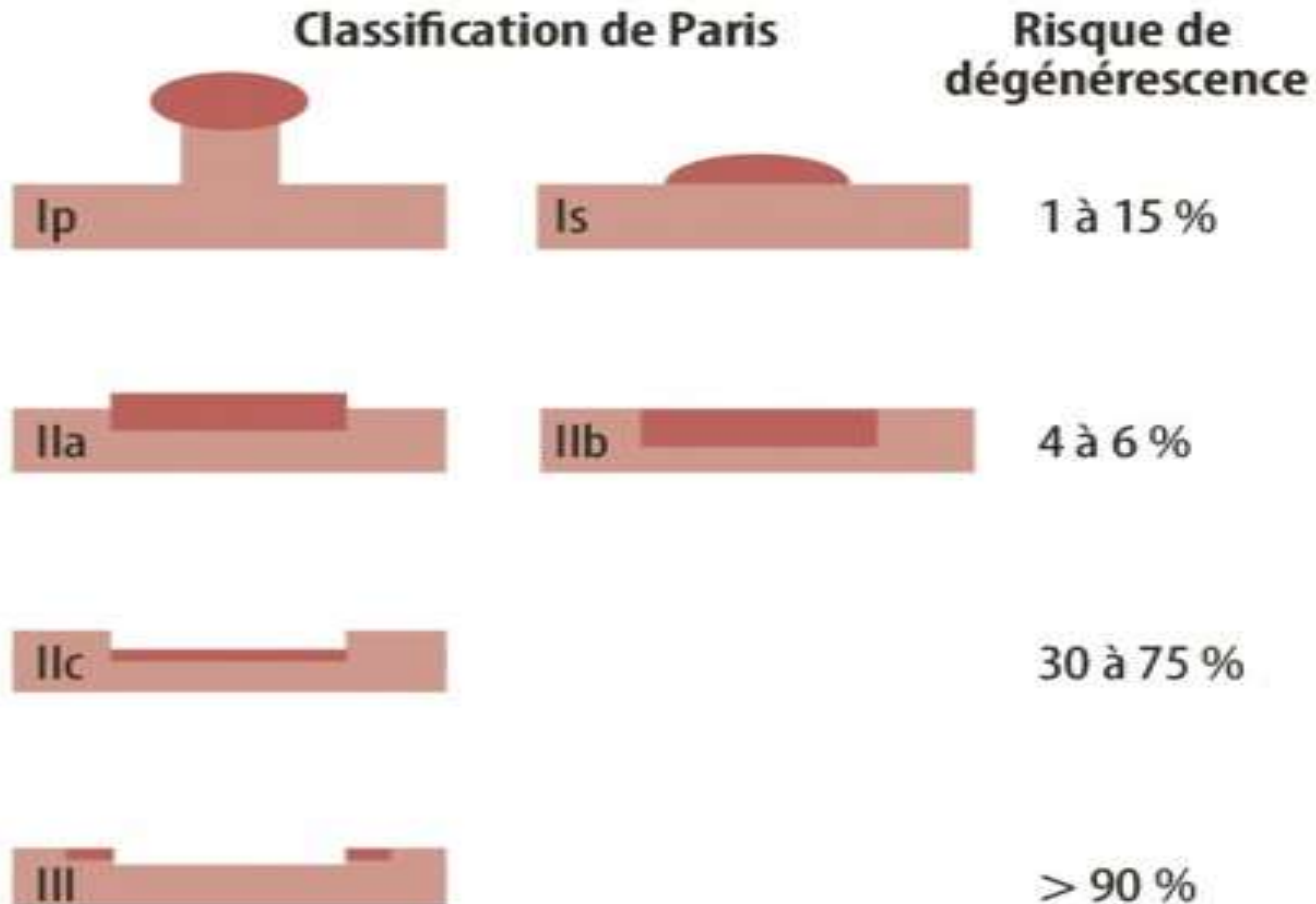
- * L'utilisation de la classification histologique adéquate

Japonaise

Classification de Paris

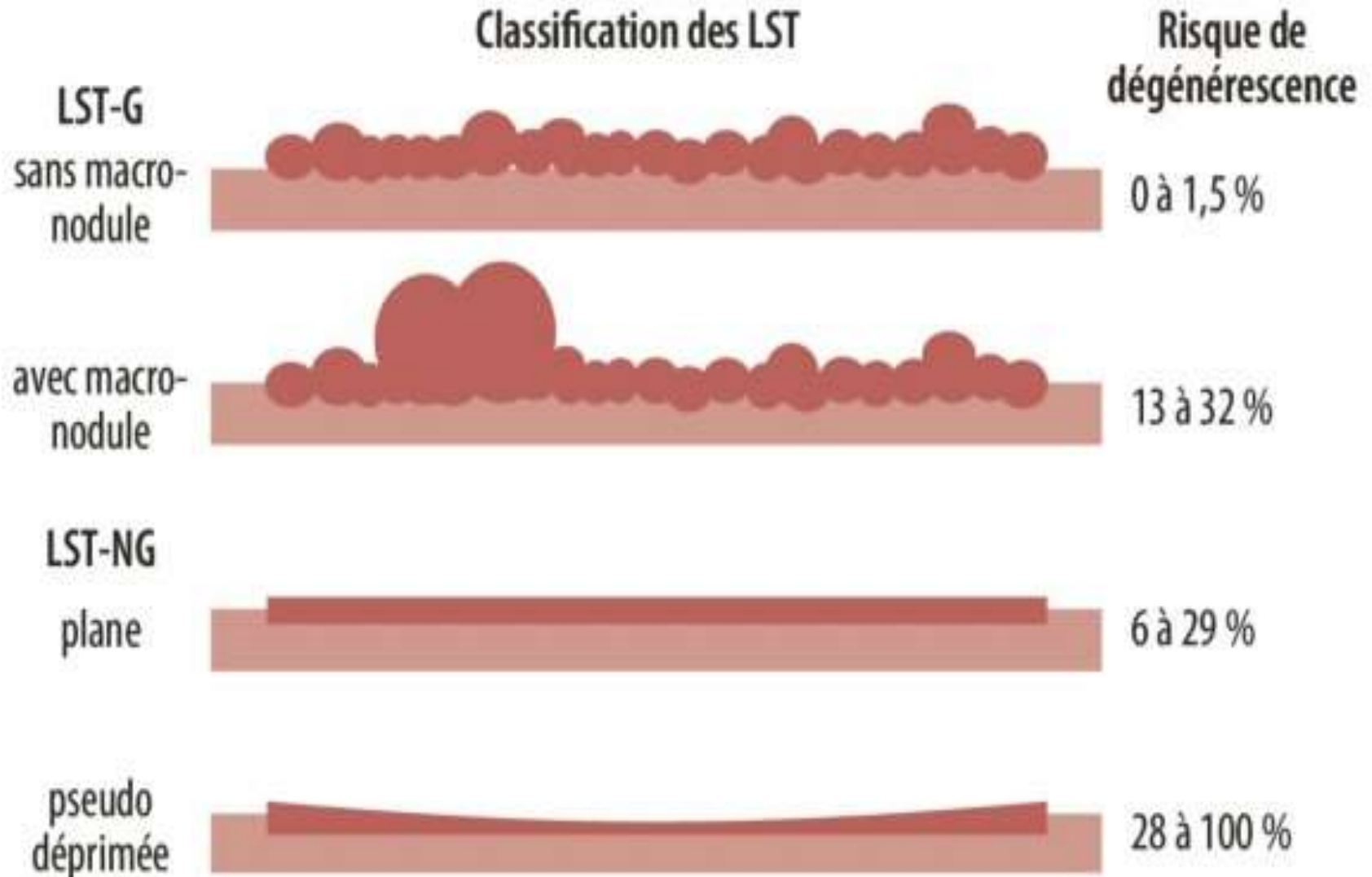
Décrit les polypes en fonction de leur relief (aspect macroscopique) et relie cet aspect au risque de dégénérescence et d'invasion profonde

Classification de Paris

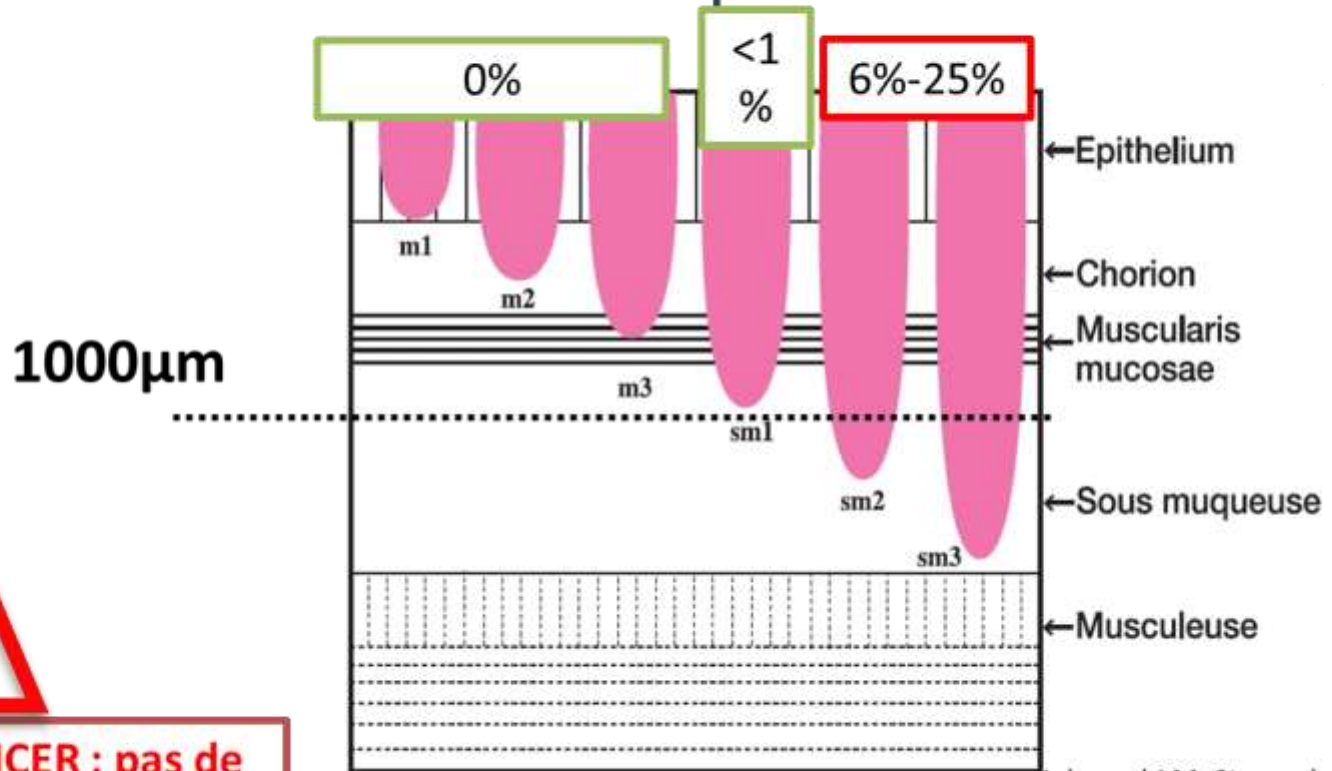


*Ip : lésion pédiculée ; Is : lésion sessile ; IIa : lésion plane et surélevée ;
IIb : lésion plane ; IIc : lésion déprimée ; III : lésion ulcérée.*

Classification de Paris



- ✗ Pas de risque ganglionnaire
- ✗ Dépend de l'infiltration en profondeur



Si pas de CANCER : pas de risque ganglionnaire

Kobayashi M, Stomach Intestine 1994
Yokoyama J, Acta Medica Biologica 2002

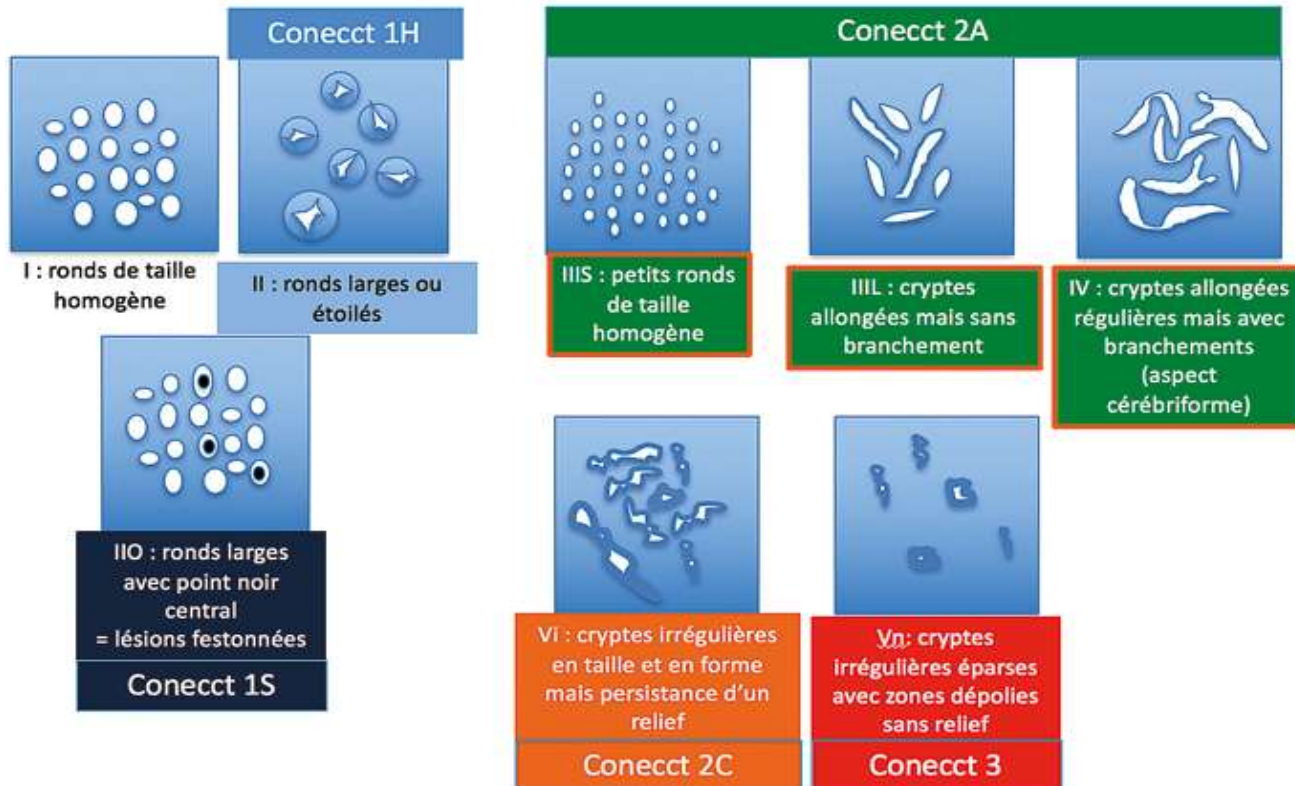
Update on the Paris classification of superficial neoplastic lesions in the digestive tract, Endoscopy 2005

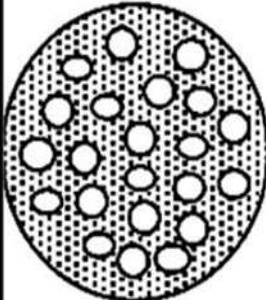
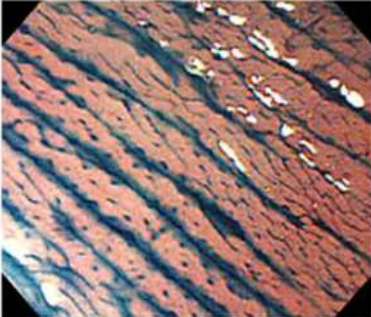

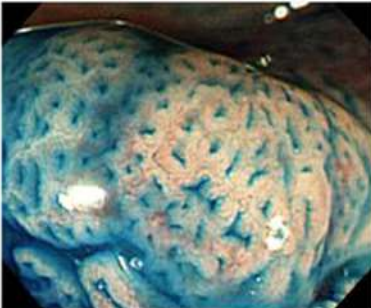
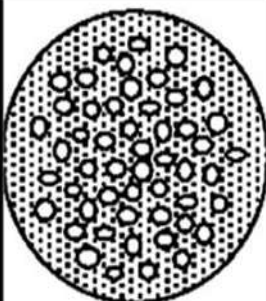
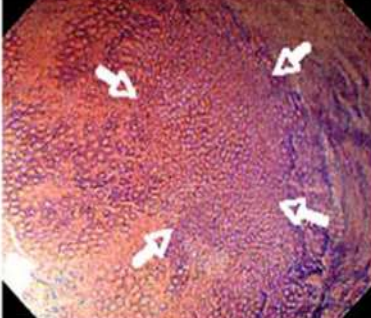
Classification de Kudo






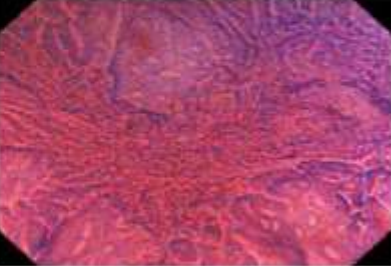
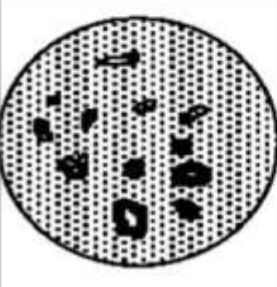

- Permet la classification des polypes colorectaux après coloration à l'indigo carmin ou Crystal violet (utilisé seulement au japon)

Classification de Kudo

Classification de Kudo (pit pattern en crystal violet ou éventuellement indigo carmin)

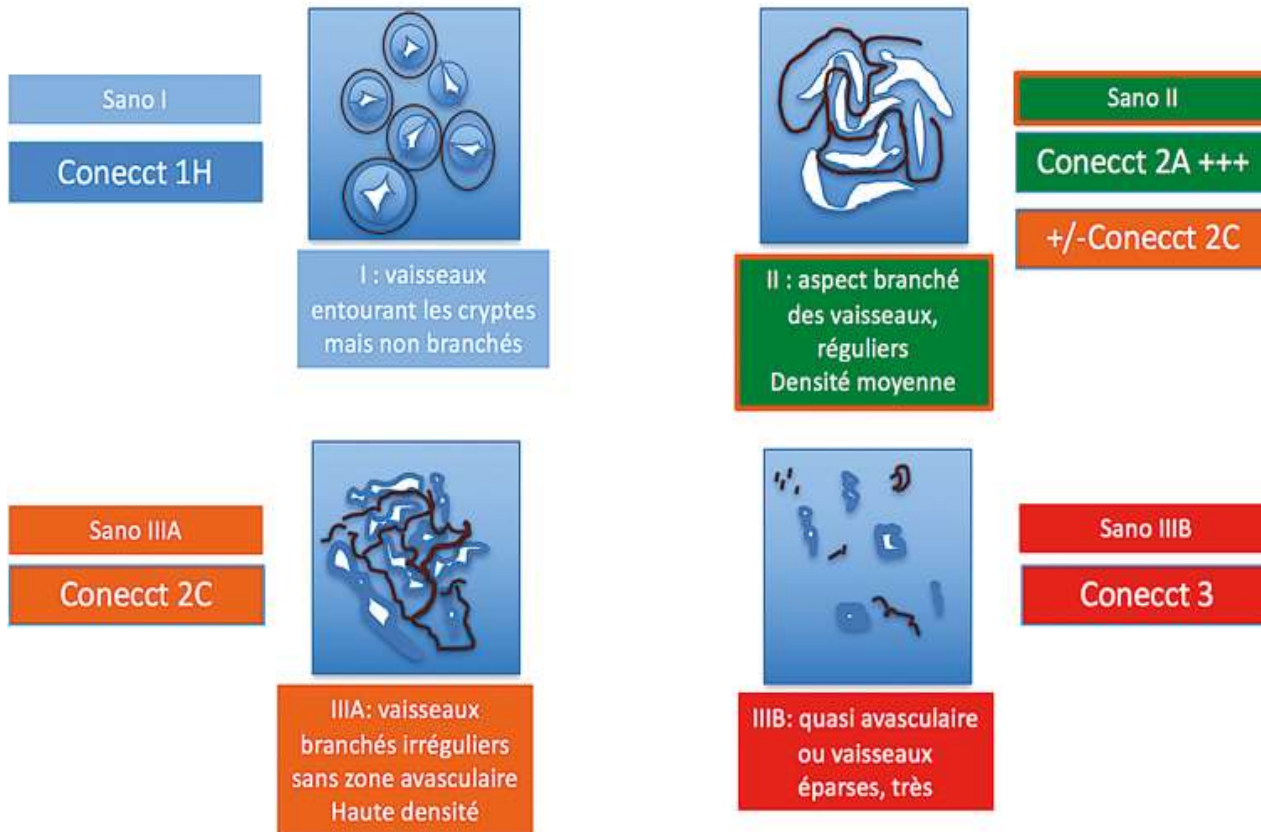


Type	Schematic	Endoscopic	Description	Suggested Pathology	Ideal Treatment
I			Round pits.	Non-neoplastic.	Endoscopic or none.
II			Stellar or papillary pits.	Non-neoplastic.	Endoscopic or none.
III _s			Small tubular or round pits that are smaller than the normal pit	Neoplastic.	Endoscopic.

III _L			Tubular or roundish pits that are larger than the normal pits.	Neoplastic.	Endoscopic.
IV			Branch-like or gyrus-like pits.	Neoplastic.	Endoscopic.
VI			Irregularly arranged pits with type IIIs, III _L , IV type pit patterns.	Neoplastic (invasive).	Endoscopic or surgical.
V _N			Non-structural pits.	Neoplastic (massive submucosal invasive).	Surgical.

Classification de Sano

Classification de Sano (vascular pattern en NBI)



Classification de Sano

Se base sur le NBI et le ZOOM

Analyse les microvaisseaux entourant les glandes et presence de capillaires dilatés brunatres , branchés /maillés



RESECABILITE SANO

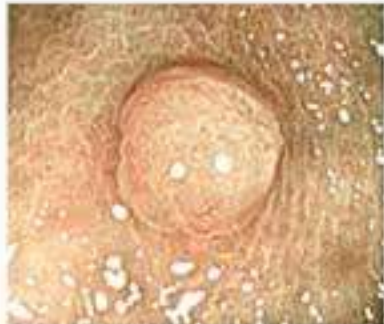




	I	II	IIIA	IIIB
Endoscopic Findings				
Histopathology	Meshed Capillary Vessels (-) Normal Hyperplastic Polyp	* Meshed Capillary Vessels (+) * Capillary Vessels Surround Mucosal Glands Adenoma M*	Meshed Capillary Vessels Characterized by Branching, Curtailed Irregularity & Blind Endings * Lack of Uniformity * High Density of Capillary Vessels Adenoma SM-Superficial**	* Nearly Avascular or Loose Microcapillary Vessels SM-Deep***
Treatment Strategy	No Treatment	Endoscopic Treatment (Polypectomy or EMR)		Surgical Treatment

*Intramucosal Cancer **SM Superficial Invasion (<1,000µm) ***SM Deep Invasion (>1,000µm)

Fig. 1. Sano's capillary pattern classification (CP classification) of early colorectal lesions using NBI.

Classification de Nice 2012

	Type 1	Type 2	Type 3
			
Couleur	Claire	Brune	Foncée ou noire
Vaisseaux	Absence (quelque fois lacis veineux à la surface)	Réguliers entourant les glandes	Irréguliers et quelquefois absents
Surface	Points sombre ou blancs, homogène	Structures tubulaires ou branchées	Zones de distorsion ou absence de motif
Histologie	Hyperplasique	Adénome DBG ou DHG	Adénocarcinome invasion sm

La classification de Wasp

SE CONCENTRE SUR LES ASPECTS
SPECIFIQUES DES LESIONS
FESTONNEES SESSILES

Aspect nuageux

Contours flous

Présence de mucus

Présence de points noirs

Au sein des glandes

Classification WASP: 4 critères évocateurs des festonnés

1) Aspect de nuage

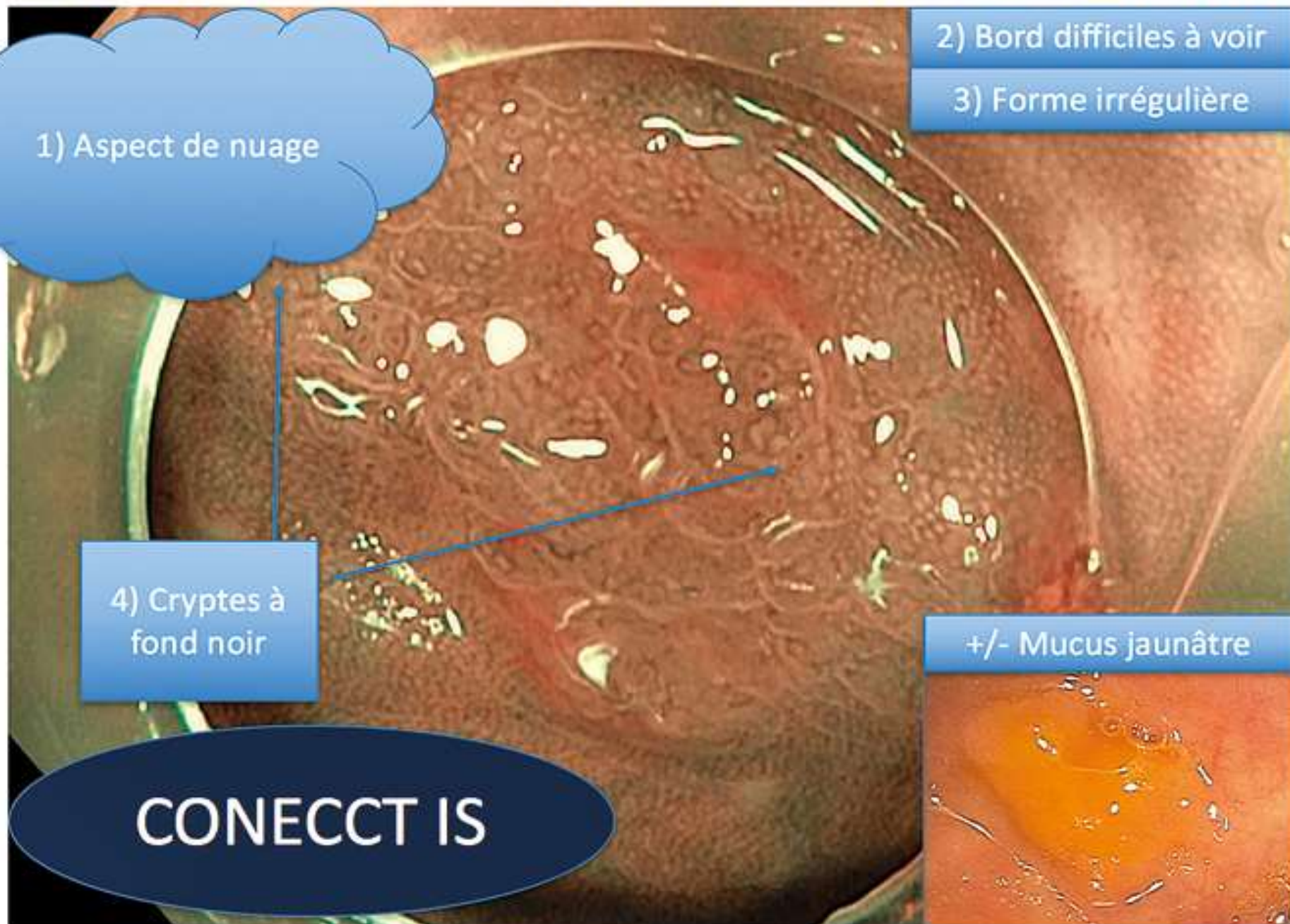
2) Bord difficiles à voir

3) Forme irrégulière

4) Cryptes à fond noir

+/- Mucus jaunâtre

CONECCT IS



Classification Basic

ADENOME

CRITERES MAJEURS

- **Puits allongés**
- **Vaisseaux péricryptiques**
 - **Non continus**

CRITERES MINEURS

- **Surface: irrégulière**
- **Distribution des puits: hétérogène, irrégulière**

POLYPE HYPERPLASIQUE






CRITERES MAJEURS

- **Absence de puits visibles**
- **Puits noirs**
- **Absence de vaisseaux**
- **Vaisseaux en lacis**

CRITERES MINEURS

- **Mucus: oui**
- **Surface: régulière**
- **Vaisseaux péricryptiques réguliers**
- **Distribution des puits :homogène**

Classification Conecct

CONECCT	IH Hyperplasique	IS Lésion festonnée sessile	IIA Adénome simple	IIC Adénome à risque ou cancer superficiel	III Adénocarcinome profond
Macro	Souvent petits <10 mm Surélevé IIa	Paris IIa ou IIb Limites imprécises en nuage ou en plateau	Paris Ip, Is Ou IIa Rarement déprimé	Souvent IIC Ou IIa + IIC Ou LST Non granulaire Ou macronodule (> 1cm) sur LST Granulaire	Souvent III Ou IIC avec composant nodulaire dans la dépression Saignements spontanés
Couleur (NBI ou équivalent)	Claire ou équivalente au background	Variable Mucus jaune (rouge en NBI)	Foncée par rapport au background	Foncée souvent	Hétérogène, foncées ou très claires par zones
Vaisseaux (NBI ou équivalent)	Absence de vaisseaux ou vaisseaux fins ne suivant pas les cryptes	Absents parfois Spots noirs au fond des cryptes rondes	Réguliers Suivant les cryptes allongées	Irréguliers mais persistants Pas de zone avasculaire	Irréguliers Gros vaisseaux interrompus Ou absents (zones avasculaires)
Cryptes (chromo virtuelle ou réelle)	Rondes Blanches	Cryptes rondes points noirs (NBI)	Allongées Ou Branchées Cérébriformes régulières	Irrégulières mais conservées Pas de zone amorphe	Absentes Détruites Ou irrégulières dans une zone délimitée (démarcation nette)
Réséction	Pas de réséction	EN BLOC RO si possible PIECE MEAL si non résécables En Bloc		EN BLOC RO (EMR ou ESD (>20 mm))	CHIRURGIE avec curage
					



RESECABILITE



NON RESECABLE

RESECABLE

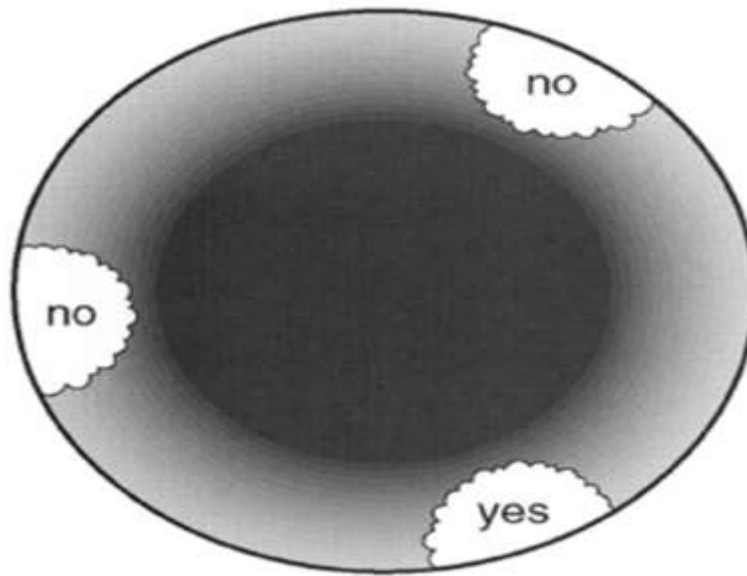


CHIRURGIE

ENDOSCOPIE

Possibilité locale

**Comment se
positionner ?**



Le polype doit être mis a 6 h

POSITIONNEMENT

Comment?

Rotation +++: épaules, poignets,
hanche

« Torquing »: mais +/- besoin
d'une aide

Changer patient de position

Insufflation/exsufflation

Utilisation de la rétrovision



Une fois qu'on est bien placé, on ne bouge plus et on insuffle plus

Conclusion

- La bonne pratique de l'endoscopie passe par la maîtrise de son endoscope et les instruments à utiliser
- La caractérisation de la lésion détectée représente l'étape cruciale pour la décision thérapeutique
- Bien connaître les différentes classifications endoscopiques permet d'optimiser la bonne décision
- Afficher les planches de classifications endoscopiques en salle d'endoscopie permet une courbe d'apprentissage rapide
- L'avis de l'expert reste un moyen à ne pas négliger pour l'optimisation de l'arbre décisionnel

MERCI