

# Caractérisation des polypes coliques

Dr BELKAHLA Reda

Service de Gastroentérologie et hépatologie, CHU Oran  
[mr.belkahla@yahoo.fr](mailto:mr.belkahla@yahoo.fr)



# INTRODUCTION

- ❑ La prise en charge des polypes transformés, pour être optimale, débute avant même que **la malignité ne soit affirmée par les anatomo-pathologistes** .
- ❑ Le choix de la stratégie thérapeutique (**endoscopie ou chirurgie**) et de la technique de résection endoscopique (**mucosectomie ou dissection sous-muqueuse**) se base sur **la prédiction de la malignité et du degré d'invasion** en se basant sur les données de la **caractérisation endoscopique** .

# Objectifs pédagogiques

- ❑ *Connaître les critères endoscopiques de transformation maligne*
- ❑ *Savoir différencier endoscopiquement cancer superficiel et profond*
- ❑ *Savoir choisir la technique de résection en fonction de la caractérisation*

## le dépistage DU CANCER COLORECTAL



Et surtout, ça sauve  
des vies!



Lili Sohm

# Coloscopie de dépistage



Locale

Régionale

## *POURQUOI?*



Info insuffisante

# 1-DETECTION DES POLYPPES



**HAUTE DEFINITION**

**2 000 000 pixels**



**CHROMOENDOSCOPIE  
VIRTUELLE**

**(NBI,FICE,BLI,ISCAN)**



**CHROMOENDOSCOPIE  
VIRTUELLE**

**AVEC ZOOM**

**↑ TDA**

## 2-CARACTERISATION DES POLYPES

Néoplasie?

*1-Diagnostic and leave , Discard and resect strategy*

*2-Détection des cancers sur polypes*

## 3-RESECABILITE DES POLYPES

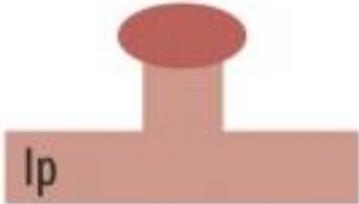
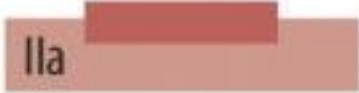
*Choix de la technique d'exérèse (EMR,ESD,chirurgie)*

## 4-PROCHAINE COLOSCOPIE?

*Prédiction de la coloscopie ultérieure*

Plusieurs classifications ....

**CLASSIFICATION DE PARIS**  
*Aspect macroscopique*

Classification de Paris		Risque de dégénérescence
 Ip	 Is	1 à 15 %
 Ila	 Ilb	4 à 6 %
 Ilc		30 à 75 %
 III		> 90 %

*Ip : lésion pédiculée ; Is : lésion sessile ; Ila : lésion plane et surélevée ;  
Ilb : lésion plane ; Ilc : lésion déprimée ; III : lésion ulcérée.*

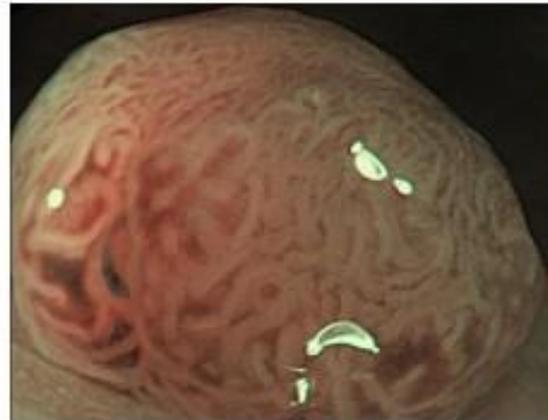
# CLASSIFICATION DE NICE

## NBI

	Type 1	Type 2	Type 3
Couleur	Identique ou plus claire que le tissu	Plus brun que le tissu	Brun ou noir, brun comparé au tissu, parfois des zones blanchâtres essaimées
Vaisseaux	Absence ou lacis de vaisseaux fins et réguliers	Gros vaisseaux bruns encerclant des structures blanches	Zones de vaisseaux très tortueux ou absents
Aspect des cryptes	Points sombres ou blancs de taille uniforme, ou absence d'anomalie de surface	Structures blanches ovales, tubulaires ou branchées entourées de vaisseaux bruns	Zones avec distorsion des cryptes ou cryptes manquantes
Histologie la plus probable	<b>Hyperplasique</b>	<b>Adénome</b>	<b>Cancer invasif avec atteinte de la sous-muqueuse</b>



Absence de traitement ou résection endoscopique



Résection endoscopique



Chirurgie

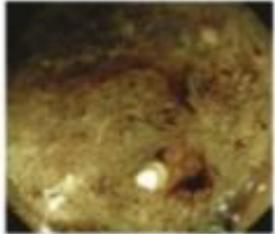
# CLASSIFICATION DE SANO

*Vaisseaux  
NBI+Zoom*

Fondée sur l'analyse des microvaisseaux (.La classification de Sano s'intéresse aux vaisseaux capillaires branchés des lésions coliques, en utilisant le NBI (Olympus, Japon) et la magnification.

Par extension, cette classification peut être utilisée avec le Blue Laser Imaging (BLI ; Fujifilm, Japon).

**Contrairement à la classification NICE, elle permet de différencier les lésions tumorales à envahissement sous-muqueux profond (IIIB) des lésions à envahissement sous-muqueux superficiel (IIIA).**

Types	I	II	IIIA	IIIB
Schémas				
Aspects endoscopiques				
Caractéristiques des capillaires	Pas de vaisseaux capillaires branchés (-)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vaisseaux capillaires branchés (+)</li><li>• Vaisseaux capillaires entourant les glandes</li></ul>	<p>Vaisseaux capillaires branchés caractérisés par des ramifications terminales, des branchements irréguliers</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vaisseaux hétérogènes</li><li>• Densité vasculaire élevée</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lésion quasi avasculaire ou micro-vaisseaux éparses</li></ul>

## CLASSIFICATION DE KUDO Pit pattern

- ❑ **Classification de Kudo** est fondée sur l'étude **de l'architecture glandulaire** des polypes, l'utilisation de la chromoendoscopie optique.
- ❑ Elle distingue les lésions non néoplasiques de type I ou II des lésions néoplasiques de type III ou V et permet d'estimer le degré d'envahissement en profondeur.

I		Aspect normal des glandes		Muqueuse normale
II		Aspect en astéroïde des glandes		Architecture glandulaire régulière : → lésion intramuqueuse
III <sub>s</sub>		Aspect tubulisé des glandes, mais de plus petite taille que le type I		
III <sub>l</sub>		Aspect tubulisé des glandes, mais de plus grande taille que le type I		
IV		Aspect cérébriforme des glandes		
V <sub>i</sub>		Zone irrégulière associant différents types d'architecture glandulaire III <sub>s</sub> , III <sub>l</sub> ou IV		Architecture glandulaire irrégulière : → lésion muqueuse et sous-muqueuse
V <sub>h</sub>		Perte ou diminution de l'architecture glandulaire		Absence d'architecture glandulaire : → lésion muqueuse et sous-muqueuse

# Pourquoi une nouvelle classification?

## Polypes dentelés festonnés (épidémiologie )

- ❑ *1426 coloscopie de prévention*
- ❑ *TDA :29,4 % adénome avancé : 8,8 %*
- ❑ *Carcinome : 0,3 % (8/1426)*
- ❑ **1782 polypectomie : 44% adénome**



*42 % polype dentelé ou festonné*

*-85% polype hyperplasique*

*-14,9 % SSA/P (sessile serrated adenoma polype ) :*

*surveillance endoscopique comme un adénome*

# Classification de WASP

Polype colorectal

Présence d'un des critères suivants :

- Couleur brune comparativement à l'environnement
- Vaisseaux bruns entourant des structures blanches
- Aspect en surface tubulaire, ovalaire ou ramifié

Non

Type 1  
=NICE 1

Oui

Type 2  
=NICE 2

Deux des critères suivants

Aspect de nuages en surface

Contours flous

Forme irrégulière

Points sombres au sein des cryptes

Deux des critères suivants

Aspect de nuages en surface

Contours flous

Forme irrégulière

Points sombres au sein des cryptes

Non

Polype hyperplasique

Oui

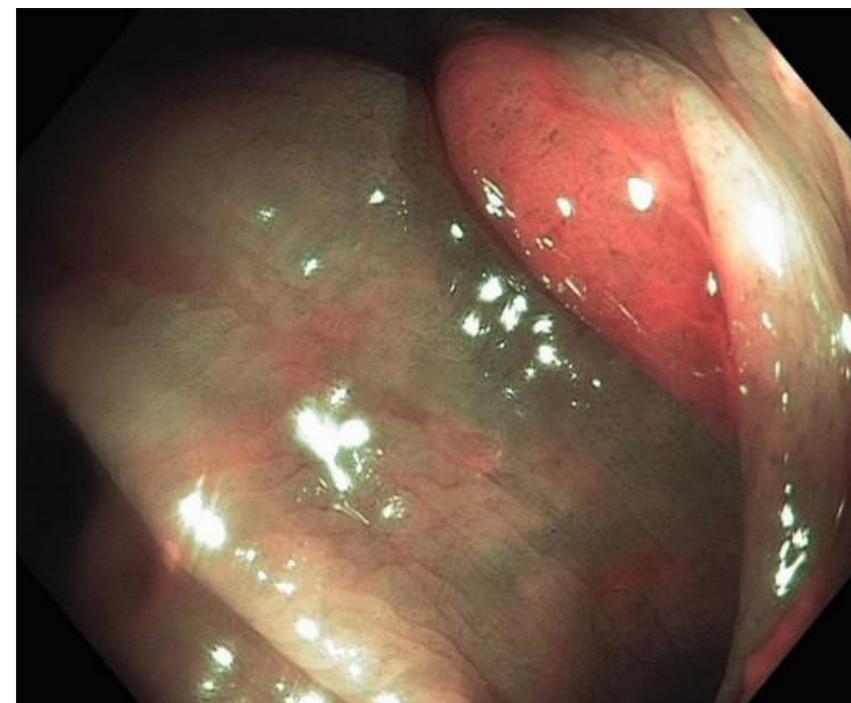
Polype sessile festonné

Non

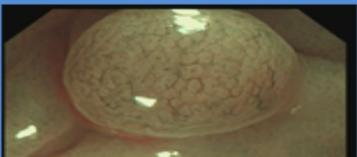
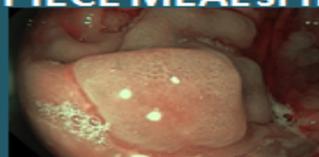
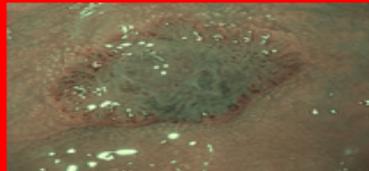
Oui

Adénome

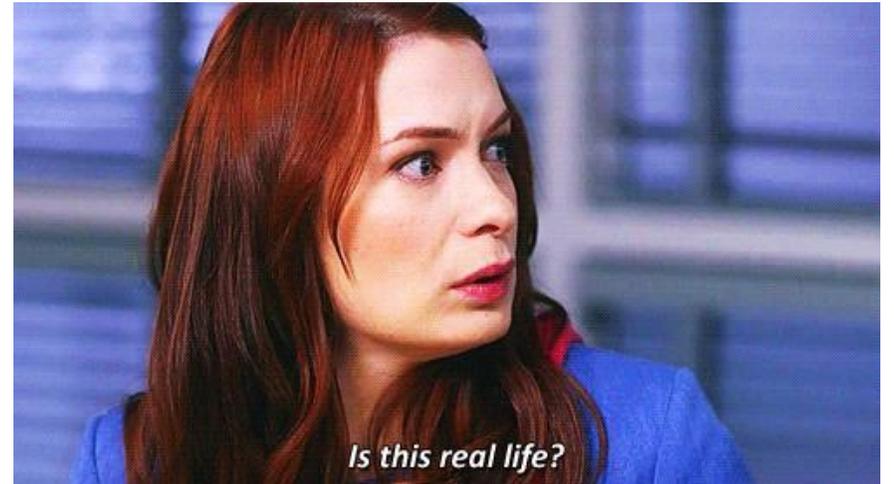
(sessile serrated adenoma )



# CLASSIFICATION CONNECT

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 <u>Ila</u>	Paris <u>Ila</u> ou <u>Ilb</u> Limites imprécises en nuage ou en plateau	Paris <u>Ip</u> , <u>Is</u> Ou <u>Ila</u> Rarement déprimé	Souvent <u>Ilc</u> Ou <u>Ila</u> + <u>Ilc</u> Ou LST Non granulaire Ou <u>macronodule</u> (> 1cm) sur LST Granulaire	Souvent III Ou <u>Ilc</u> avec composant nodulaire dans la dépression <b>Saignements spontanés</b>
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	<b>Réguliers</b> Suivant les cryptes allongées	<b>Irréguliers mais persistants</b> Pas de zone <u>avasculaire</u>	<b>Irréguliers</b> Gros vaisseaux interrompus Ou absents (zones <u>avasculaires</u> )
Cryptes (chromo virtuelle ou réelle)	Rondes Blanches	Cryptes rondes points noirs (NBI)	Allongées Ou Branchées <u>Cérébriformes</u> <b>régulières</b>	<b>Irrégulières mais conservées</b> Pas de zone amorphe	<b>Absentes</b> <b>Détruites</b> Ou irrégulières dans une zone délimitée (démarcation nette)
Résection	Pas de résection 	<b>EN BLOC R0 si possible</b> <b>PIECE MEAL si non résecables En Bloc</b>  		<b>EN BLOC R0</b> (EMR ou ESD (>20 mm)) 	<b>CHIRURGIE</b> avec curage 

"REAL LIFE?..."



# Quelles sont les performances des gastroentérologues

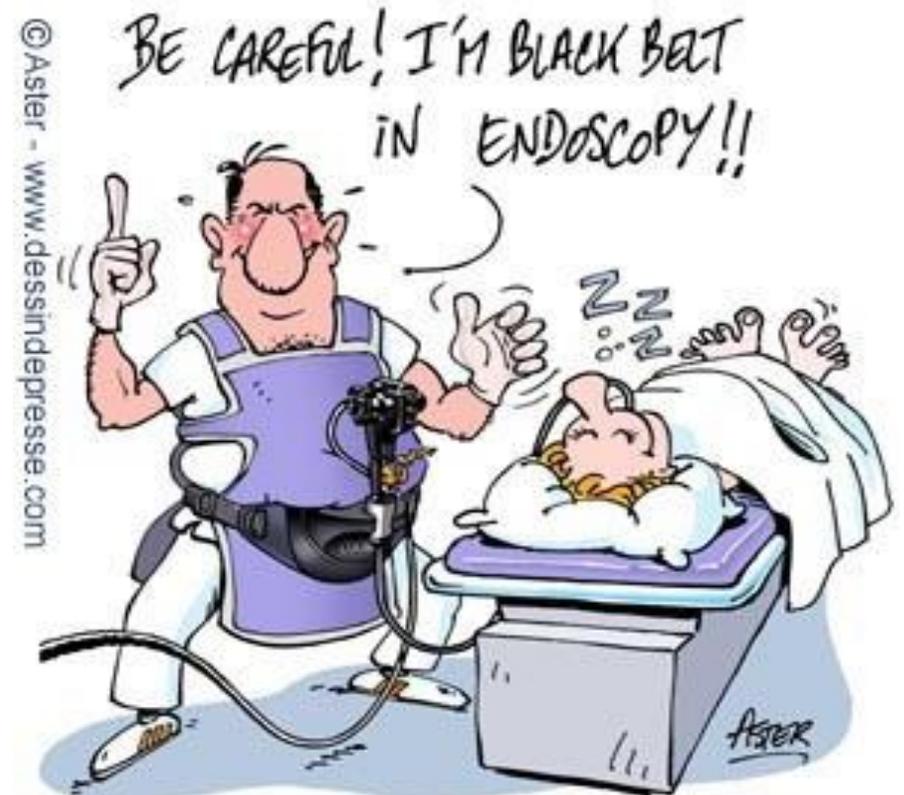
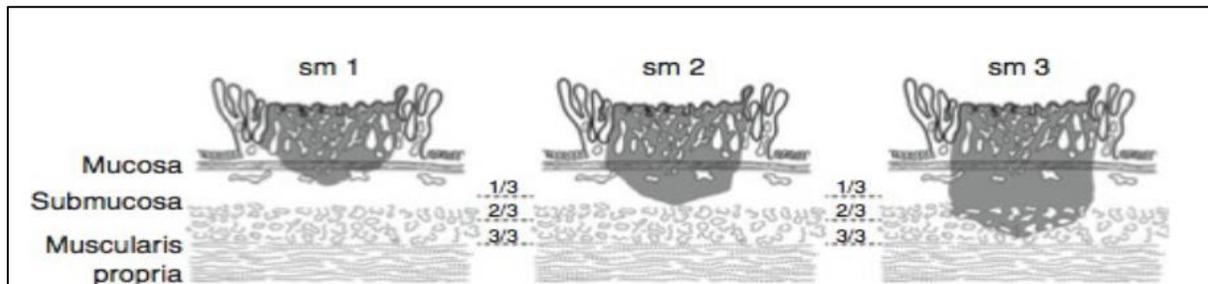
*Risque de cancer au cours des polypes?*

*Comment le reconnaître au cours de l'examen endoscopique?*

*-De repérer des signes évocateurs de cancers ?*

*-De déterminer des signes évocateurs de cancers avec atteinte de la sous muqueuse profonde et donc de choisir le traitement le plus adapté :*

*-Risque ganglionnaire > 10 % Non résecabilité Carcinologique par endoscopie*

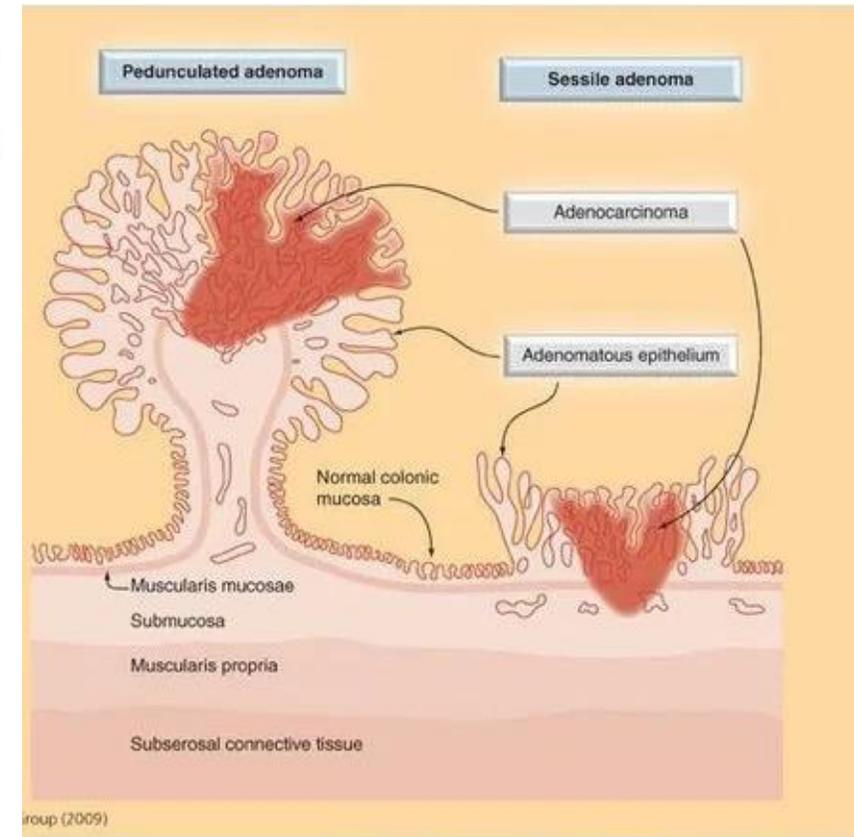
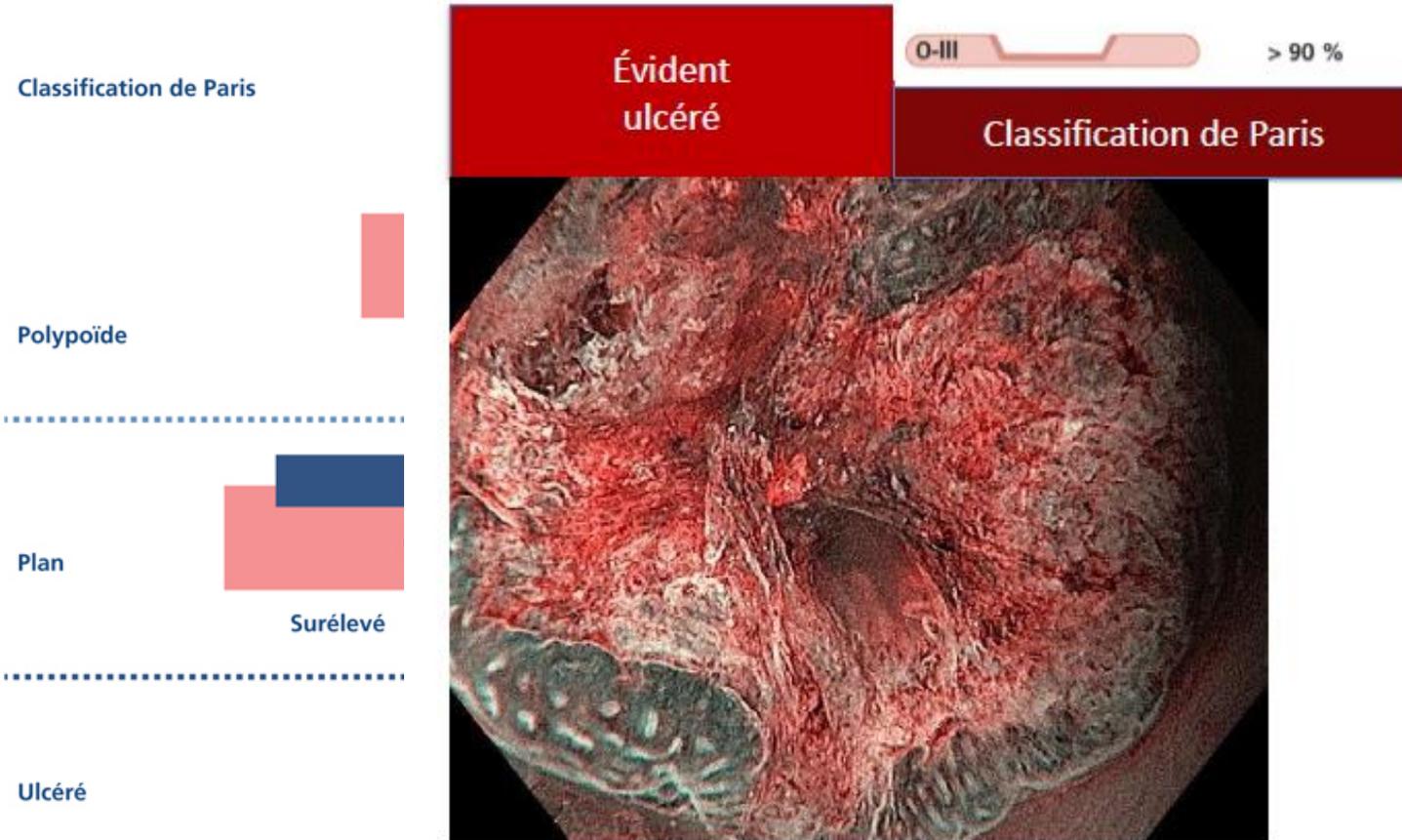




**MAIS COMMENT**

*on va faire?*

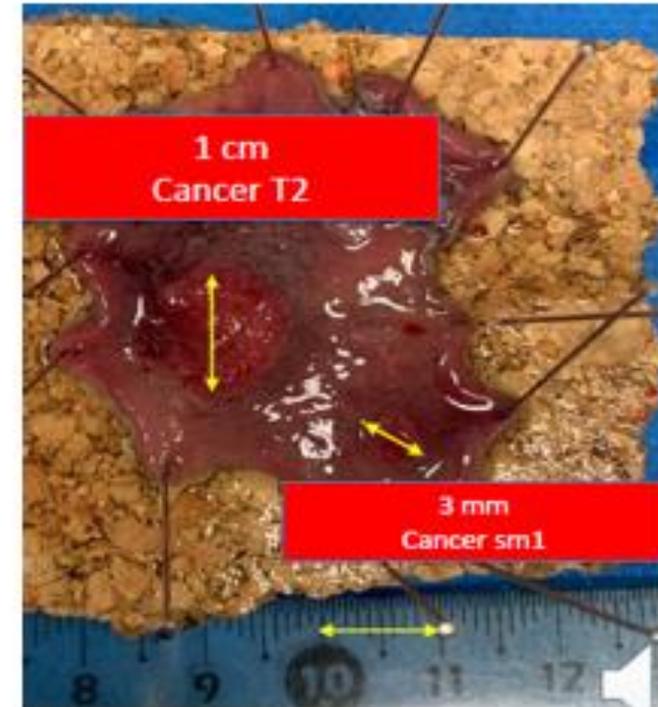
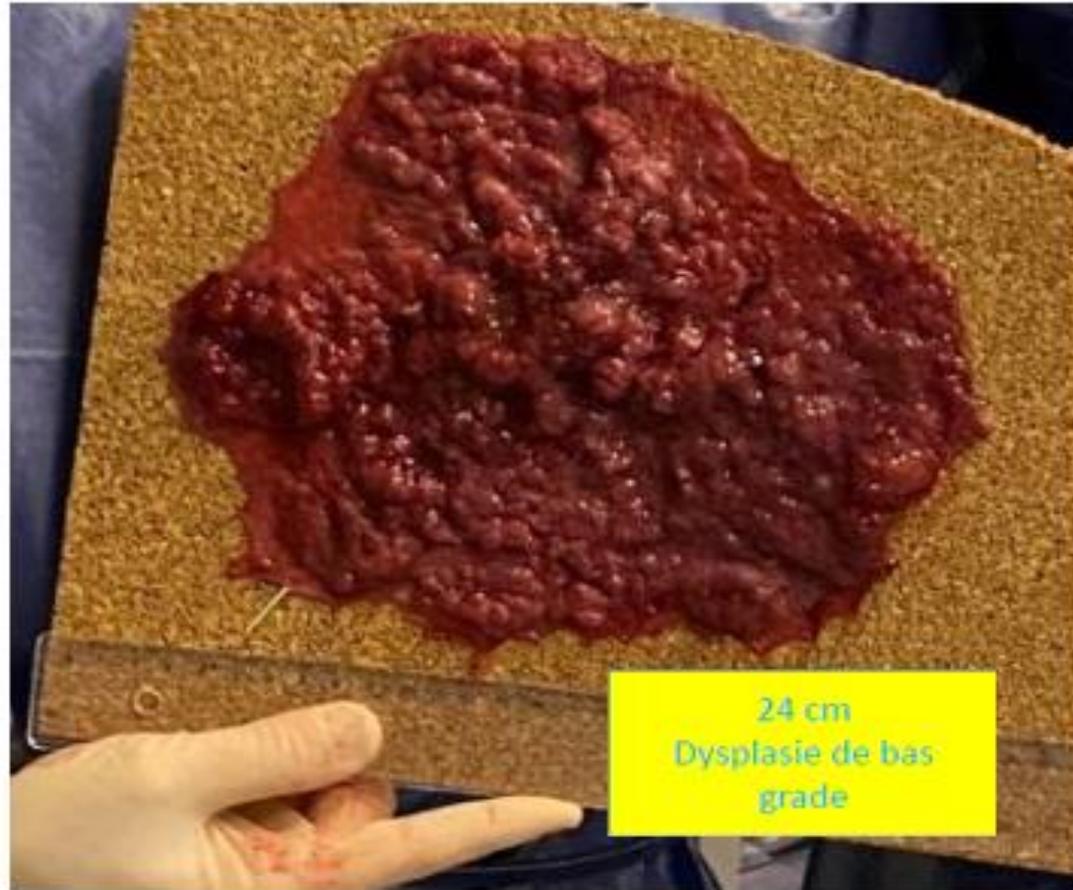
# 1-Classification de Paris



- ❑ Des qu'une lésion est déprimée vous devez faire très attention
- ❑ Si la lésion est ulcérée >> chirurgie

## 2-Taille

La taille ne prédit pas l'histologie !



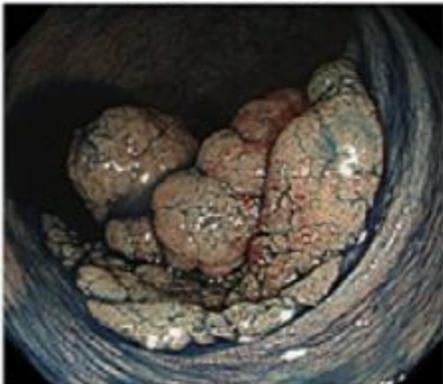
# 3-Classification LST ( Laterally spreading tumors )

LST-G

LST-G-H

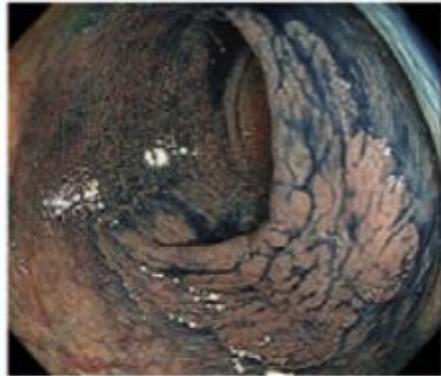


LST-G-M



LST-NG

LST-NG-F

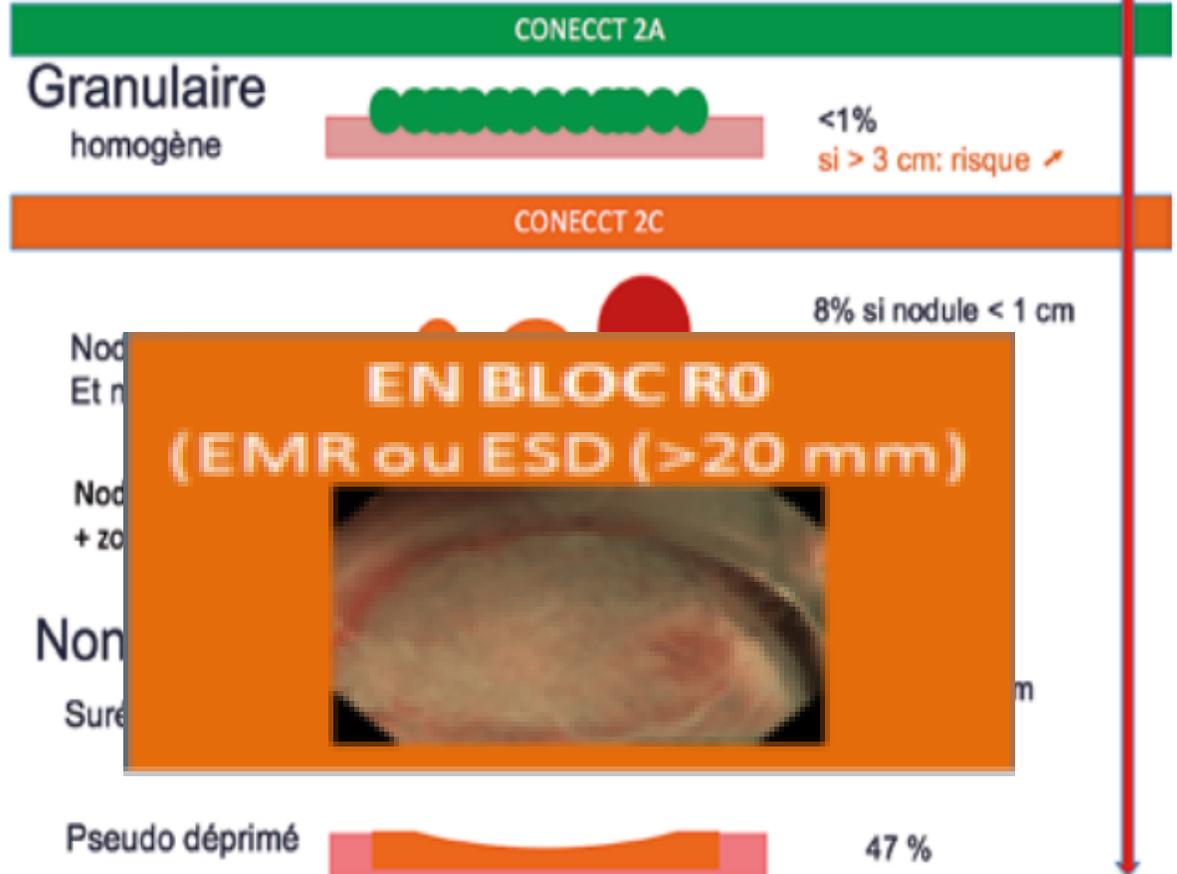


LST-NG-PD



## Types de LST

Risque d'invasion profonde



## 4-Quels signes endoscopique faut il rechercher ?



Dépression



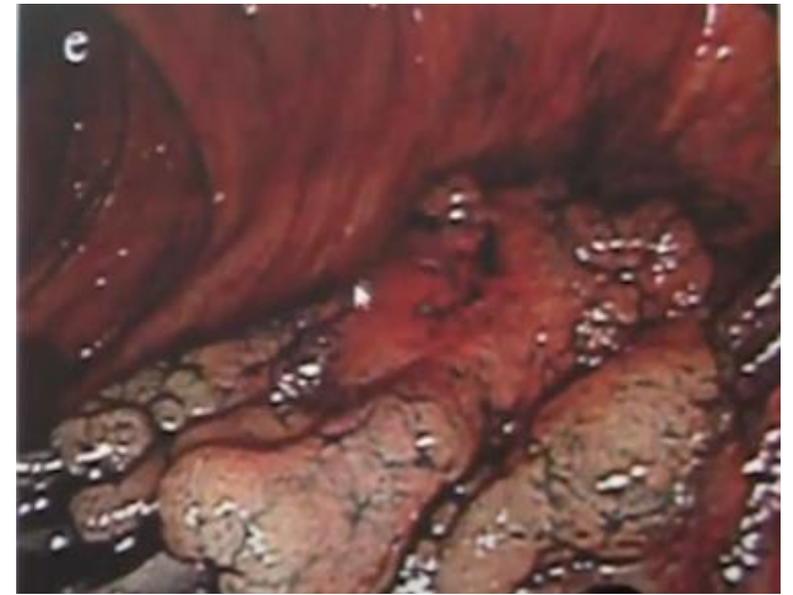
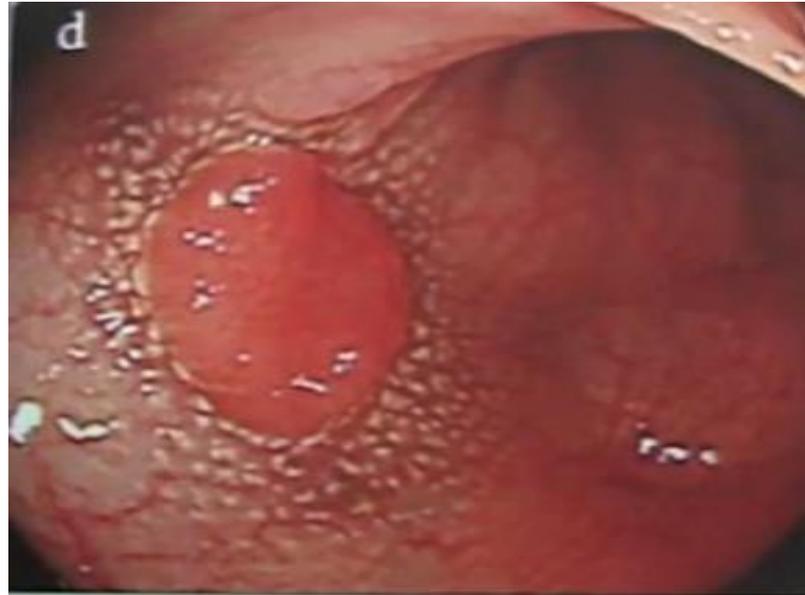
Convergence des plis



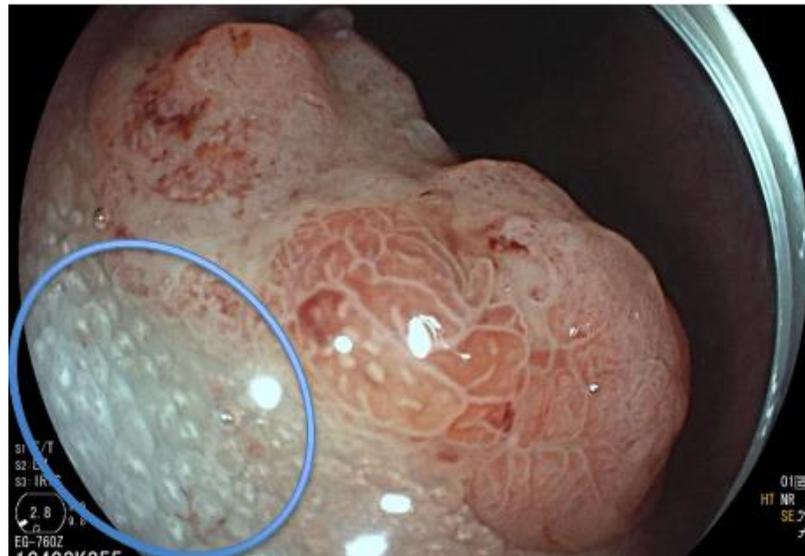
Irrégularités à la surface

## 4-Quels signes endoscopique faut il rechercher ?

Signe en peau de poulet



Rougeur





Perte de lobulation



Pied épais



Aspect infiltré du pied



# Muqueuse colique normale

*Lisse ,sans irrégularité*

*Absence de capillaires*

*Présence d'un fin réseau vasculaire régulier*



# Polype hyperplasique

*Pas de capillaire visible (Sano I)*

*Couleur identique ou plus pale que la muqueuse normale*

*Structure régulière*

*Limite nette (Type I WASP)*

IH  
Hyperplasique



# Polype dentelé (ou sessile serrated adenoma SSA/P)

IS  
Lésion festonnée  
sessile

## *4 critères : WASP*

*1- Aspect de nuage surface nuageuse*

*2- Bord difficile à voir*

*3-Forme irrégulière*

*4-Points noirs (Dark spots) au sein des orifices des glandes*

*Vaisseaux veineux branchés tortueux de couleur verte foncée en BLI*

*Avec magnification (80 % des polypes dentelés)*

*-Cryptes distendues, inconstantes mais typiques*



# Adénome (Sano II )

*Présence de capillaires bien visible  
,bruns, fins, réguliers  
Entourants des structures blanchâtres  
tubulaires, ovales ou branchées.  
Calibre des Vaisseaux homogène  
Structure dessinée par les vaisseaux  
régulière*

IIA  
Adénome  
simple



# Adénome tubulo-villeux en Dysplasie

*Réseau capillaires fins mais plus irréguliers*

*Entoure des structures tubulaires .*

*Limites sont nettes*

IIC

Adénome à risque ou  
cancer superficiel



# Adénome avec Dysplasie (Sano IIIa, sous muqueux superficiel )

*Réseau capillaires organisé mais anormal par endroit*

*Vaisseaux de calibre irrégulier .  
Zones où le réseau capillaire est augmenté*

IIC

Adénome à risque ou  
cancer superficiel



Adénome avec Dysplasie (Sano IIIb, sous muqueux profond (>1000 um ))

*Présence de Vaisseaux larges, irréguliers .  
Zones blanchâtres avasculaires  
Zones avec des vaisseaux anarchiques*

III  
Adénocarcinome  
profond





Polype



Je réseqe



Collègue



Chirurgien

# ÉTAT DES LIEUX



20,2% des polypes >2cm  
adressés pour chirurgie

Le Roy et al. Endoscopy  
2016; 48: 263-270

- 11,8% tt polype 2012
- 1% en 2017



6,7% nécessite chirurgie pour  
raisons carcinologiques

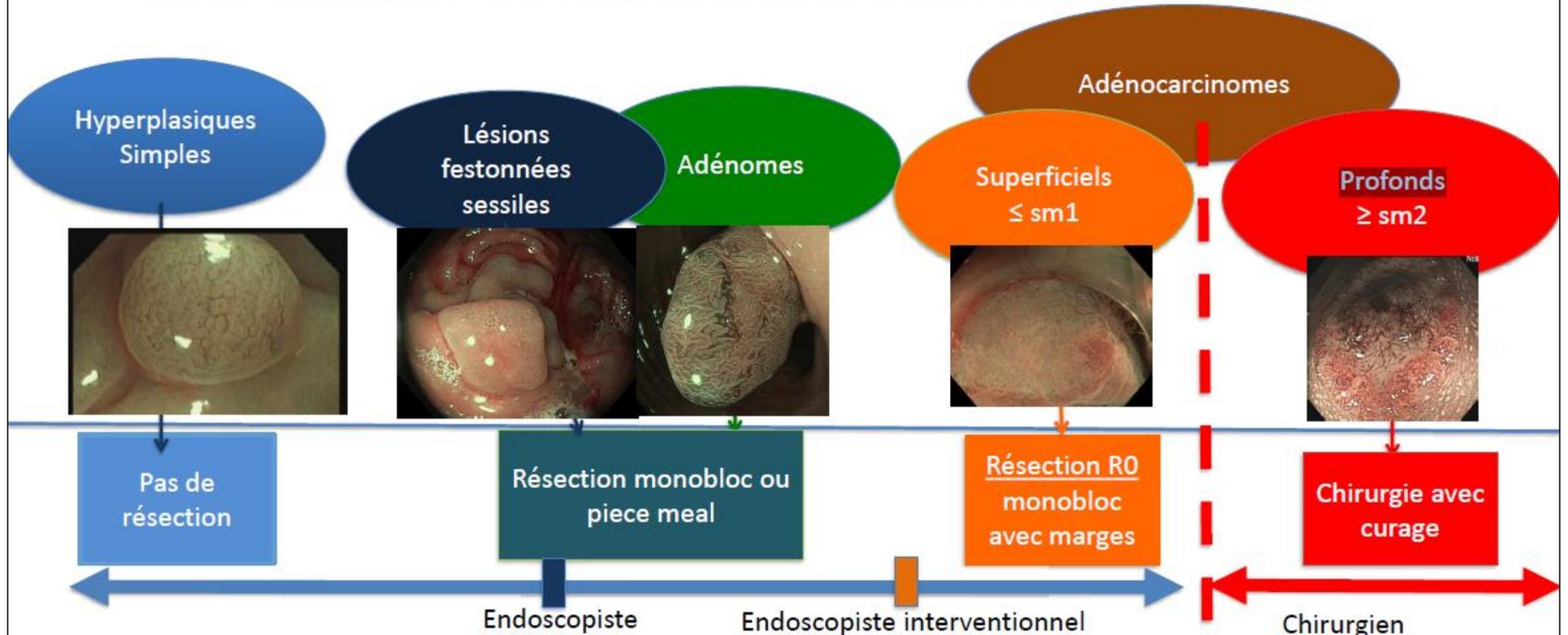
Moss A, et al. Gut 2014;0:1-9



# Conclusion

## Caractérisation

- Compte rendu précis avec classification de Paris et taille en mm



# Points forts

- ❑ **La caractérisation endoscopique** est la technique la plus efficace pour prédire l'**histologie** et choisir la meilleure **stratégie thérapeutique**.
- ❑ **La résection endoscopique**, moins morbide que la chirurgie, est le traitement de choix des lésions transformées superficielles à très bas ou à bas risque d'évolution métastatique ganglionnaire.
- ❑ La double expertise endoscopique/anatomopathologique est déterminante pour la bonne prise en charge des patients.