



# POLYPECTOMIE COLIQUE: COMMENT ANTICIPER ET GÉRER LES COMPLICATIONS?

Dr Mohamed Hichem LOGHMARI

CHU Fattouma Bourguiba de Monastir

05/12/2025

# Liens d'intérêt

- Aucun lien d'intérêt

# Objectifs éducationnels

- Identifier les principaux facteurs de risque de complications post-polypectomie.
- Reconnaître les mesures préventives permettant d'anticiper ces complications.
- Planifier la prise en charge des complications per- et post-polypectomie.

# Introduction

- Polypectomie colique: procédure thérapeutique fondamentale → prévention du cancer colorectal.
- Risque de complications : hémorragie, perforation, syndrome post-polypectomie.
- Anticipation + gestion experte et protocolisée de ces complications → réduire la morbi-mortalité.

# Hémorragie post-polypectomie



# Hémorragie post-polypectomie

## Facteurs de risque

FR Liés au patient

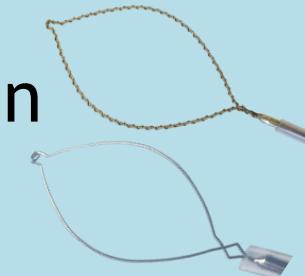
- Traitement anti agrégant/anticoagulant
- Age > 65 ans,
- Tares: HTA, insuffisance rénale, pathologie cardiaque (ASA III-IV)
- Troubles d'hémostase

FR Liés au polype

- Pédicule large
- Taille > 20 mm
- Localisation colique droite

FR Liés au matériel

- Anse tressée > Anse monobrin
- Section pure > Endocoupe



## Mesures préventives

### Bilan d'hémostase

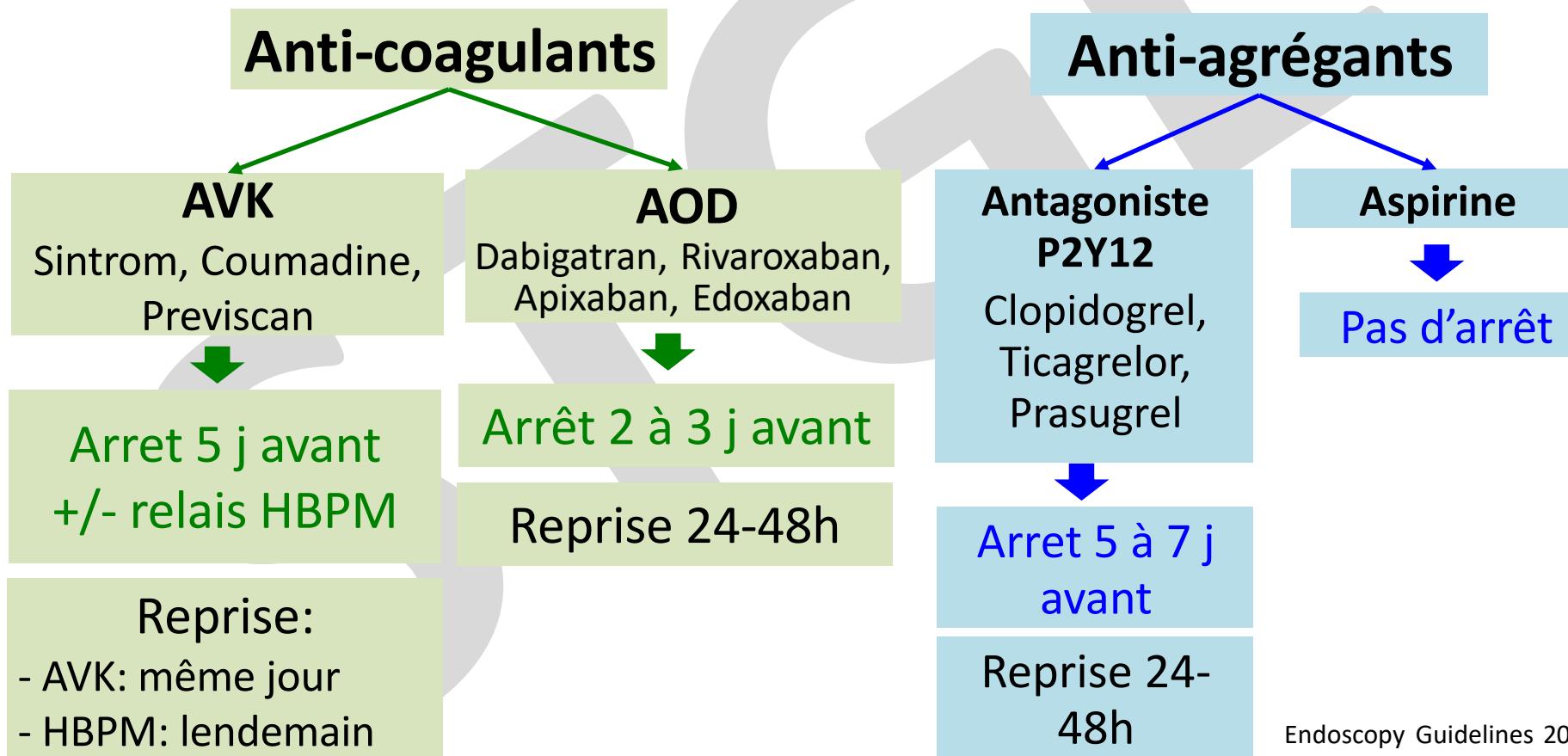
- \* **Non systématique**, indiqué si:
  - + Contexte évocateur de troubles d'hémostase:
    - signes cliniques d'hémorragie,
    - ATCDS de saignements anormaux,
    - prise d'anticoagulants/antiagrégants,
    - maladie pouvant altérer l'hémostase (insuff hépatique, insuff rénale, obstruction biliaire chronique...),
    - + mucosectomie ou dissection des polypes > 20 mm
- \* **Bilan recommandé** : NFS + INR (TP)
- \* **Reporter geste si:** Plq<50 000/mm<sup>3</sup> ou INR>1,5 (TP<50%)

# Hémorragie post-polypectomie

## Mesures préventives

### Arrêt des traitements à risque hémorragique

Polypectomie = procédure à haut risque hémorragique



## Mesures préventives

### Anticipation résection d'un gros polype pédiculé

**Si tête  $\geq 20$  mm ou largeur pédicule  $\geq 10$ mm**

- Anse détachable (endoloop)

ou

- Implantation de clips à la base du pied

et/ou

- Injection d'adrénaline diluée à la base (1/10000)

## Mesures préventives

Ajout de l'adrénaline à la solution d'injection sous-muqueuse (si mucosectomie ou dissection)?

- \*Efficacité d'adrénaline **vs** autres solutions : controverse
- \*Adrénaline → prévient saignement immédiat **mais**:
  - aucun effet sur la prévention du saignement retardé
  - augmentation risque de douleurs post-polypectomie
  - effet transitoire → fausse sécurité → risque potentiel de reprise hémorragique
- Ajout d'adrénaline : plutôt **oui** (non systématique)
- Pour une prophylaxie sécurisante : plutôt **coupler** l'injection d'adrénaline à un moyen mécanique.

## Mesures préventives

### Anse froide pour les polypes < 10 mm

**Anse froide vs anse diathermique:**

- efficacité équivalente
- plus de saignement immédiat mais souvent minime
- moindre risque de saignement retardé+++

## Mesures préventives

**Fermeture par clips de la zone de résection  
« clipping prophylactique »**

- \* Non systématique,
- \* Recommandée si:
  - Dissection sous-muqueuse (ESD)
  - Polype > 20 mm du colon droit
  - Mucosectomie chez patient sous antithrombotiques

## Mesures préventives : en pratique

Évaluer le patient (anticoagulation, comorbidités, troubles hémostase) et la lésion (taille, topographie)

- **Si polype <10 mm** → privilégier anse froide / pas de clipping prophylactique.
- **Si polype 10-20 mm** → choix anse froide ou diathermique ou EMR selon morphologie / pas de clipping systématique
- **Si polype > 20 mm:**
  - Pédiculé : prophylaxie en pré-résection (mécanique+++)
  - Non pédiculé: clipping systématique post-résection si ESD ou localisation colique droite ou antithrombotiques

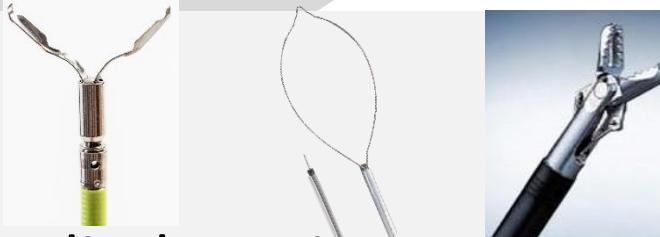
## Gestion per et post-polypectomie

### Saignement per-procédure (immédiat)

\* **Lavage abondant avec jet d'eau** (mieux visualiser site saignant)

\* **Geste d'hémostase:**

- Clips TTS +++



- Coagulation par pointe de l'anse diathermique

- Pince à coagulation = Coagrasper (>> pince chaude)

- +/- Injection d'adrénaline diluée (jamais seule)

→ Si échec:

- Clips OTS (Ovesco) ou Hemospray



- Endoloop (si polype pédiculé)



- Ligature élastique (si polype pédiculé)?

\* **Si patient sous antithrombotiques:** retarder la reprise

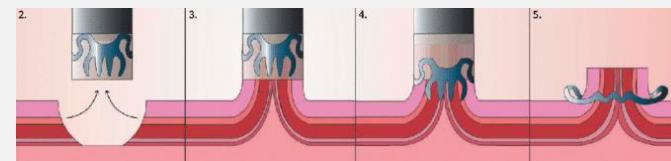
## Gestion per et post-polypectomie

### Saignement retardé (fin de l'endoscopie → J30)

Réévaluation clinique et biologique en milieu hospitalier:

- \* Si saignement de faible abondance → surveillance 24-48h → Sortie patient si pas de récidive
- \* Si saignement significatif ou récidivant ou survenu sous antithrombotiques → Coloscopie + geste d'hémostase:

- Clips TTS
- Pince à coagulation (coagrasper)
- Si échec : Clips OTS (Ovesco) ou Hemospray
- +/- Injection d'adrénaline diluée



## Gestion per et post-polypectomie

Si hémorragie d'emblée massive

ou

Echec du tt endoscopique

Embolisation radiologique

Échec ou non disponible

Chirurgie d'hémostase

# Perforation post-polypectomie

# Perforation post-polypectomie

## Facteurs de risque

### FR Liés au patient

- Fragilité muqueuse: diverticulose, MICI, corticothérapie, radiothérapie antérieure
- Age > 65 ans
- Malnutrition (hypoalbuminémie)

### FR Liés au polype

- Localisation colique droite (RRx12)
- Taille > 20 mm
- Lésion plane ou déprimée ou ulcérée
- Cicatrice de résection antérieure

### FR Liés à la technique / opérateur

- ESD > EMR
- Electrocoagulation profonde (Coag pure ou prolongée)
- Opérateur non expérimenté

## Mesures préventives pré-procédurales

- Evaluation rigoureuse du polype (chromoendoscopie, imagerie si doute d'invasion)
- Choix technique adapté (anse froide pour petits polypes, éviter diathermie inutile)
- Optimisation préparation colique (BOSTON  $\geq 7$ )+++
- Correction d'une dénutrition sévère
- Réalisation du geste par un opérateur expérimenté
- Vérification du réglage des paramètres du générateur
- Savoir temporiser ou transférer à un centre expert une résection à risque

## Mesures préventives per-procédurales

- Utilisation de CO<sub>2</sub> pour l'insufflation (EMR/ESD+++)
- Choix solution d'injection sous-muqueuse appropriée:
  - petite lésion: solution salée ≈ solution viscoélastique
  - grosse lésion: solution viscoélastique > solution salée
- Exiger un soulèvement sous-muqueux harmonieux
- Traction contrôlée en dissection sous-muqueuse
- Recours précoce à la fermeture prophylactique par clips si situations à risque (gros polype proximal, brûlure pariétale profonde...).

## Diagnostic

- Diagnostic précoce = étape incontournable PEC
- Si pas d'identification rapide → perte de chance de réparation endoscopique = traitement chirurgical
- Diagnostic facilité si geste réalisé avec une chromoendoscopie sous-muqueuse topique

## Diagnostic

### Indicateurs précoces de perforation colique

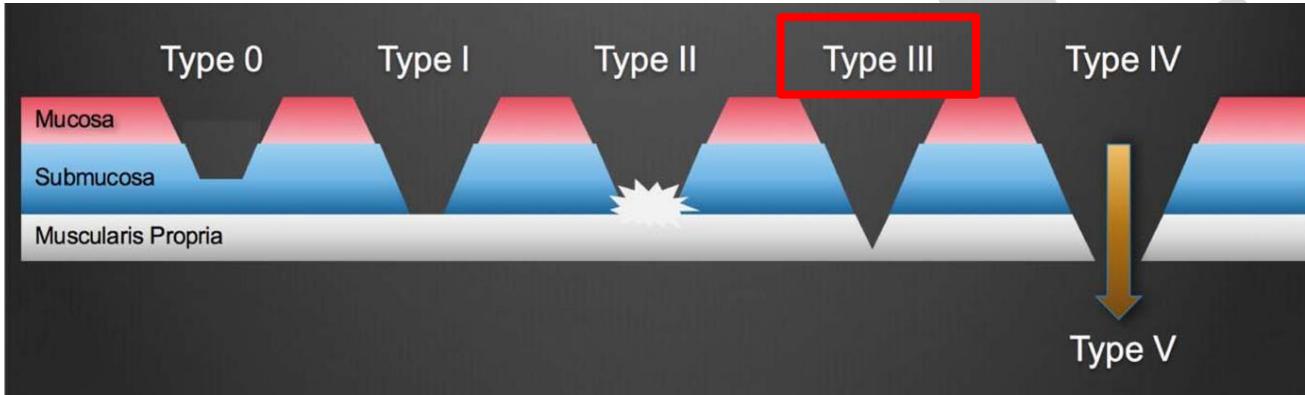
- Instabilité hémodynamique brutale (tachycardie, hypotension)
- Détresse respiratoire (désaturation, tachypnée)
- Distension abdominale importante
- Difficulté à maintenir l'insufflation pendant coloscopie

NB: défense/contracture abolies si patient sous AG

# Perforation post-polypectomie

## Diagnostic

Savoir analyser la zone de section: Classification de Sydney +++



Muqueuse  
Sous-muqueuse  
Musculueuse



ESGE Guideline – Update 2024

Burgess. Deep mural injury and perforation after colonic endoscopic mucosal resection: a new classification and analysis of risk factors. Gut 2017

## Gestion per-procédurale

### CAT en cas de perforation per-endoscopique

**Garder son calme**

**Passer à l'insufflation CO<sub>2</sub>**

**Appeler de l'aide (confrère)**

**Prévenir l'équipe de chirurgie**

**Instaurer une antibiothérapie IV à large spectre**

**Exsuffler un pneumopéritoine compressif**

**Rester près du site de perforation + nettoyer + limiter l'insufflation**

**Identifier les critères autorisant un traitement endoscopique**

## Gestion per-procédurale

### Critères de traitement endoscopique d'une perforation per-procédurale

Taille maximale de la brèche < 3 cm

Qualité de la préparation optimale

Disponibilité d'un insufflateur de CO<sub>2</sub> (obligatoire)

Exposition optimale du site de perforation

Absence de signes de péritonite (pas de fuite fécale)

Stabilité cardio-pulmonaire

Expertise médico-chirurgicale locale

Surveillance médico-chirurgicale stricte dans les suites

## Gestion per-procédurale

**Devant une perforation per-procédurale:**

\* Aviser le chirurgien

\* **Si signes de péritonite → Chirurgie d'emblée**

\* **Si absence de péritonite → Traitement conservateur:**

- Passage à l'insufflateur CO<sub>2</sub>

- Décompression abdominale percutanée à l'aiguille

- Traitement endoscopique

## Gestion per-procédurale

### Décompression abdominale percutanée à l'aiguille

#### \* Indication

Distension abdominale par un pneumopéritoine compressif

#### \* Avantages

- Faciliter une tentative de fermeture endoscopique
- Prévenir la survenue d'événements indésirables graves (Sd de compartiment, collapsus hémodynamique)
- Moyen de conditionnement avant une chirurgie

## Gestion per-procédurale

### Décompression abdominale percutanée à l'aiguille

#### \* Technique:

- Désinfection du site de ponction: à 2 cm en péri-ombilicale (ou guidé par repérage échographique+++)
- Aiguille ou cathéter veineux 14-16G lié à une seringue préremplie de sérum salé
- Insertion progressive perpendiculaire à la paroi avec pénétration jusqu'à retour de l'air dans la seringue (bulles d'air visibles)

→ Si aiguille ramène du liquide ou du sang → Chirurgie urgente

## Gestion per-procédurale

Décompression abdominale percutanée à l'aiguille

### Percutaneous Needle Decompression: Materials Needed



American Society for Gastrointestinal Endoscopy

[www.videogie.org](http://www.videogie.org)



VGIE

## Gestion per-procédurale

### Traitement endoscopique

- Méthodes proposées:
- Clips TTS
- Clips OTS (Ovesco)
- Endoloop + clips TTS (double canal)
- Suture endoscopique (centre expert)
- Ligature élastique (centre expert)

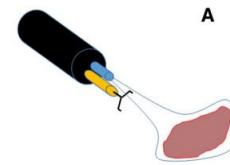
CLIPS TTS



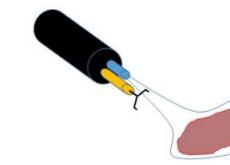
CLIPS OTSC



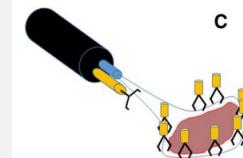
A



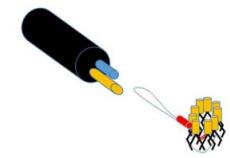
B



C



D



SUTURE



# Perforation post-polypectomie

## Gestion per-procédurale

### Traitement endoscopique

Taille perforation	Méthodes de fermeture		
	1 <sup>ère</sup> intention	2 <sup>ème</sup> intention	3 <sup>ème</sup> intention
≤ 10 mm	Clips TTS	Clips OTS	Ligature
10 à 20 mm	Clips OTS > Clips TTS		- Endoloop-clip - Ligature
20 à 30 mm	Endoloop-clip	Clips OTS (expert)	Suture (expert)
> 30 mm	Chirurgie ou Suture endoscopique (expert)		

Si échec tt endoscopique → Chirurgie

## Gestion post-procédurale

- Patient à jeun strict
- Voie d'abord solide avec perfusion
- Antibiothérapie à large spectre (BGN + anaérobies),
- Surveillance clinique: signes vitaux et abdomen
- Imagerie abdominale (TDM) +++



- Si sd péritonéal franc
- Si sepsis progressif malgré antibiothérapie
- Si épanchement péritonéal (contamination fécale)



Chirurgie

## Gestion post-procédurale

Si perforation de découverte tardive  
(> 4h après le geste)



**Chirurgie**  
**(Aucune place au tt endoscopique)**

# **Syndrome post-polypectomie**

(syndrome de coagulation post-polypectomie)

## Généralités

- \*Définition: Manifestations liées à une irritation péritonéale localisée, sans signes de perforation, survenant après une polypectomie utilisant un courant de coagulation.
- \* 0.5 à 1.2 % des polypectomies
- \* Aucune recommandation Dg ou ttt

## Facteurs de risque

- Taille du polype > 10 mm
- Morphologie plane
- Localisation colique droite
- Hypertension artérielle (dysfonction endothéliale?)

## Mesures préventives

- Si petit polype ( $\leq 10$  mm): Privilégier anse froide
- Si polype plus large (10-20 mm):
  - Bonne injection sous-muqueuse,
  - limiter la durée et l'intensité de la coagulation,
- Si polype  $> 20$  mm → Fermeture prophylactique par clips du site de résection si localisation colique droite
- Antibioprophylaxie : non recommandée

## Diagnostic

Survenue (6-48 h) après polypectomie de:

- Douleurs abdominales
- Fièvre
- SIB : Hyperleucocytose + élévation CRP
- A la TDM: épaissement pariétal focal + infiltration péri-colique + **absence de pneumopéritoine libre.**

## Prise en charge

- Hospitalisation
- Repos digestif
- Réhydratation IV
- Analgésie adaptée
- Antibiothérapie x 5 à 7j (non systématique)
  - Indications: fièvre, hyperleucocytose, infiltration péri-colique évidente à la TDM, terrain fragile.
  - Molécules: Ciprofloxacine / Céftriaxone + métronidazole
- Surveillance clinique et biologique 48-72h (T°, TA/pouls, douleurs abdominale, SIB)

Cha et al. Clinical outcomes and risk factors of post-polypectomy coagulation syndrome: a multicenter, retrospective, case-control study. Endoscopy 2013

Medellín et al. Postpolypectomy syndrome presenting with “microperforation” and pneumoperitoneum. 2018

## Prise en charge

**\*\* Si bonne évolution sous traitement médical :**

- Apyrexie
  - Diminution ou disparition des douleurs
  - Amélioration du SIB
- Sortie possible du patient dès J3

## Prise en charge

### **\*\* Si mauvaise évolution sous traitement médical:**

- Fièvre persistante
  - Douleurs abdominales croissantes
  - Aggravation du SIB
- TDM de contrôle +++:
- Si pneumopéritoine libre ou épanchement péritonéal → chirurgie
  - Si aspect stable → Ajustement du tt médical

# Conclusion

- Polypectomie colique : geste sûr et efficace si anticipée, individualisée et bien surveillée.
- Clé du succès : prévention des complications par une évaluation rigoureuse du risque, un choix technique adapté et une prise en charge rapide et codifiée des incidents.

Merci