

# **Pourquoi enlever tous les polypes coliques et même ceux de moins de 5 mm !**

**P Bauret  
Montpellier**

# Enlever un polype

## 3 objectifs intimement liés

1/exérèse d'une lésion peut être de malignité immédiate ou à venir

2/détermination de sa nature histologique, à distance de l'exérèse

3/calcul ,à terme,de l'intervalle de surveillance



**Successifs**

**2 à 3 j**

# Lésion peut être de malignité immédiate ou à venir

## 4465 polypes (rétrospectif)

	1-5mm (67,6%)	6-10mm (24,4%)	>10mm (8%)
Hyperplasique	45,04%	29,17%	11,45%
Tubuleux	43,29%	55,50%	41,62%
Histo. avancée	1,89%	7,52%	39,66%

# Lésion peut être de malignité immédiate ou à venir

## Prévalence des patients avec polype avancé en coloscopie de dépistage \*

	1-5mm (3744 patients)	6-9mm (1198 patients)	>10mm (949 patients)
Histo avancée	63(1,7%)	79(6,6%)	290(30,6%)
Aden.tubuleux	1817(48,5)	732(61,1%)	488(51,4%)
Non néoplasique	1864(49,8)	387(32,3%)	171(18,0%)

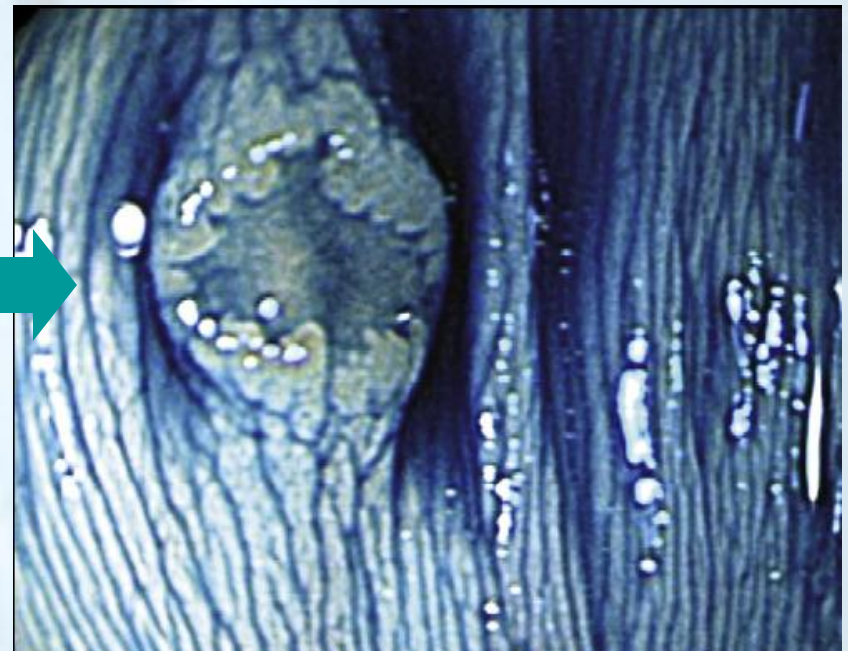
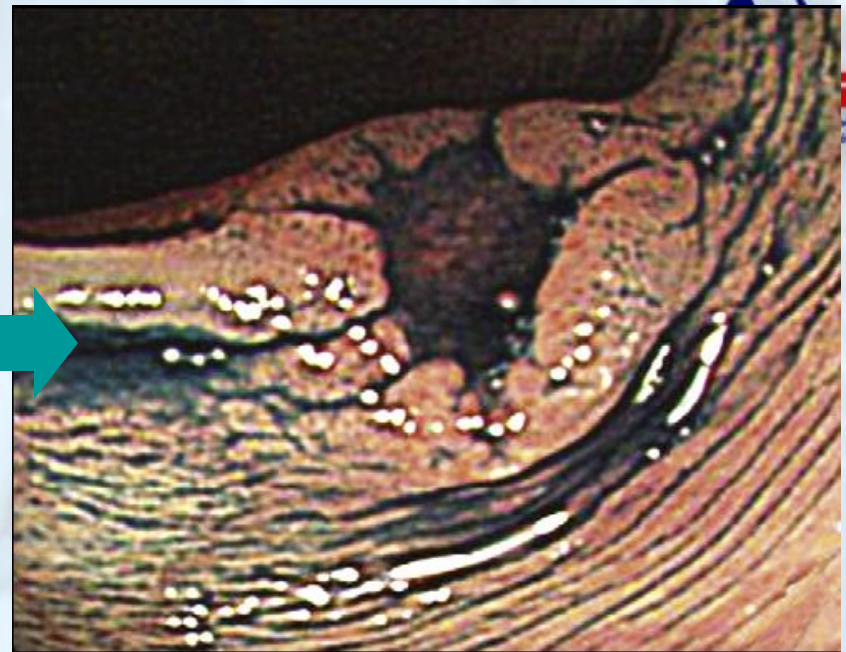
\* selon taille du plus gros polype

# Lésion peut être de malignité immédiate ou à venir

Prévalence des patients avec lésion Vienne IV ou +  
en coloscopie de dépistage \*

	1-5mm (3744 patients)	6-9mm (1198 patients)	>10mm (949 patients)
Histo avancée	63(1,7%)	79(6,6%)	290(30,6%)
cancer	1(0,03%)	2(0,2%)	25(2,6%)
dhg	1(0,03%)	9(0,8%)	45(4,7%)
villeux	44(1,2%)	53(4,4%)	204(21,5%)
aden.feston	17(0,5)	15(1,3%)	16(1,7%)

\* selon taille du plus gros polype



# Lésion peut être de malignité immédiate ou à venir

## Prévalence des adénomes avancés dans population hemocult +

		1-5mm	6-9mm	>9mm
Bretagne	dhg *	2,4%	15%	34%
	cancer	0,4%	0,5%	11,7%
Denis	ad.avancé**	11,9%	28,1%	88,5%
	cancer	0%	0,2%	5%

\* % adénomes GIE 2008

\*\* % polypes GCB 2009 A246

# Résultat histologique (à distance de l'exérèse)

## Juge de paix

**néoplasie ou hyperplasie**

**histologie avancée (carcin,dhg,vilieux,feston.)**

## Facteurs de variation

**pince,anse ( froides,chaudes)**

**mucoséctomie.....dissection**

**coupe pièce adéquate**

**lésion épinglée**

# Limites

- **biopsie vs pièce exérèse**
  - ⇒ **reclassification villosité 9%**
  - dysplasie 10%**
- **pb coagulation (polype <5mm)**
  - ⇒ **14-23% dg histo impossible**
- **pince froide vs mucoséctomie (polype < 5mm)**
  - ⇒ **52% résection incomplète**
- **relecture polype >10mm « hyperplasique »**
  - ⇒ **23% adénome festonné**

Gondal Endoscopy 2001

Efthymiou GIE 2009 AB108

Karazek GIE 2009 AB109

Monkemuller Endoscopy 2004

Groisman Arch Pathol Lab Med 2007

# Calcul ,à terme,de l'intervalle de surveillance

**Après** exérèse du polype  
et récupération résultat histologique

## Éléments

antécédents personnels et familiaux

age patient

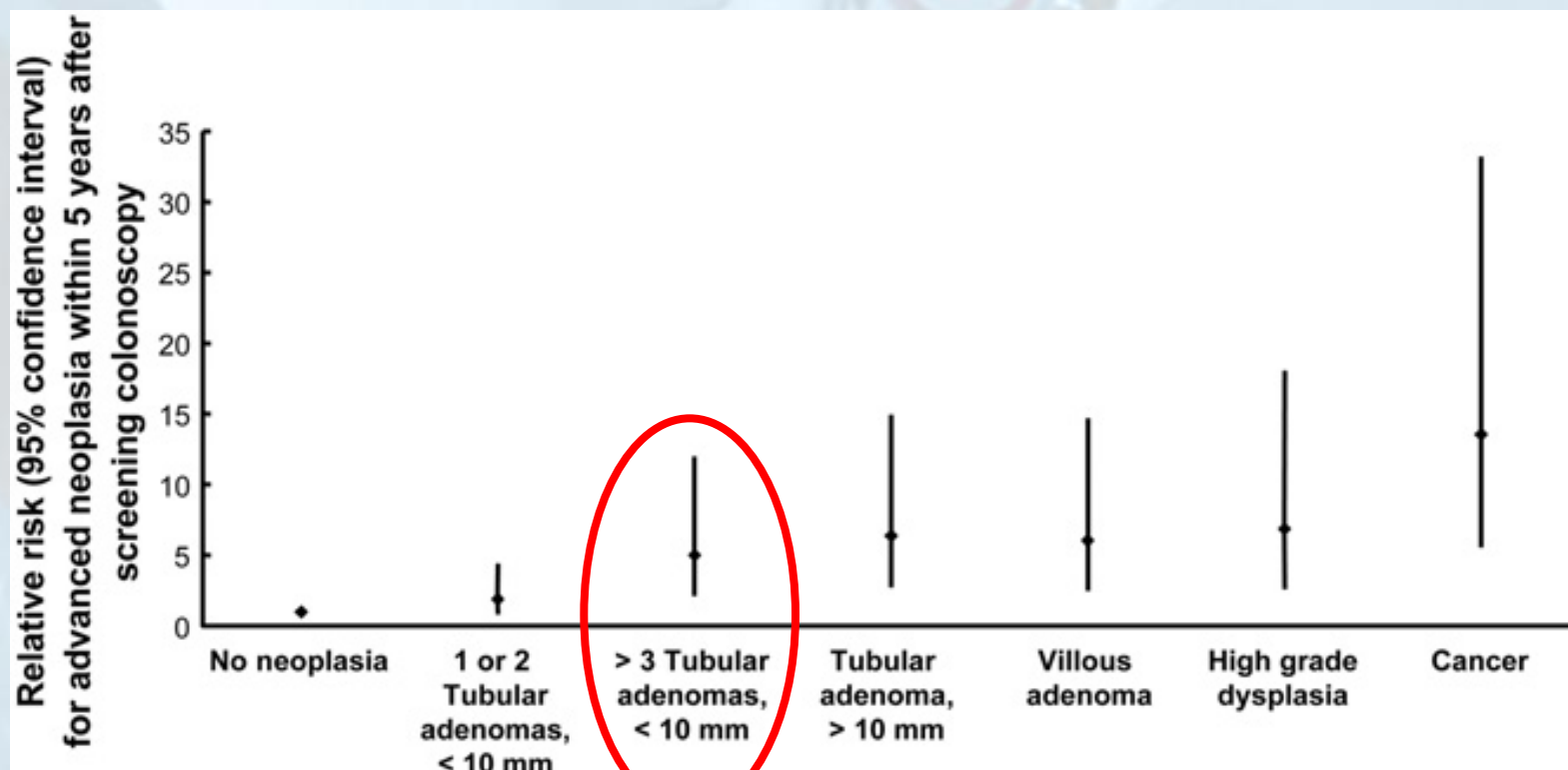
mode d'exérèse

caractéristiques du polype

taille, histologie, **nombre**

# Calcul ,à terme,de l'intervalle de surveillance

## Risque de néoplasie avancée à 5 ans



# Calcul ,à terme,de l'intervalle de surveillance

649 polypes 370 adenomes (177 < 6mm)

25% patients avec polype <6mm

→ surveillance à 3 ans

villeux 16,4%

dhg 4 %

n =/ > 3 10 %

Elie GCB A269

**A ce jour , il faut donc enlever  
tous les polypes et même ceux  
de moins de 5 mm**

# I have a dream



# Yes we can

# C'est la lutte finale....



# Enlever un polype

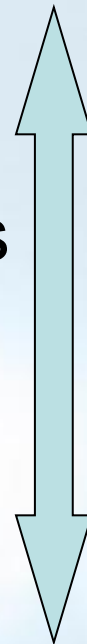
## 3 objectifs intimement liés

1/détermination de « l'histologie in vivo »

1/exérèse des seules lésions néoplasiques adénomateuses

..... examen anat-path sélectif ?

1/calcul de l'intervalle de surveillance



**Conjoints  
Immédiat**

# Laisser en place des polypes de moins de 5 mm

## Distribution des adénomes par segment

	<6 mm	6-9 mm	>9 mm	All
Rectum				
Adenomatous	5	4	5	14
Non-adenomatous	84	6	1	91
Sigmoid colon				
Adenomatous	33	16	15	64
Non-adenomatous	78	1	0	79
Descending colon				
Adenomatous	24	6	4	34
Non-adenomatous	26	2	0	28
Transverse colon				
Adenomatous	22	4	4	30
Non-adenomatous	36	3	1	40
Ascending colon				
Adenomatous	41	9	2	52
Non-adenomatous	23	2	1	26
Caecum				
Adenomatous	22	2	3	27
Non-adenomatous	24	1	1	26
All segments				
Adenomatous	147	41	33	221
Non-adenomatous	271	15	4	290

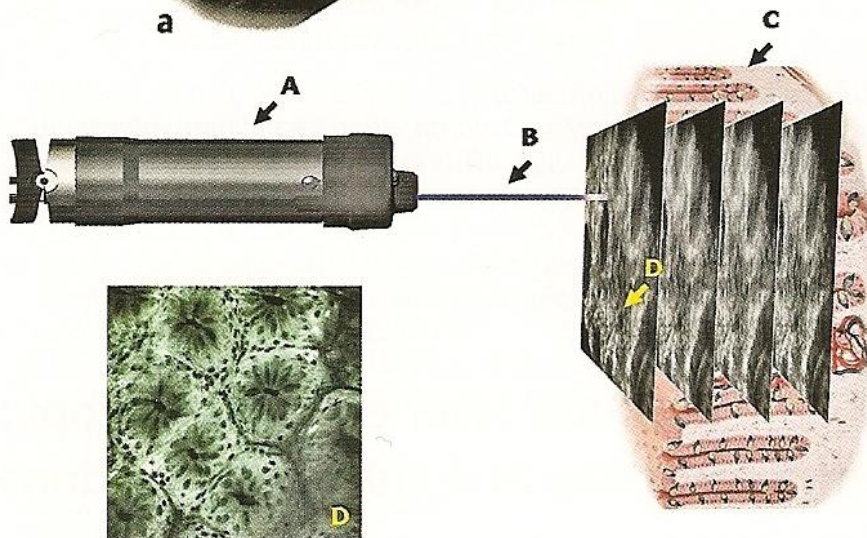
511 polypes

307 patients  
asymptomatiques

Graser , Gut , 2009

# Laisser en place des polypes de moins de 5 mm

## Microscopie confocale



42 patients  
13020 images  
1038 biopsies

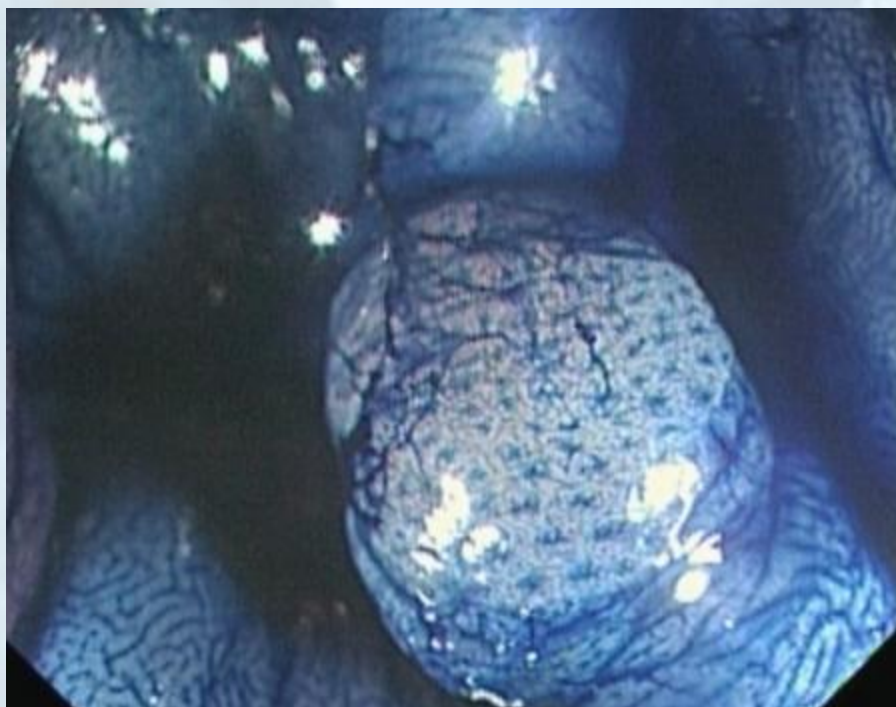
Étude architecture  
cryptes et vaisseaux

Diagnostic « néoplasie »  
Sensibilité 97,4 %  
Spécificité 99,4 %  
Précision Diag **99,2 %**

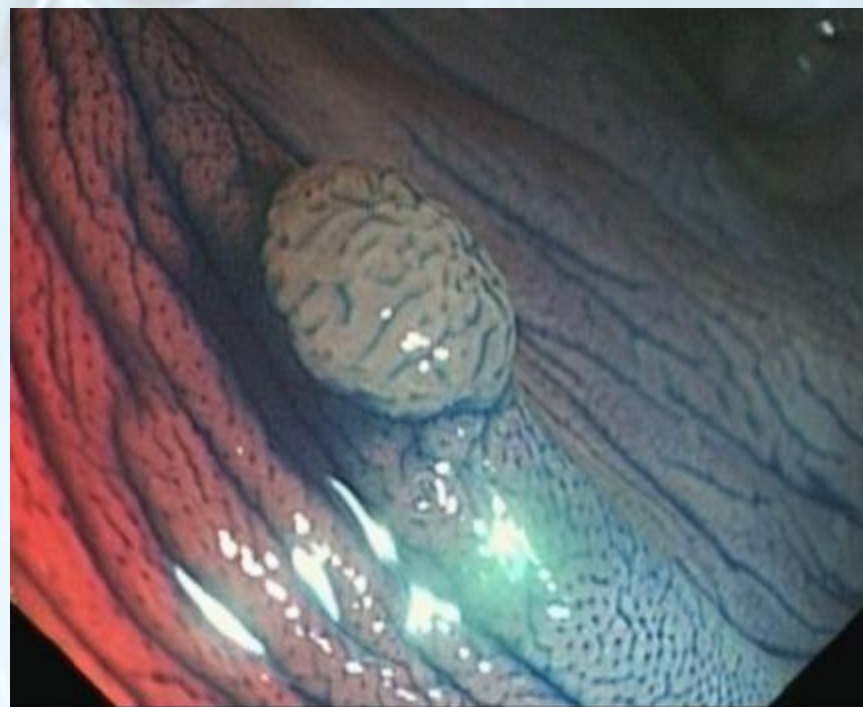
Kiesslich, Gastroenterology, 2004

# Laisser en place des polypes de moins de 5 mm

## Pit Pattern (coloration avec zoom)



hyperplasique



adénome

# Laisser en place des polypes de moins de 5 mm

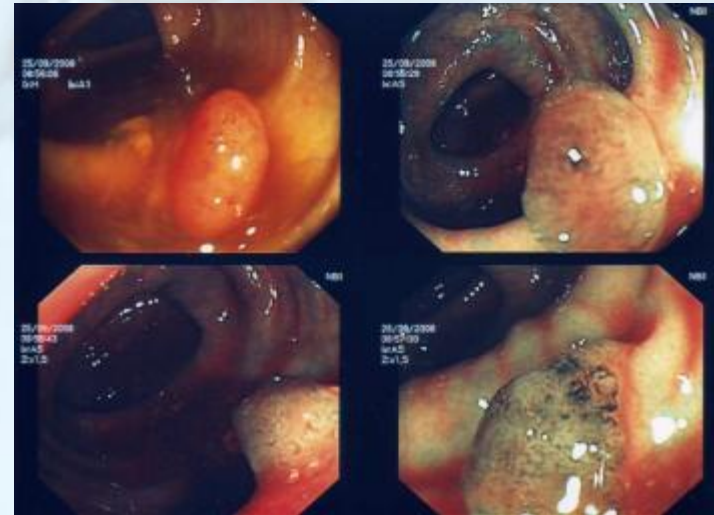
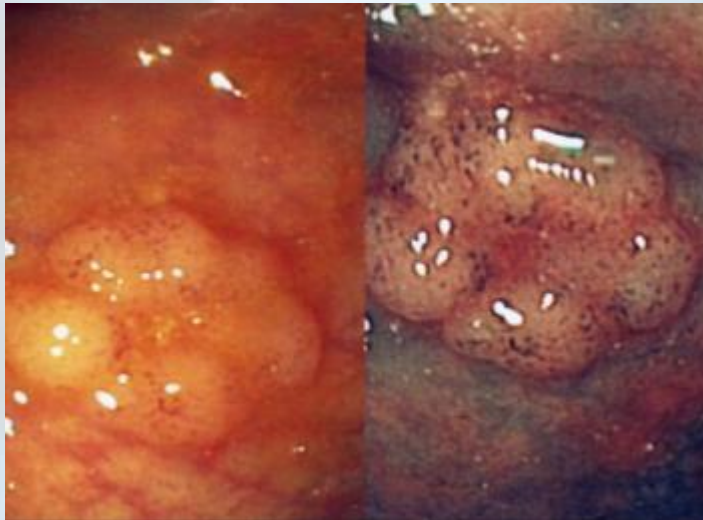
## PP et polype inférieur à 5mm différenciation adénome - hyperplasique

		technique	n	sensib	specif	precision
Apel	2006	standard*	273	93%	60%	81%
Emura	2007	standard	89	-	-	78%
Appel	2006	chromo	273	94%	64%	83%
Eisen	2002	chromo	323	88%	72%	81%
Emura	2007	zoom	93	-	-	94%
De palma	2006	zoom	240	98%	94%	95%

\* Haute resolution

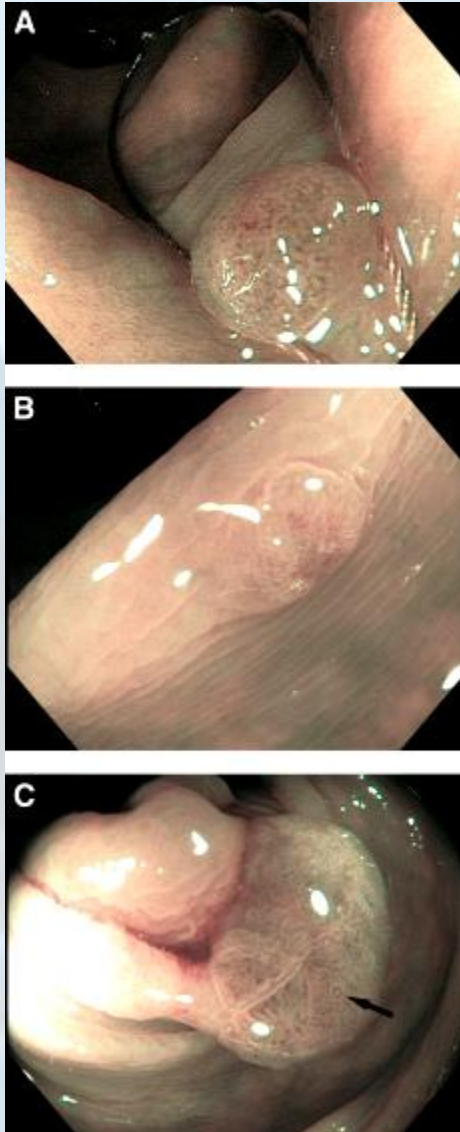
# Laisser en place des polypes de moins de 5 mm

## La chromo endoscopie électronique (NBI-FICE)

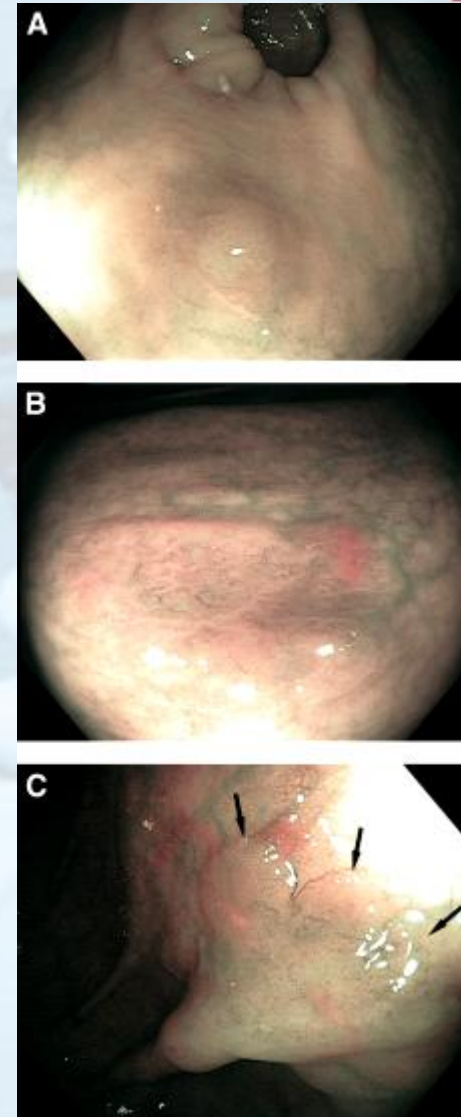


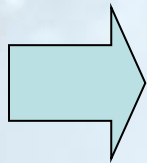
- Sensibilité et spécificité équivalente à chromo-endoscopie avec IC
- Critères de classification type KUDO ou spécifique (vascularisation) ?

adénome



hyperplasique



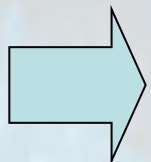


## La littérature

**Table 1.** Studies Evaluating Yield of Narrow Band Imaging Endoscopy With the Exera System With or Without High-Definition (HD) Endoscopy or Zoom Magnification to Predict Adenomatous Polyps

Study	Imaging	No. of polyps	Size	Sensitivity (%)	Specificity (%)
Tischendorf et al <sup>14</sup>	Zoom, no HD	200	75% <10 mm	90	89
Rastogi et al <sup>12</sup>	HD	123	84% ≤5 mm	96	86
Sikka et al <sup>13</sup>	HD	80	100% <10 mm	95	90
Rogart et al <sup>15</sup>	HD	265	74% ≤5 mm	80	69
Rex et al <sup>4</sup>	HD	451	88% ≤5 mm	92	87
	HD, high confidence	368	85% ≤5 mm	96	92

Pohl Gastroenterology 2009 ; 1149-51



## Intervalle de surveillance (endo vs histo)

**128/136 (94%)**

**idem**

**4/136 (3%)**

**plus long**

Rex Gastroenterology 2009 ;1174-81

# Coloscopie et « histologie in vivo »

## Étude DISCARD: prédiction histologie + intervalle

**HD,NBI,CHROMO vs histologie (prospectif)**

**168 polypes < 10 mm (histo:141)**

**précision dg : adénome : 92% hyperpl: 95%**

**résection + rebus : 95% exact ( 2 aden +dhg )**

**intervalle surveillance : 100% exact**

**A suivre .....**

# Laisser en place des polypes de moins de 5 mm

## Pit Pattern (coloration avec zoom)

	Adénome (DHG)	Cancer (invasif)
Type I (rond)	-	-
Type II (étoilé)	30,6 % (1,4 %)	0
Type III L (tubulaire)	<b>92,7 % (20,2 %)</b>	<b>4,2 % (0 %)</b>
Type III S (rond petit)	86,3 % (27,7 %)	12,6 % (3,8 %)
Type IV (branché)	<b>74,9 % (20 %)</b>	<b>22,4 % (3,7 %)</b>
Type V (déstructuré)	25 % (16,7 %)	74,6 % (39,9 %)

Concordance macro-histologie : 81 % (n=12104)