

Prise en charge des polypes réctocoliques

Du bénin au malin

A propos de 2 cas

Dr M. BOUCHENE

Gastro libéral Alger

3 ° congrès MINDAR
Alger le : 7 – 8 novembre 2025

□ Intérêt de la question :

- Fréquence +++
- Potentiel évolutif
- RCP : parfois ESGE 2024

- **Cas n° 1**
- femme de 54 ans
- SII avec trouble du transit récent +++
- Ex clinique : normal
- Biologie standard : normale .
- Echographie abdominopelvienne et gastroscopie sans particularité .

- Age > 50 ans
- Trouble du transit récent ,

CAT : **Coloscopie sous sédation**

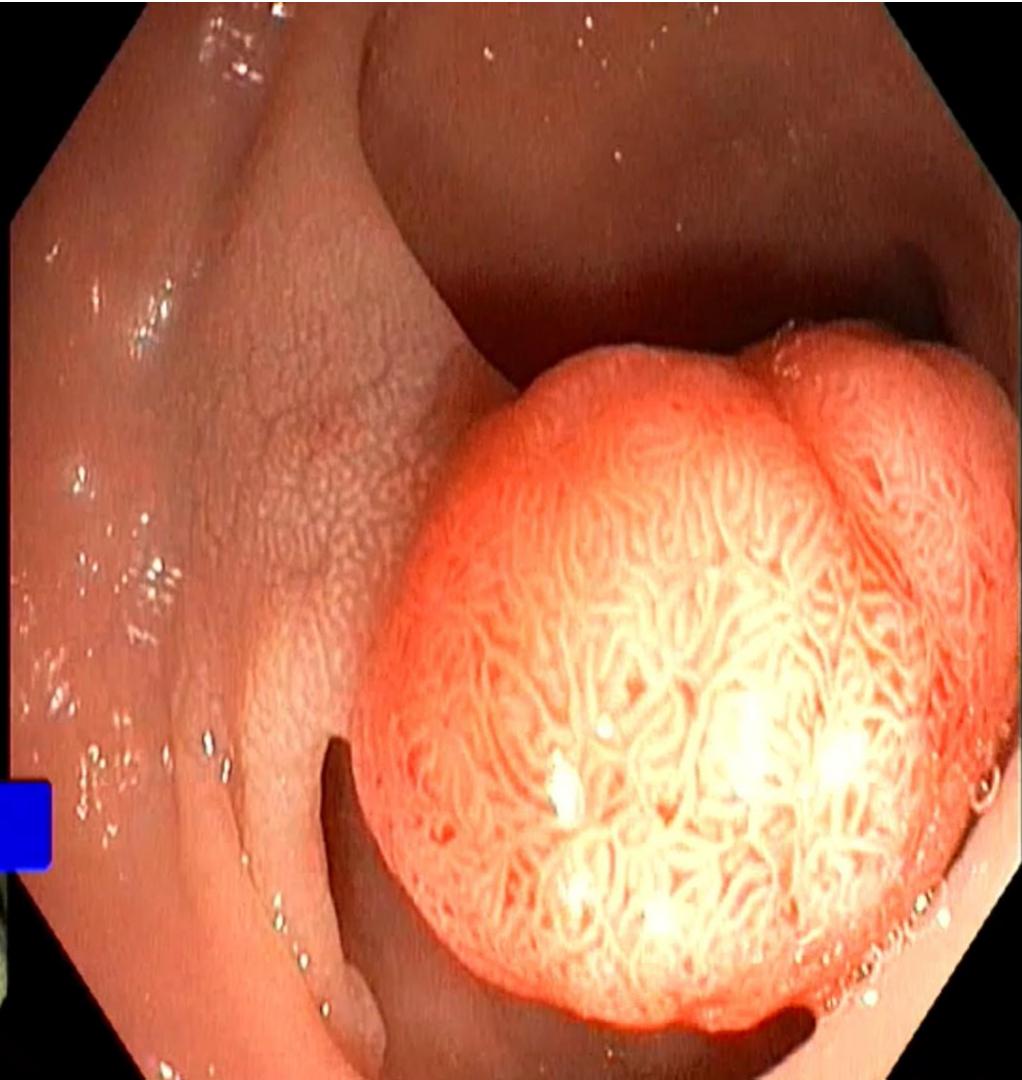
ID:
Name:

Sex: Age:
D.O.B.:
09/12/2021
11:02:30

■■■/■■■(18/19)
Eh:A3 Cmt:1

Comment:

DF is not connected E402
Connect DF



- Classification de PARIS : 0-1p
- Classification JNET 2A

- **Anapath** : Adénome tubulo villeux
en DBG

Classification **HAGGITT** si polype dégénéré !!

- Coloscopie de contrôle: 3 – 5 ans
ESGE Guidelines , Endoscopy 2024

- - Coloscopie 03 ans après: normale
- - Coloscopie de dépistage des apparentés du 1er degrés +++

Ne pas l'oublier !!

- **CAS N°2**
- Femme , 52 ans .
- Atcd personnels ou familiaux : RAS
- **Motif :** Constipation + Ballonnement
- Examen clinique : normal, TR :normal
- Biologie : nfs , crp Tsh sans anomalies

- Age > 50 ans
- Constipation

Coloscopie = Gold standard

Détection :

- Dolichocôlon
- Lésion du sigmoïde : **LST ?**

Lesion du sigmoide : type ?



Vision optique

Caractérisation :



Chromoscopie virtuelle

- Classification de Paris
- Classification des LST
- Classification de Kudo
- Classification de NICE
- Classification WASP
- Classification BASIC
- Classification JNET



La "CONECCT" qui nous connecte

Classification CONECCT : Une pour toutes, toutes pour une ?

5 types de lésions : diagnostic

HYPERPLASIQUE SIMPLE

- Nice 1: plus clair, cryptes rondes

CONECCT 1H



LÉSIONS FESTONNÉES SESSILES

- Wasp: mucus, point noirs, aspect nuage, bords irréguliers

CONECCT 1S



ADÉNOME SIMPLES

- Nice 2: plus foncé, vaisseaux suivant cryptes allongées régulières

CONECCT 2A



ADÉNOCARCINOMES SUPERFICIELS MAIS AVEC INVASION POSSIBLE OU PROBABLE

- Aspect 0-IIc de Paris
- LST NG > 20 mm ou LST G > 30 mm
- Pit pattern Vi de Kudo
- Vaisseaux irréguliers mais de petites tailles Sano 3 a

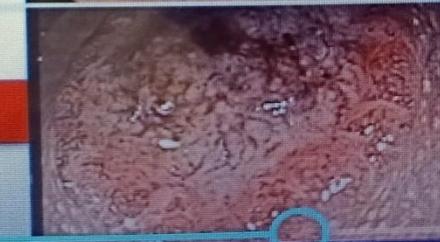
CONECCT 2C



ADÉNOCARCINOMES PROFONDS

- Ulcérés type III de Paris
- Absence de pit pattern (Kudo Vn)
- Zones avasculaires ou gros vaisseaux irréguliers (Sano 3b)

CONECCT 3



Quoi faire ?

- Décision : chirurgie ? ou TRT endoscopique ?
- Choix de la technique :
EMR ?
ESD ?
- En cas de doute, ne pas hésiter à envoyer les photos aux experts pour avis : RCP

➤ Classification du Polype :

- SANO IIIA
- CONNECCT 2A _ 2C .
- JNET 2 B

➤ Décision thérapeutique :

- Mucosectomie +++ EMR

ID:

Name:

Sex: Age:

D.O.B.:

09/12/2020

13:13:56

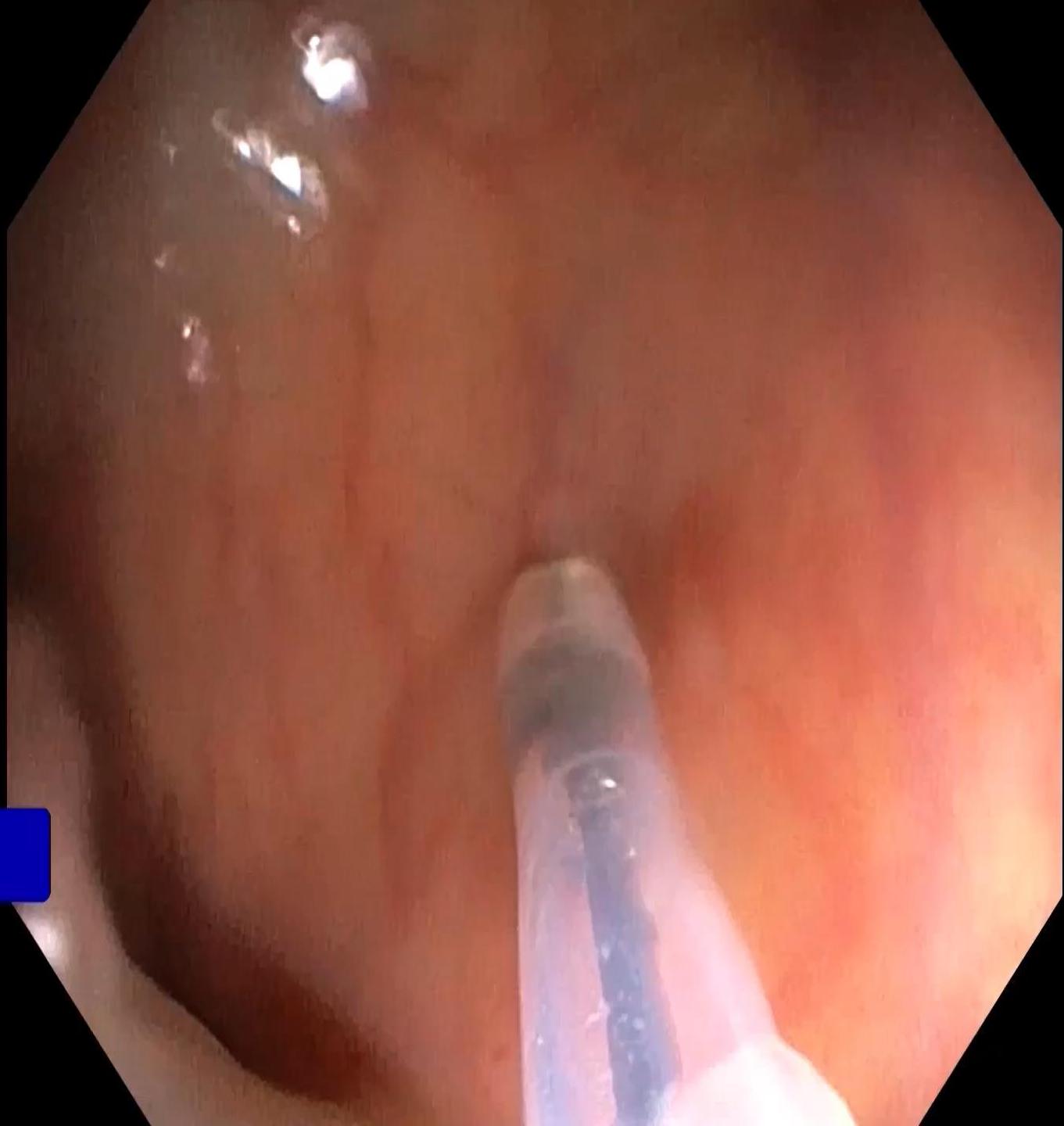
■■■/■■■(152/153)

Eh:A3 Cm:1

Comment:

DF is not connected E402

Connect DF



Anapath:

- Adénome tubulovilleux en DHG + contingent de carcinome intra-muqueux +++
- Pas d' infiltration de la sous muqueuse +++
- Relecture des blocs par un anapath référent = même constat.
- Résection complète : R0

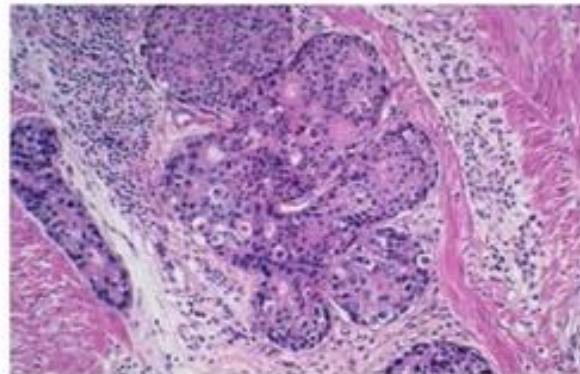
Quelle classification après résection ? L'analyse anatomo-pathologique !

1/ Classification japonaise

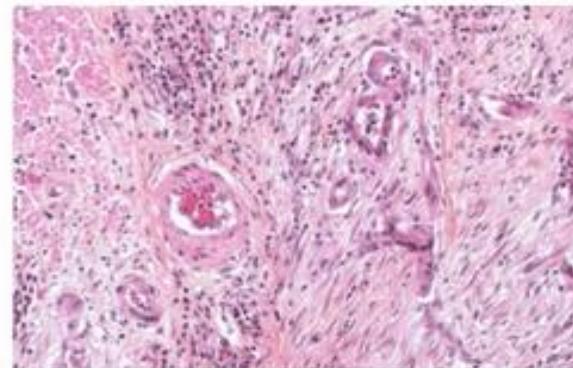
Invasion sm

>1000 microns

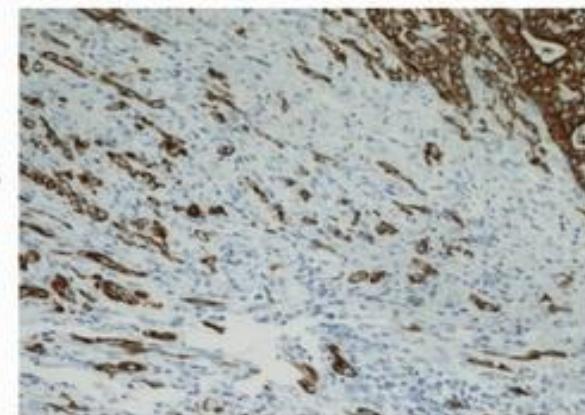
Muqueuse



2/ Caractère peu différencié



3/ Emboles lymphatiques

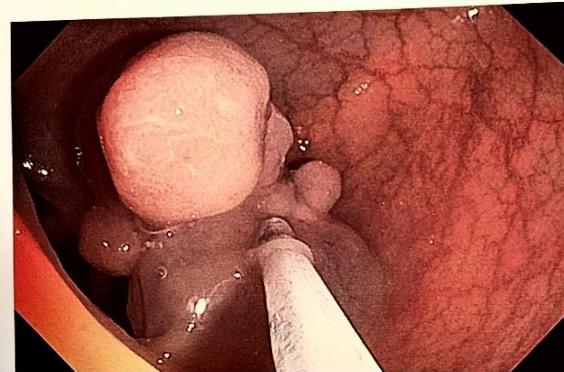
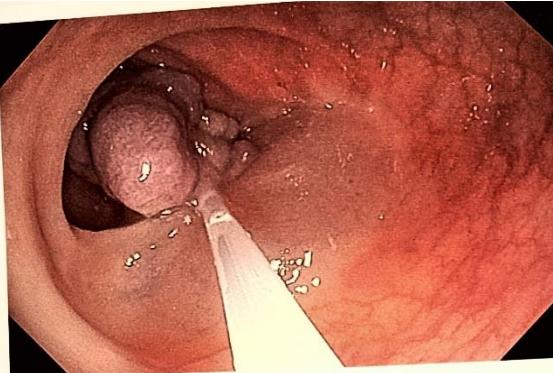


4/ Budding

Contrôle post Procédure :

- Recommandation internationale : Contrôle 3 à 6 mois après la résection d'un polype dégénéré
- Coloscopie faite 08 mois après résection = cicatrice totale .
- RDV Prochaine coloscopie : Dans 03 ans .
- Dépistage des apparentés du 1^{er} degré = **infos à la patiente +++**

Compte rendu détaillé et photodocumenté de la coloscopie .



Take home messages

- 1/ Il ne sert à rien de biopsier une lésion colorectale en dehors des lésions qui se présentent comme un cancer relevant manifestement d'une résection chirurgicale
- 2/ Toute lésion colorectale doit faire l'objet d'une description de localisation, de taille, de relief selon la classification de Paris ainsi que d'une photo dans le compte-rendu d'endoscopie
- 3/ L'utilisation d'endoscopes avec zoom permet d'augmenter d'environ 10 à 20% sa capacité à prédire correctement l'histologie d'une lésion colorectale
- 4/ L'avis d'expert reste le meilleur juge des possibilités de résection endoscopique, notamment sur la base d'une ou plusieurs photos (surtout pas de biopsie ni tentative de résection préalable !)
- 5/ En cas de cancer superficiel, le compte-rendu histologique doit permettre d'appliquer la classification japonaise des cancers superficiels afin de préciser si la résection peut être classée R0 ou non

The closing remark

A good quality of endoscopic resection reduces the need for surgery tomorrow

Thank you for listening