



? Post-test > QCM

1 / Concernant les lésions résecables en endoscopie :

- a • Les lésions en dysplasie de haut grade, quelle que soit leur taille, de localisation rectale, colique, œsophagienne ou gastrique peuvent être traitées exclusivement en endoscopie
- b • Les carcinomes épidermoïdes T1m3 de l'œsophage peuvent être traités exclusivement en endoscopie
- c • Les adénocarcinomes gastriques de plus de 3 cm peuvent être réséqués par endoscopie s'ils ne présentent pas d'ulcération
- d • Un traitement complémentaire n'est pas nécessaire en cas de résection d'un adénocarcinome T1sm1 < 500 µ de l'œsophage
- e • Les adénocarcinomes rectocoliques envahissant la sous-muqueuse sur moins de 1 000 µ sans facteur de mauvais pronostic relèvent d'un traitement endoscopique exclusif

▼ Bonnes réponses :

a, c, d, e. Il n'y a aucune limitation d'extension latérale pour les résections endoscopiques, même lorsqu'une exérèse monobloc est indispensable grâce à la dissection sous-muqueuse. La limite à la résection endoscopique des cancers superficiels est l'invasion en profondeur et le risque ganglionnaire. La Société française d'endoscopie digestive a publié en 2017 un ensemble de recommandations sur les indications de résection des tumeurs superficielles en fonction de l'étage.

2 / À propos de la polypectomie :

- a • L'augmentation de « l'effet » sur l'unité d'électrocoagulation permet d'augmenter la puissance de section
- b • Il est recommandé d'utiliser un courant d'endocoupe, alternant section et coagulation
- c • La technique d'immersion permet de mieux exposer le polype mais ne permet pas l'utilisation correcte du courant électrique

- d • La résection des polypes pédiculés dont le pied a une largeur dépassant le centimètre doit être précédée d'une hémostase préventive
- e • La polypectomie à l'anse froide génère plus d'hémorragies post-polypectomie que la polypectomie diathermique chez les patients sous anticoagulants

▼ Bonnes réponses :

b, d. L'effet augmente la coagulation, mais également le risque de perforation secondaire ou de syndrome post-polypectomie. Il est recommandé d'utiliser un courant d'endocoupe avec un effet faible, et de gérer si nécessaire l'hémorragie post-polypectomie immédiate par les techniques d'hémostase classique. L'immersion ne gêne ni la résection ni l'hémostase. Pour les polypes de moins de 10 mm, la polypectomie à l'anse froide est la technique de choix, diminuant les risques de perforation et d'hémorragie comparativement à la polypectomie à chaud. Il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation de l'anse froide pour les polypes infracentimétriques.

3 / En cas de doute sur la résecabilité endoscopique d'une lésion colique :

- a • Vous réalisez une ou deux biopsies pour déterminer le degré d'invasion
- b • Vous tentez une injection sous-muqueuse
- c • Vous réalisez une macrobiopsie à l'anse de la zone la plus péjorative
- d • Vous prenez avis auprès d'un centre expert à l'aide de photos ou vidéos
- e • Vous réalisez un tatouage à l'encre de chine sur la lésion

▼ Bonne réponse :

d. En cas de doute, le mieux est de faire des photos à adresser en centre expert. Les biopsies, en plus de créer une fibrose pouvant gêner la résection, exposent au biais d'échantillonnage. La macrobiopsie à l'anse ne doit jamais être réalisée dans cette situation. Le non-soulèvement n'est pas forcément un signe de non-résecabilité. L'encre de Chine, si utilisée, doit l'être à plus de 3 cm de la lésion, car elle diffuse largement

dans la sous-muqueuse et génère une fibrose intense rendant délicate une résection endoscopique ultérieure.

4 / Afin de faciliter la résection monobloc à l'anse d'une lésion colique de 20 mm, vous pouvez :

- a • Inonder la lésion pour faciliter l'injection
- b • Utiliser un cap
- c • Utiliser une anse froide
- d • Ancrer la pointe de l'anse en créant une courte incision en courant d'endocoupe
- e • Utiliser une anse tressée

▼ Bonnes réponses :

b, d, e. Les techniques pour augmenter le taux de résection monobloc R0 sont toutes des techniques permettant de mieux visualiser les berges de la lésion lors du positionnement de l'anse : utilisation d'un cap, ancrage de l'anse pour s'assurer du positionnement correct au pôle proximal de la lésion, mobilisation du patient et positionnement de la lésion à six heures. Toutes les anses chaudes de taille suffisante peuvent être utilisées à condition de connaître son matériel. Les anses double brins tressées permettent de mieux accrocher les berges lors de la fermeture de l'anse. L'anse froide est à réserver aux lésions infracentimétriques pour les résections monobloc. La technique de résection sous-marine ne comprend pas d'étape d'injection sous-muqueuse.

5 / Concernant la récurrence après mucosectomie colique :

- a • Le taux de récurrence augmente avec la taille des lésions
- b • La coagulation des berges à la pointe de l'anse après mucosectomie piece-meal diminue le risque de récurrence
- c • 10 % des mucosectomies piece-meal nécessitent une résection chirurgicale complémentaire
- d • Le taux de récurrence après mucosectomie monobloc R0 est proche de celui après dissection sous-muqueuse

- e • Environ 10 % des cancers d'intervalle sont en lien à une récurrence post-résection

▼ Bonnes réponses :

a, b, c, d, e. Le taux de récurrence est directement lié à la taille de la lésion et aux nombres de fragments après mucosectomie piece-meal. Une étude randomisée récente a démontré que la coagulation des berges de la résection à la pointe de l'anse avec un courant de soft coagulation diminuait d'un facteur 4 le nombre de récurrences post-mucosectomie.

6 / À propos des cancers superficiels de l'œsophage :

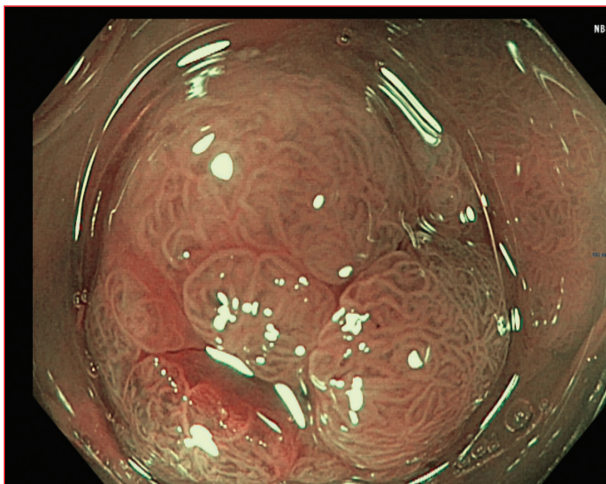
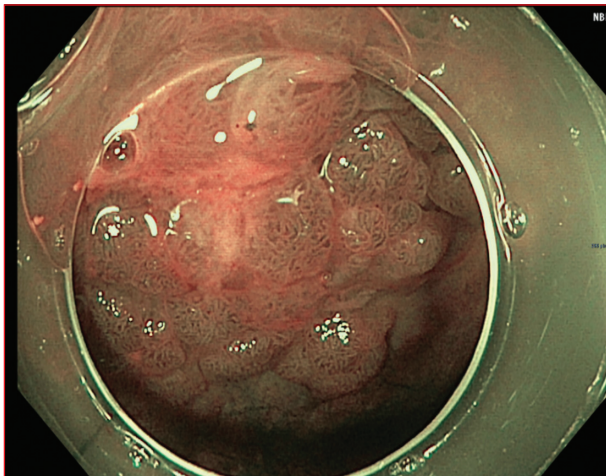
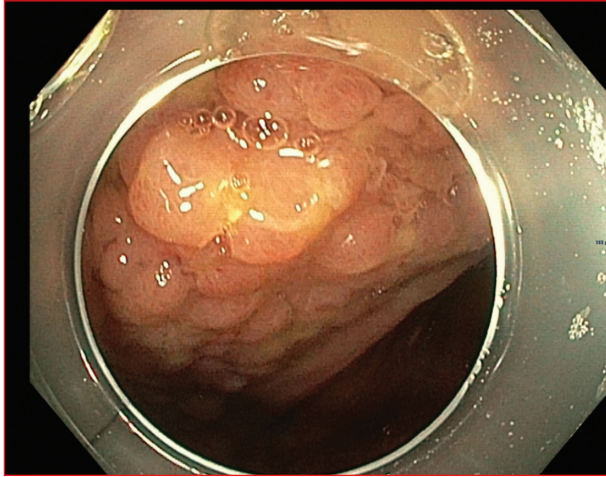
- a • La dissection sous-muqueuse est recommandée pour les adénocarcinomes intramuqueux de plus de 10 mm
- b • La dissection sous-muqueuse est recommandée pour les carcinomes épidermoïdes intramuqueux de plus de 10 mm
- c • Le risque ganglionnaire des carcinomes épidermoïdes dépasse les 5 % en cas d'atteinte de la lamina propria
- d • Le taux de récurrence locale après mucosectomie piece-meal d'un carcinome épidermoïde superficiel atteint près de 50 %
- e • La mucosectomie au cap est plus sûre et performante que la mucosectomie « multiband »

▼ Bonnes réponses :

b, c. L'ESGE recommande la dissection sous-muqueuse pour les carcinomes épidermoïdes superficiels de plus de 10 mm. Pour les adénocarcinomes, la mucosectomie œsophagienne est indiquée jusqu'à 15 mm. Néanmoins, le taux de récurrences locales et de lésions métachrones atteint 15 %. Pour les carcinomes épidermoïdes, la récurrence locale après mucosectomie concerne plus d'un quart des patients. Les deux techniques de mucosectomie sont équivalentes en termes de résultats et de complications mais le système « multiband » est moins coûteux et plus rapide.



7 / À propos de cette lésion colique droite de 35 mm :

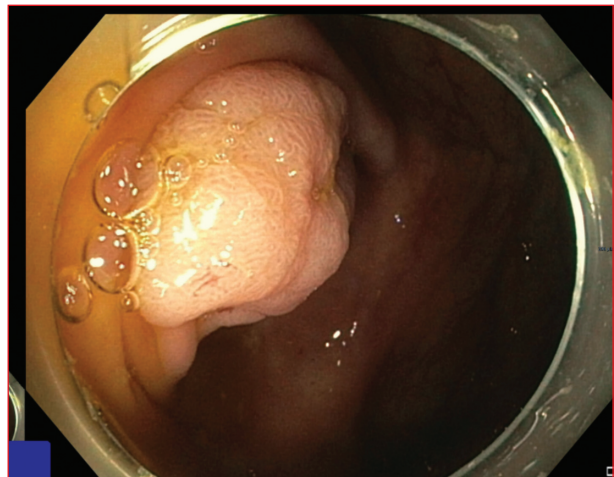


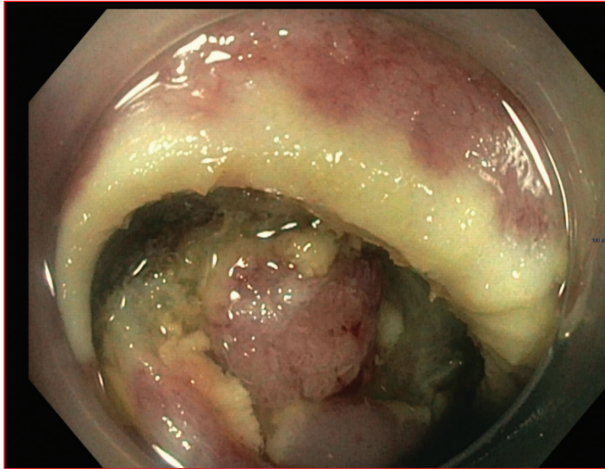
- a • La lésion est classée 0-IIb dans la classification de Paris
- b • La lésion est classée IIIA dans la classification de Sano
- c • La lésion est classée Kudo IV
- d • Il s'agit d'une tumeur à développement latéral (LST) non granulaire homogène
- e • Une mucosectomie piece-meal peut être envisagée pour réséquer cette lésion

▼ **Bonnes réponses :**

c, e. Il s'agit d'une LST granulaire homogène, sans macronodule visible. Le *pit-pattern* est régulier, cérébelleux (Kudo IV) et le *vascular pattern* est régulier, entourant les glandes (Sano II). La lésion est classée Paris 0-IIa (moins de 2,5 mm de hauteur). Il n'y a pas de critère endoscopique de dégénérescence. La résection monobloc ne semble pas envisageable par technique de mucosectomie. Néanmoins, elle n'est pas indispensable et en l'absence de facteurs de risque d'invasion sous-muqueuse, une mucosectomie piece-meal peut être proposée, la dissection sous-muqueuse étant une alternative permettant d'obtenir une résection monobloc.

8 / À propos de cette lésion appendiculaire, traitée par mucosectomie :



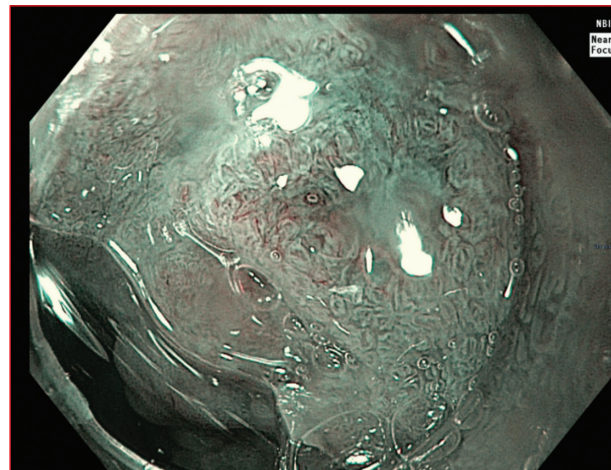
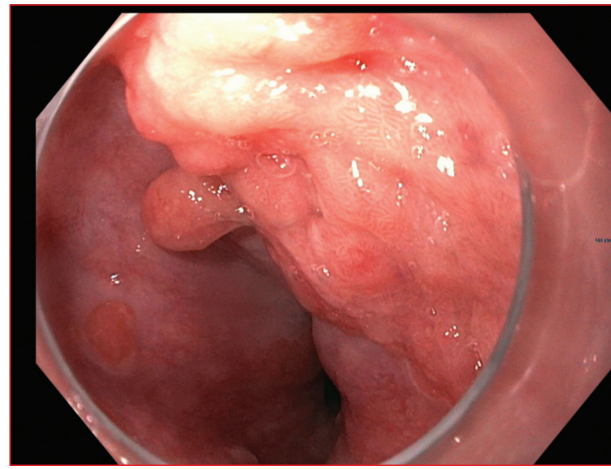


- a • Le non-soulèvement traduit une probable infiltration sous-muqueuse
- b • Les résidus restants pourraient être retirés à l'aide d'une anse froide
- c • Une résection transpariétale (FTRD) peut permettre de compléter la mucosectomie
- d • Une résection transpariétale aurait pu être envisagée dès le début de la procédure
- e • La dissection sous-muqueuse ne permet pas de traiter les lésions envahissant l'appendice du fait de l'absence de sous-muqueuse

▼ **Bonnes réponses :**

b, c, d. Les lésions appendiculaires sont difficiles à traiter, et la stratégie thérapeutique doit être définie au cas par cas. En l'absence de critères endoscopiques d'infiltration sous-muqueuse, une mucosectomie piecemeal peut s'envisager. La mucosectomie monobloc est très difficile lorsque les lésions envahissent l'orifice appendiculaire. Les options thérapeutiques pouvant être discutées sont la dissection sous-muqueuse, l'appendice ayant la même structure histologique que le reste du côlon, ou plus récemment le système FTRD (*Full Thickness Resection Device, Ovesco®*) permettant de résecter de façon transmurale des lésions difficiles, en particulier si elles font de moins de 2 cm.

9 / Concernant cette lésion développée sur une muqueuse de Barrett :



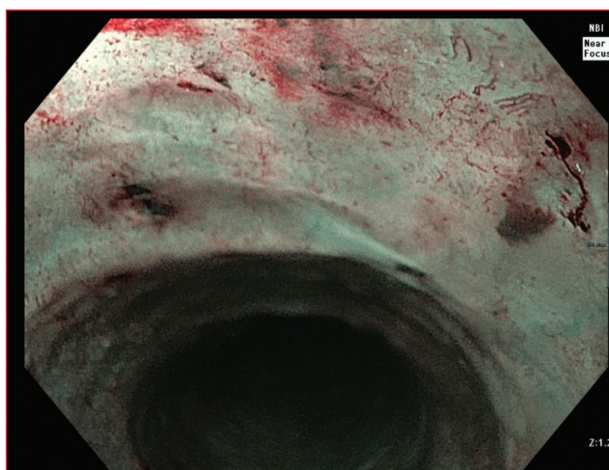
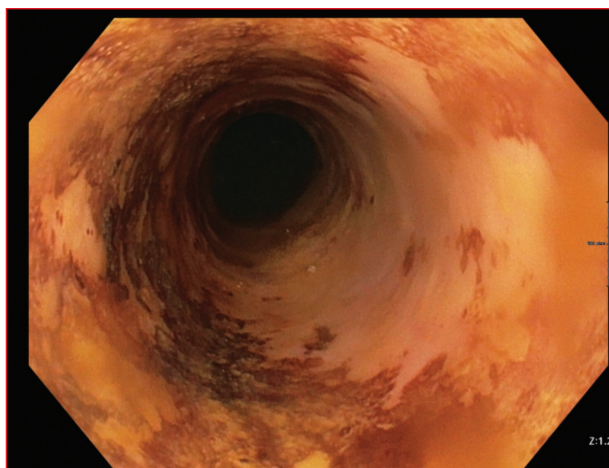
- a • Il s'agit d'une lésion classée Paris 0-IIa
- b • Il s'agit d'une lésion classée Kudo V
- c • L'absence d'ulcération prédit une résectabilité endoscopique
- d • Une résection chirurgicale doit être proposée en première intention si le patient est opérable
- e • Le patient doit être adressé à un centre expert

▼ **Bonnes réponses :**

a, e. Il s'agit d'une lésion sur muqueuse de Barrett classée 0-IIa. Les classifications de Kudo et Sano ne s'appliquent que pour les lésions coliques. Afin de déterminer au mieux le risque d'invasion sous-muqueuse, le recours en centre expert est ici indispensable pour évaluer au mieux la possibilité résection. La photo en NBI est réalisée avec un zoom et une focale adaptée (*Near Focus, Olympus*) : on y voit des vaisseaux superficiels irréguliers mais toujours visibles, de même pour les structures glandulaires. Une résection endoscopique peut être envisagée, mais le caractère monobloc est indispensable : seule une dissection sous-muqueuse pourrait alors être proposée.



10 / À propos de cette lésion de l'œsophage :



- a • L'absence de coloration au lugol signe la non-résécabilité de la lésion
- b • Il s'agit d'une lésion classée Paris 0-IIc
- c • Il s'agit probablement d'une lésion résécable par dissection sous-muqueuse
- d • Le risque d'invasion ganglionnaire est certainement de moins de 5 %
- e • Il existe un risque majeur d'invasion sous-muqueuse

▼ Bonne réponse :

e. La coloration au lugol permet de détecter les lésions épidermoïdes mais ne permet absolument pas de prédire le degré d'infiltration. Ici, il s'agit d'une lésion complètement plane, Paris 0-IIb, non ulcérée. Dans les carcinomes épidermoïdes, les lésions en relief sont souvent plus infiltrantes que les lésions planes ou déprimées. Néanmoins, ici on voit en NBI les boucles capillaires intrapapillaires (IPCL) qui sont interconnectées, irrégulières et même épaissies avec néovascularisation. Dans la classification des IPCL, il s'agit au moins de boucles classées V-3 et V-n, associée à une infiltration au moins de la musculaire muqueuse, et très probablement de la sous-muqueuse. Dans le carcinome épidermoïde, la résection endoscopique n'est alors pas indiquée du fait d'un risque ganglionnaire de 6,9 % si la musculaire muqueuse est atteinte. En cas d'invasion de la sous-muqueuse, il passe à plus de 25 %. En cas de doute diagnostique, une dissection sous-muqueuse première pourra être proposée. Elle permettra un *staging* parfait de la lésion avant de décider d'une simple surveillance en cas de critères de bon pronostic ou d'un traitement complémentaire en cas de facteurs péjoratifs.

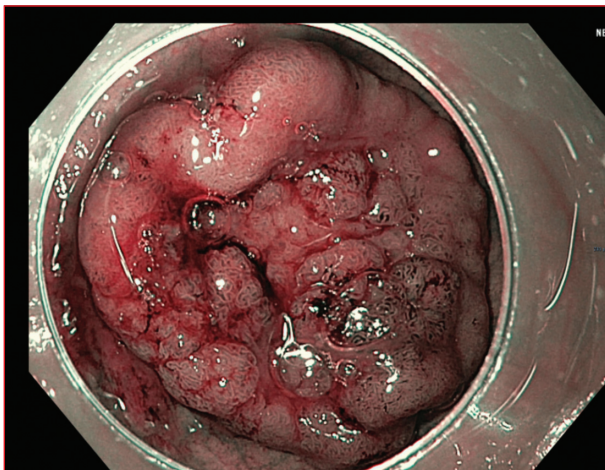
11 / À propos des lésions duodénales :

- a • La technique sous-marine peut permettre de faciliter la résection sans injection sous-muqueuse
- b • Le risque de saignement retardé est de 5 à 15 % environ
- c • Une résection par dissection sous-muqueuse est recommandée lorsqu'il existe un risque d'invasion sous-muqueuse
- d • Le taux de récurrence des résections fragmentées est d'environ 25 %
- e • Une méthode d'hémostase préventive post-résection est indispensable après mucoséctomie

▼ Bonnes réponses :

a, b, d, e. Les adénomes duodénaux peuvent être résectés par endoscopique dans plus de 90 % mais il s'agit d'une procédure risquée en termes de saignement post-résection et également de perforation, avec le risque d'entraîner une chirurgie morbide. Pour les lésions de moins de 20 mm, la résection monobloc par mucosectomie est la règle, avec un taux de récurrence inférieur à 1 %, mais au-delà, il faut envisager une mucosectomie piecemeal. La dissection sous-muqueuse duodénale est pratiquée dans quelques centres experts essentiellement japonais mais ne fait l'objet d'aucune recommandation et ne fait pour l'instant pas partie de l'arsenal thérapeutique du fait d'une morbidité non acceptable (perforation > 20 %). En cas de tumeur infiltrant la sous-muqueuse, une résection chirurgicale est indiquée, par duodénotomie si possible sinon par DPC.

12 / Concernant cette lésion rectale de 3 cm :



- a • La lésion est classée Paris 0-Is + 0-IIa
- b • La lésion est ulcérée
- c • La probabilité de réaliser une mucosectomie monobloc est d'environ 50 %
- d • Il s'agit d'un cas « facile » pour un opérateur débutant la dissection sous-muqueuse sous la direction d'un expert
- e • La présence de traces de sang (photo en chromoendoscopie virtuelle) est probablement associée à une invasion sous-muqueuse

▼ Bonnes réponses :

a, d. Il s'agit d'une LST granulomateuse de 30 mm de diamètre, sans macronodule. Sur la base de ces photos, il n'y a pas de critères endoscopiques de non-résécabilité. Au maximum, il faut éviter de traumatiser la lésion avec l'endoscope ou le cap pour ne pas gêner l'interprétation du *vascular pattern* et du *pit-pattern* par un saignement provoqué, ce qui est le cas sur la photo en chromoendoscopie. Une résection monobloc est préférable, la probabilité de l'obtenir en mucosectomie est inférieure à 40 %. Cette lésion rectale, bien exposée, de petite taille, qui n'est pas située sur un pli est un cas idéal pour débiter la dissection sous-muqueuse (après avoir réalisé un nombre significatif de cas sur modèle animal, et toujours sous la supervision d'un opérateur expert).

Rédaction des Pré- et Post-Test : Dr Marion Schaeffer, CHU de Nancy, service de gastroentérologie.