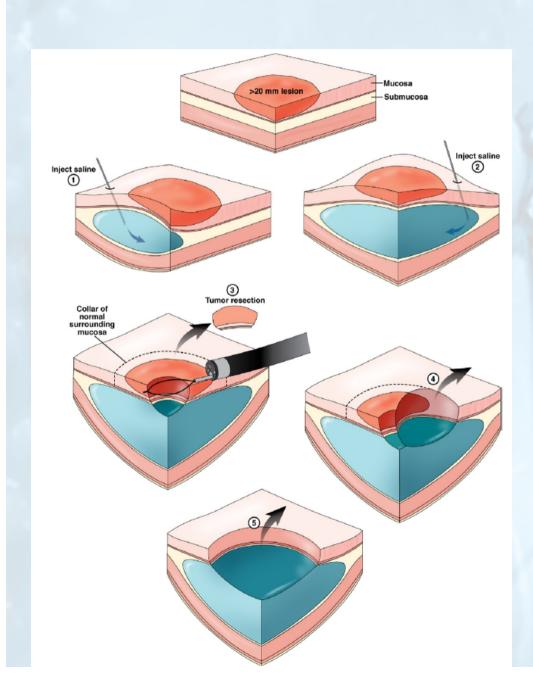
COMMENT JE FAIS UNE MUCOSECTOMIE COLIQUE?

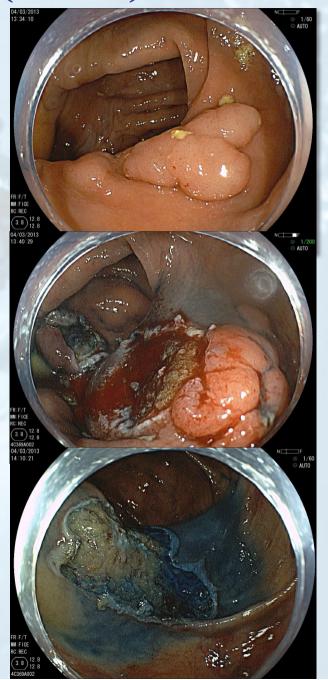
Professeur Stanislas Chaussade
Hôpital Cochin – Université René
Descartes – Paris
stanislas.chaussade@cch.aphp.fr

QUELQUES DEFINITIONS

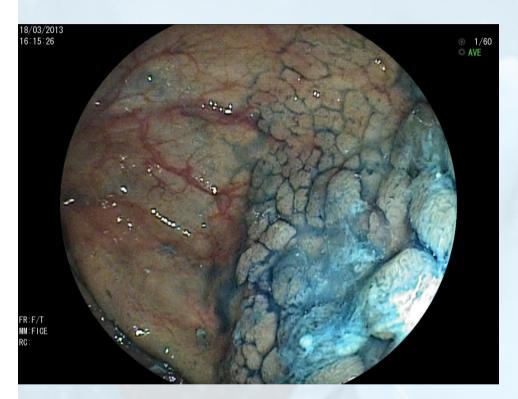
- EMR: mucosectomie
- pEMR : mucosectomie en plusieurs fragments
- ESD : dissection endoscopique
- LST: Lateral Spread Tumor ("tumeur villeuse")
- T1sm : cancers avec atteinte de la sous-muqueuse
- Résection "en bloc" : 1 seul fragment
- Résection "en bloc" R0 : 1 fragment avec absence d'adénome ou de carcinome sur les marges latérales et profondes de la résection à l'examen anatomopathologique
- Résection "en bloc" R0 "curative": résection en bloc R0 associée avec l'absence de signes histologiques prédictifs de métastases ganglionnaires

MUCOSECTOMIE (EMR)

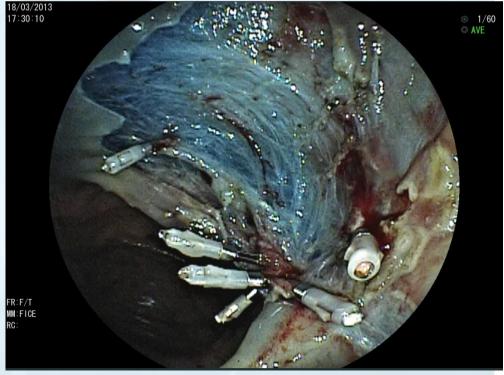




MUCOSECTOMIE EN PIECE MEAL



"il n'y a pas de limites de taille à la pEMR"



LA MUCOSECTOMIE EN FRANCE: L'ETUDE OMEGA

• 241 endoscopistes

EMR colon/rectum : n = 1 210

- Nb médian d'EMR: 7
 - Taille:

```
• < 1 cm : n = 273
```

• 1-2 cm: n = 547

• 2-4 cm: n = 275

• > 4cm : n = 87

- Résection en bloc : 73%
- R0 en bloc résection : 73% des résections en bloc vs 43% si piecemeal EMR
- 18/1210 (1.5%) avec un cancer T1sm
- Complications: 5% dont perforation: 7/1 210 (< 1%)
- Chirurgie: 2.9%

LES DIFFERENTS TEMPS DE LA MUCOSECTOMIE: 5 Questions à se poser ?

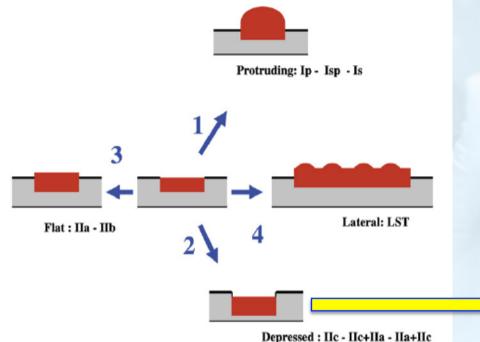
- 1. Quel est le risque de cancer avec atteinte de la sous muqueuse (T1sm)?
- 2. Les marges de la lésion sont elles bien visibles ?
- 3. Quelle technique d'injection utilisée?
- 4. Quelle technique de résection utilisée ?
- 5. Comment prévenir les complications?

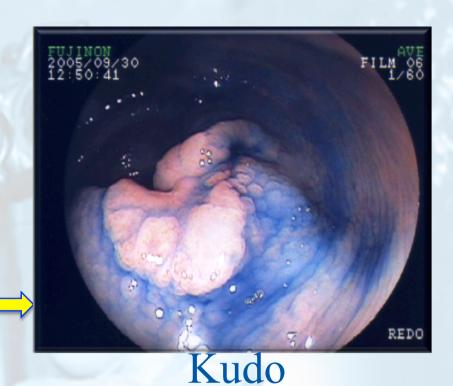
1-QUEL EST LE RISQUE DE CANCERS T1sm: rôle de l'endoscopie

- Classification de Paris
- Classification des LST
- Kudo et Vascular pattern
- Signe du décollement

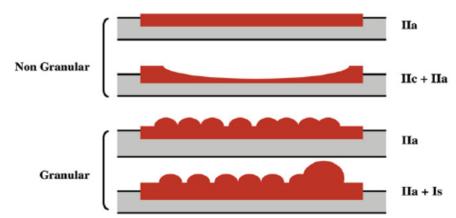
ASPECTS ENDOSCOPIQUES

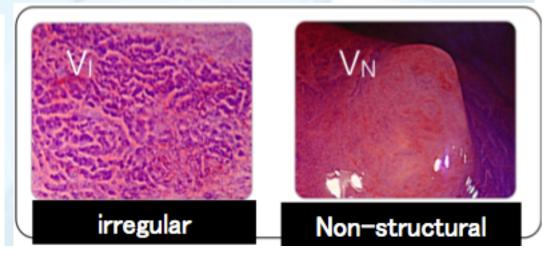
Classification de Paris



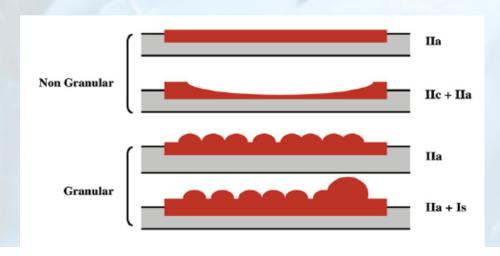


Classification des LST



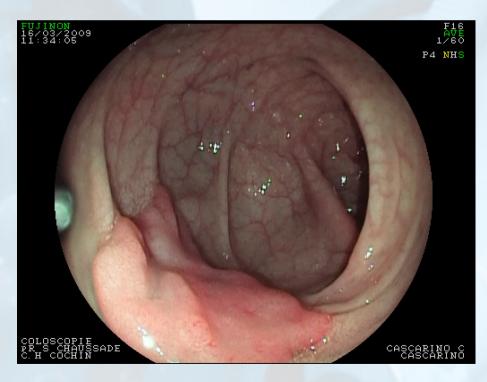


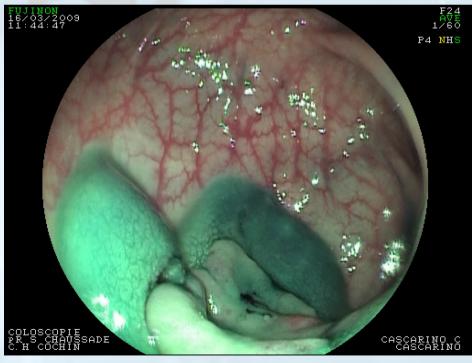
Laterally spreading tumor Mixed nodular type Homogeneous type 0.9% Granular type (LST-G) Flat elevated type Pseudo depressed type 6% Non-granular type (LST-NG)



SIGNES DU DECOLLEMENT

IIa + IIc





2-IDENTIFICATION DES MARGES LATERALES 19/03/2013

- HD
- Chromoendoscopie
 - Electronique
 - Indigo carmin stérile
 - Sur la lésion
 - Dans le liquide



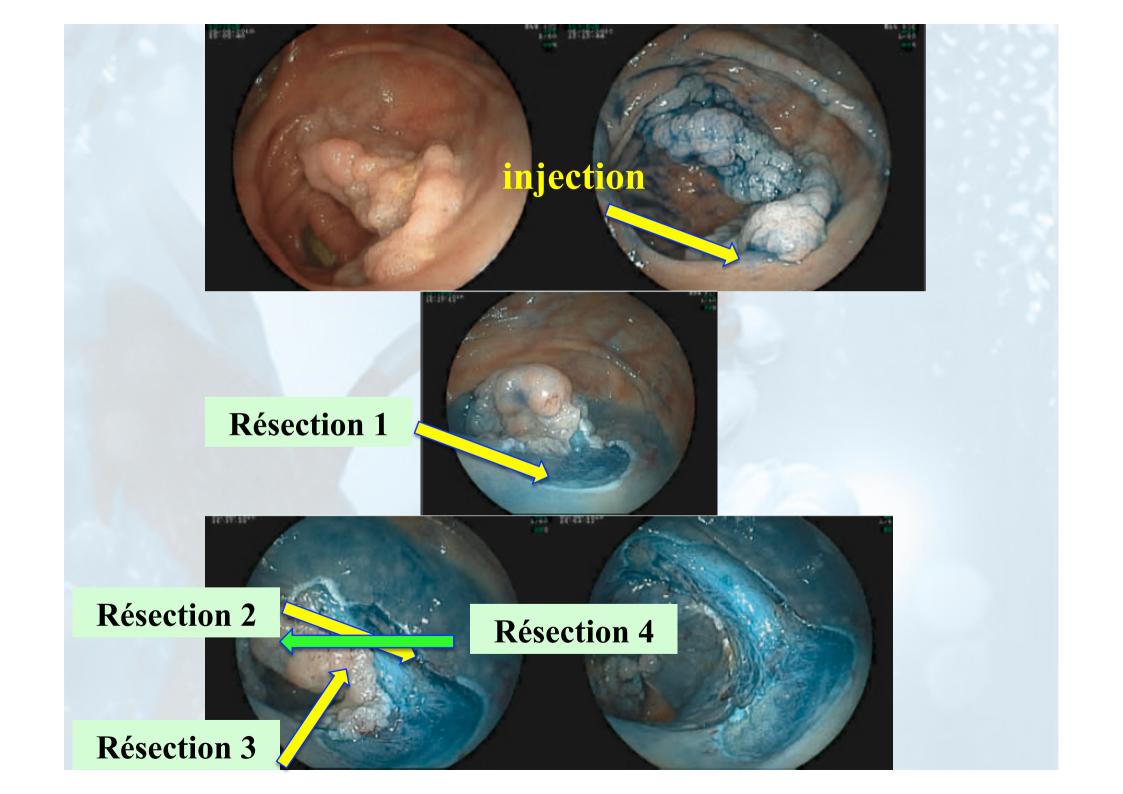


3-QUELLE TECHNIQUE D'INJECTION UTILISEE?

- Aiguille fine, biseau long type Boston
- Liquide:
 - Sérum physiologique ou Macromolécules (Fructose + Glycerol)
 - Indigo carmin 2% stérile
 - Options:
 - Adrenaline 1/50 000 à 1/100 000 sauf si adenome dentelé +++
 - Capuchon Olympus ou Fujinon (colon droit)
- Volume variable; reinjection si besoin.
- Site d'injection : variable

4-QUELLE TECHNIQUE DE RESECTION UTILISEE ?

- Anses rigides:
 - tressée (20mm Olympus)
 - monobrin (Medwork; Taille adaptée au diamètre de la lésion: 10, 22 et 30mm de diamètre).
 - Autres ...
- Bistouri ICC200 ou VIO: Courant d'endocoupe.

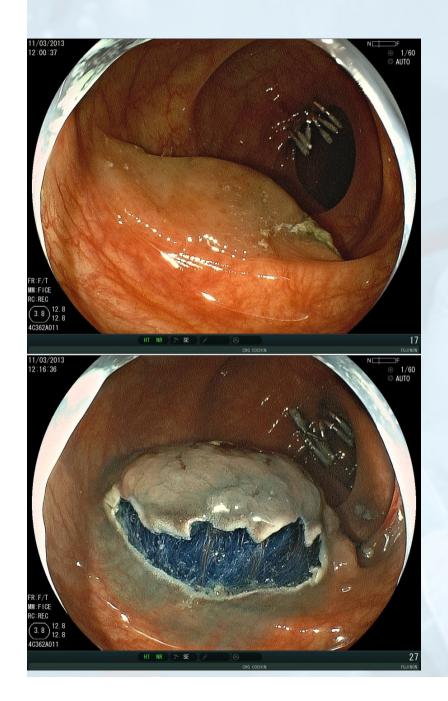


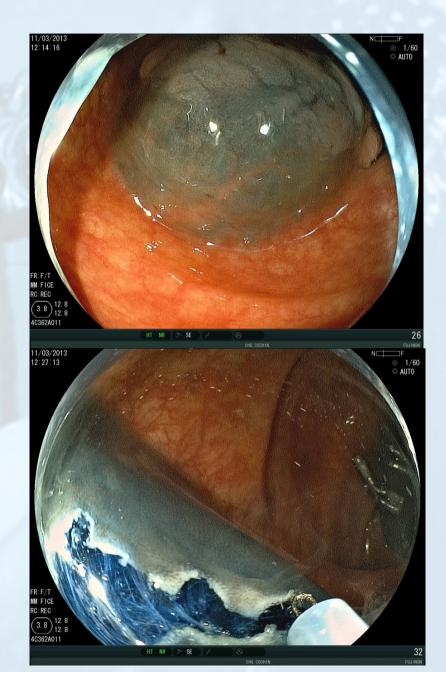


ETUDE PROSPECTIVE, MULTICENTRIQUE AUSTRALIENNE

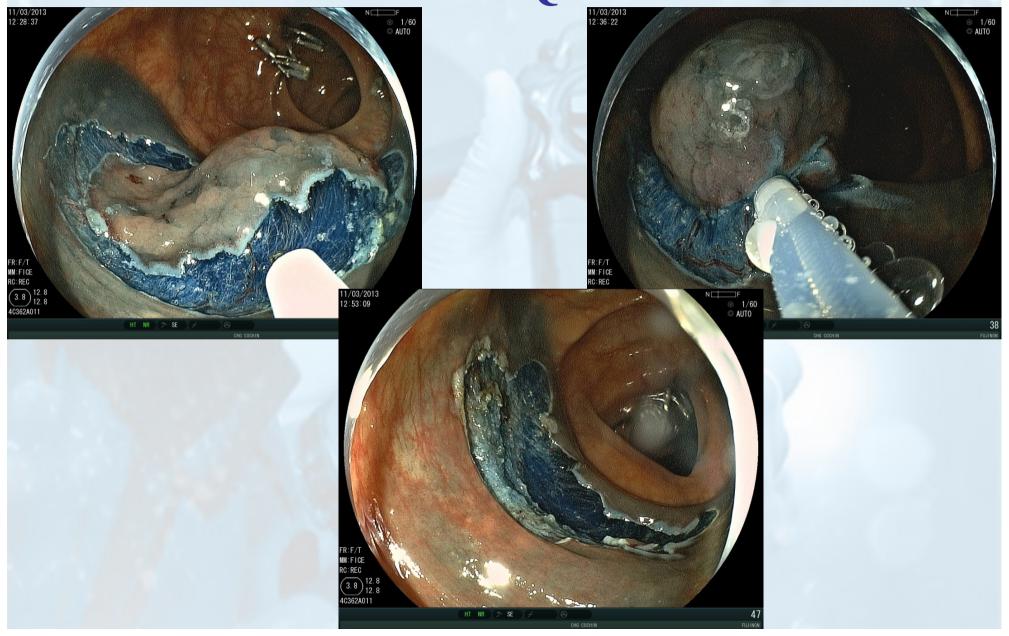
- Durée moyenne : 25 minutes
- Procédure en ambulatoire (88% ASA 1 et 2)
- Nombre de fragments (med): 4 (2-6) Taille (moy):35mm
- EMR effectuée: 97%
- Résection complète : 89%
 - 5.5% chirurgie
 - 5.5% 2e EMR (80% de succès)
- Taux de récurrence ou résidus : 20%
 - 2^{ème} traitement endoscopique efficace (90%)
- Complications: Hospitalisation: 7.7 % hémorragies: 2.9%, perforations: 1.3%
- Chirurgie: 16%

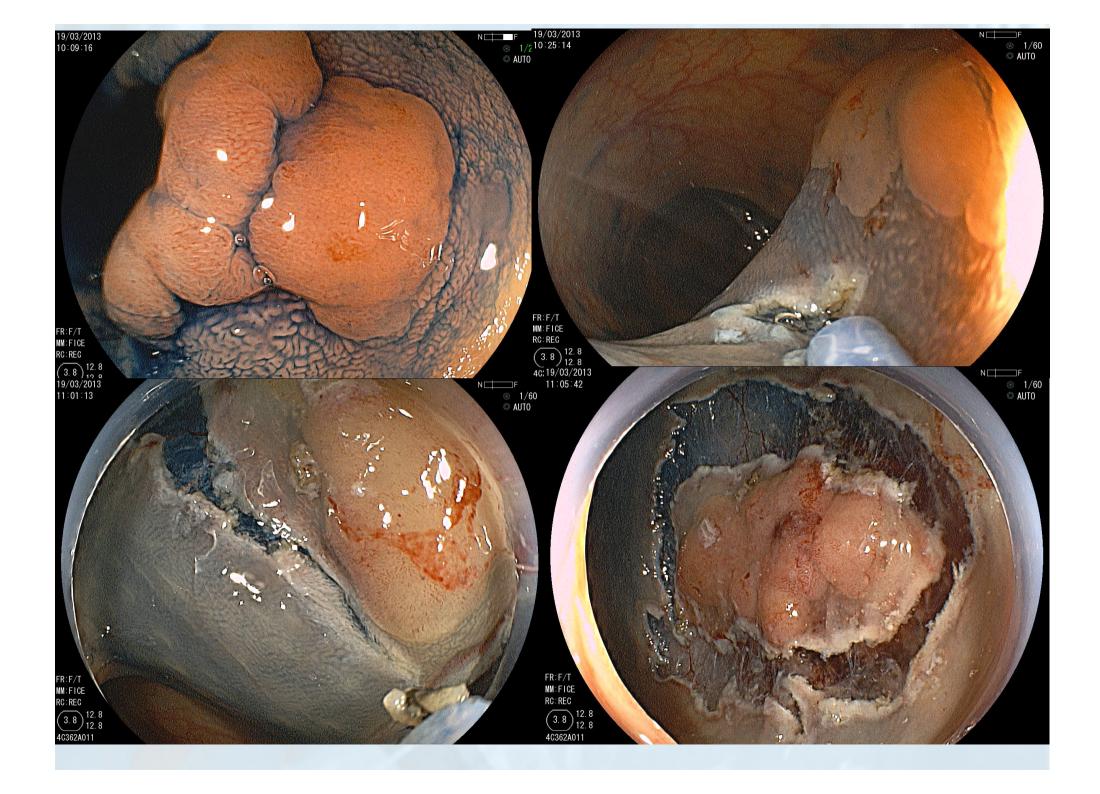
ESD SIMPLIFIEE

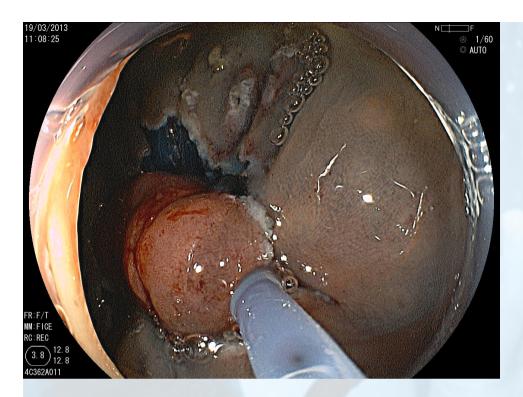


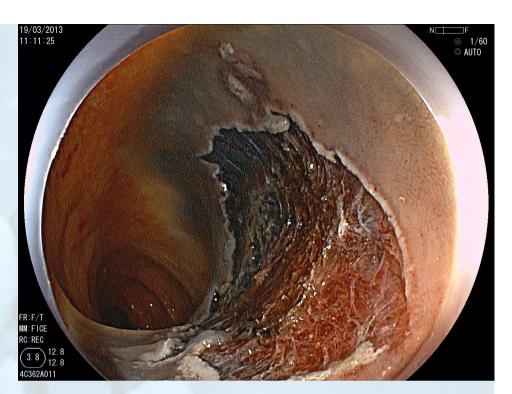


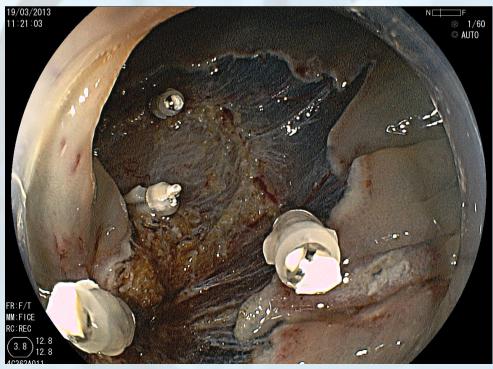
UTILISATION D'UNE TECHNIQUE SIMPLIFIEE





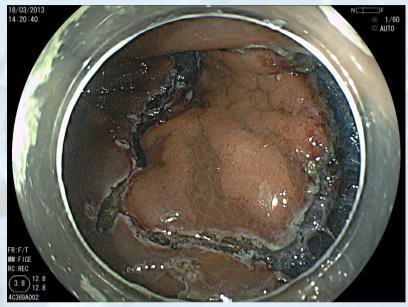






DISSECTION ENDOSCOPIQUE (ESD)



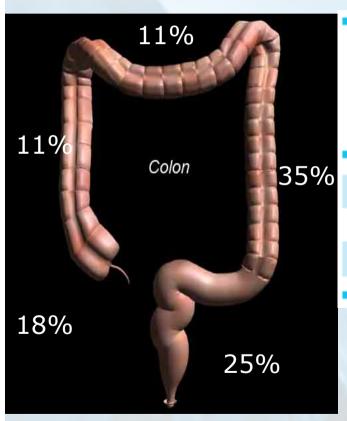




FACTEURS INFLUENCANT LE CHOIX DE LA TECHNIQUE : TAILLE et RISQUE CANCER

- Si taille < 2 cm : EMR monobloc
- Si taille > 2 cm et < 4cm : Dissection assistée
- Si taille > 4 cm : pEMR ou ESD
 - Aspect endoscopique : Appréciation du risque de cancer T1sm
- Si récidive : ESD Utilisation de bistouri à eau

5-COMMENT DIMINUER LE RISQUE DE COMPLICATIONS ?



Polyp size Polyp location and configuration

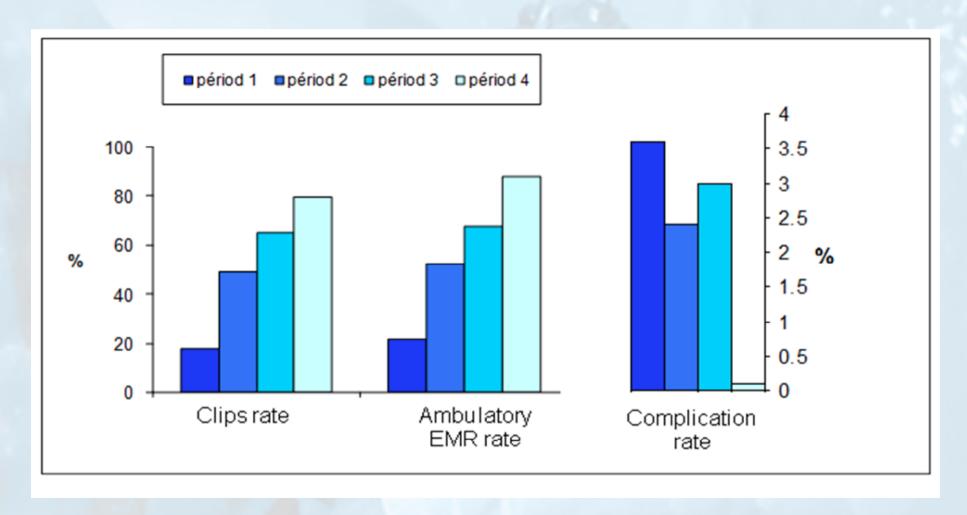
Left colon Right colon

Pedunculated Sessile Pedunculated Sessile

n = 987 n = 1577 n = 118 n = 1294

<1 cm 0% (n=250) 0.4% (n=950) 1.9% (n=54) 1.2% (n=729)</p>
1.0−1.9 cm 0.6% (n=512) 0.9% (n=438) 3.9% (n=51) 3.5% (n=402)
≥2 cm 3.6% (n=225) 5.3% (n=189) 0% (n=13) 11.7% (n=163)

COMPLICATIONS DE LA MUCOSECTOMIE



CONCLUSION: LES CLEFS DU SUCCES

- Connaitre le risque de cancer T1sm
 - Importance d'avoir une resection R0 monobloc
 - Choix de la technique
- Connaitre ses limites
- Avoir le bon matériel.
- Avoir une formation théorique et pratique
- Savoir prendre en charge les complications et au mieux les prévenir.

COMPLEXITE D'UNE MUCOSECTOMIE

Taille	< 1 cm 1	< 2 cm 3	< 3 cm 5	< 4 cm 7	>4 cm 9
Type	Ip 1	Isp 2	IIa 3		
Site	Colon G 1	Colon D 2			
Acces	Facile 1	Difficille 3			
Niveau Facilité	1 4-5	2 6-8	3 9-12	4 > 12	

PREVENTION HD PAR LES CLIPS

- Définition HD post EMR étendue : HD survenant après la sortie du patient de la salle d'endoscopie et nécessitant une prise en charge dans Hôpital.
- Fréquence : 6-7%
- Facteurs de risque : Age, taille, sessile vs Pédiculé, colon droit et Anticoagulants
- Difficulté de clipper les lésions larges > 40mm (c'est faux)
- Risque d'enfouir des résidus adenomateux
- Cout
- Nombre de clips (> 1 / cm)

TECHNIQUES UTILISEES DANS LE COLON

