

# **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

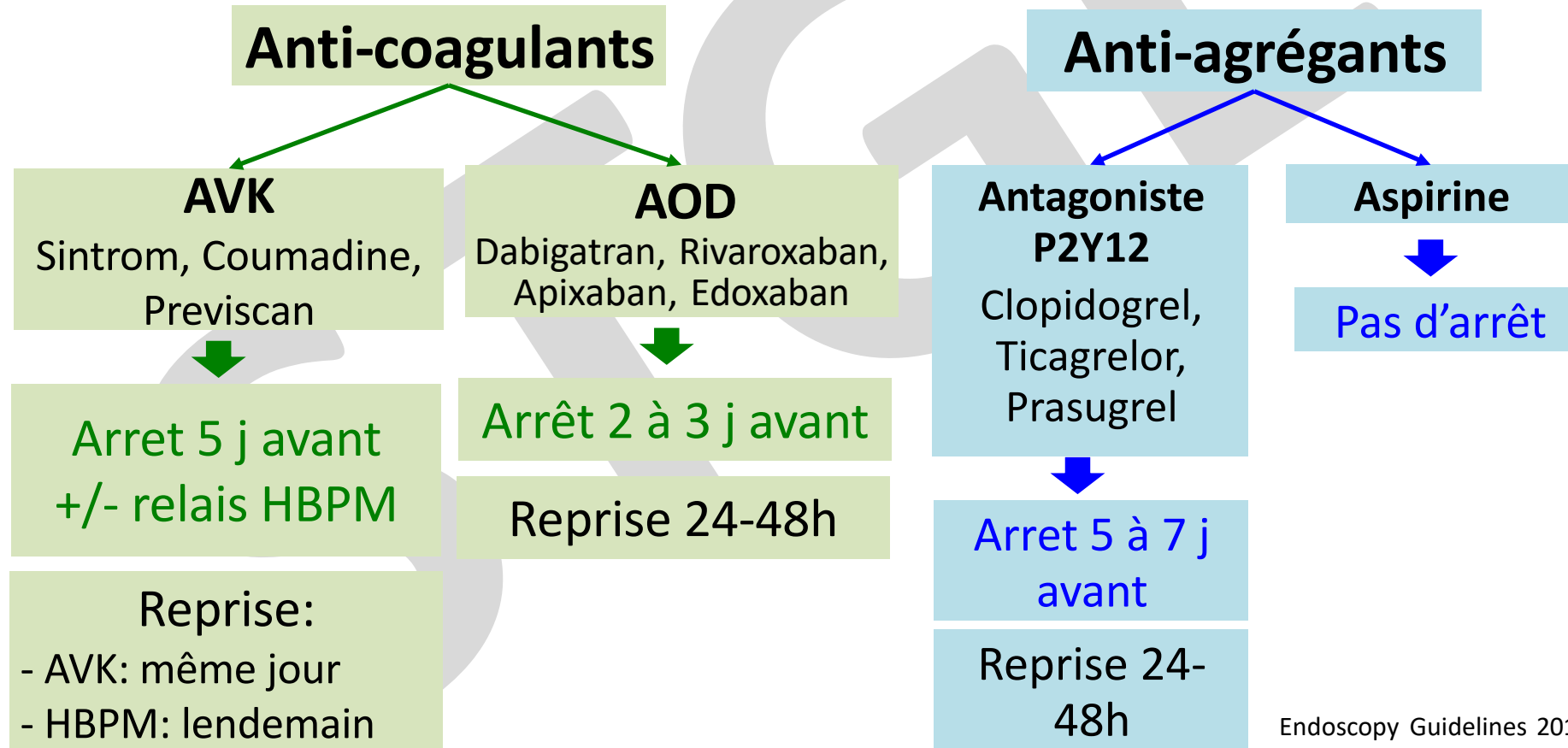
- \* **Non systématique**, indiqué si:
  - + **Contexte évocateur de troubles d'hémostase**:
    - signes cliniques d'hémorragie,
    - ATCDS de saignements anormaux,
    - prise d'anticoagulants/antiagrégants,
    - maladie pouvant altérer l'hémostase (insuff hépatique, insuff rénale, obstruction biliaire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

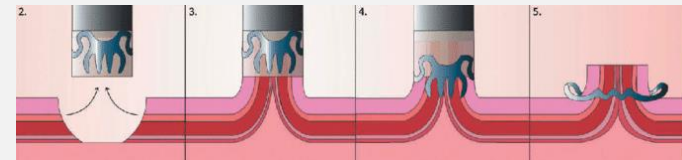
### Saignement retardé (fin de l'endoscopie → J30)

Réévaluation clinique et biologique en milieu hospitalier:

\* Si saignement de faible abondance → surveillance 24-48h → Sortie patient si pas de récurrence

\* 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



# Hémorragie post-polypectomie

## 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**

## 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  $\approx$  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

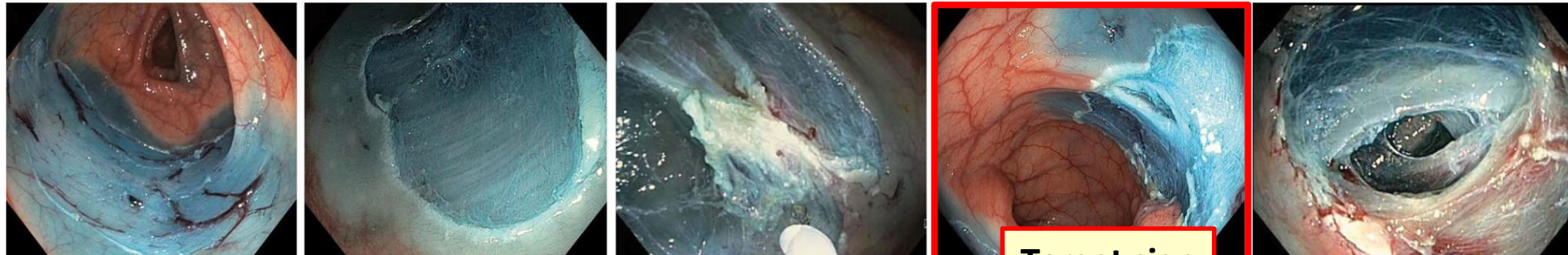
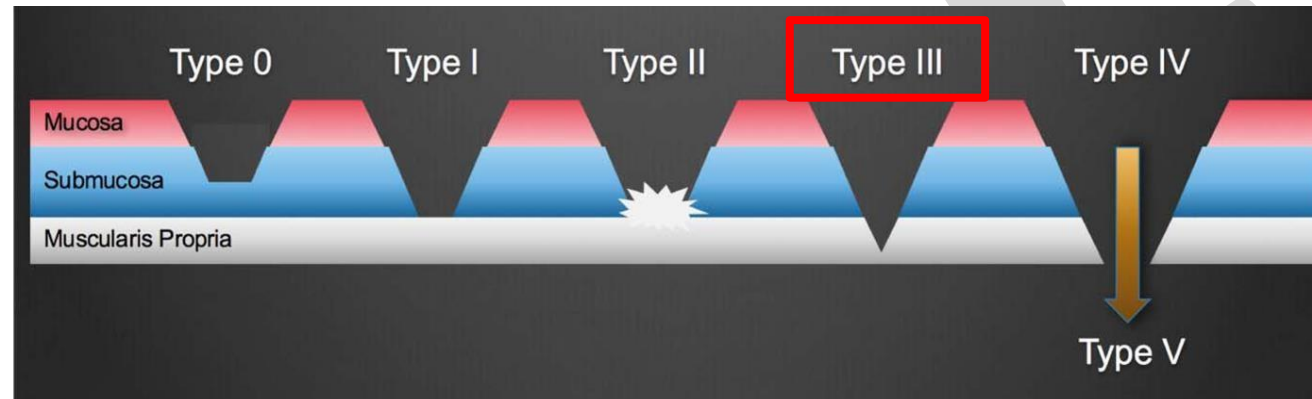
- Instabilité hémodynamique brutale (tachycardie, hypotension)
- Détresse respiratoire (désaturation, tachypnée)
- Distension abdominale importante
- Difficulté à maintenir l'insufflation pendant coloscopie

NB: défense/contracture abolies si patient sous AG

# Perforation post-polypectomie

## Diagnostic

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



Target sign

Muqueuse  
Sous-muqueuse  
Musculeuse



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 CO2**

**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 CO2 (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 CO2
  - 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

Perforation post-polypectomie

## 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

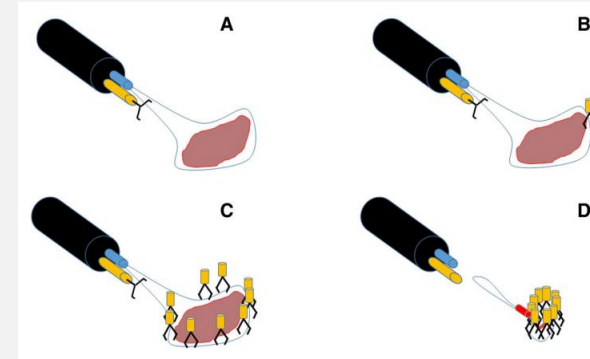
### Traitement endoscopique

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

CLIPS TTS



CLIPS OTSC



SUTURE



## 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  $\rightarrow$  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: Ciprofloxacin / Céftriaxone + métronidazole
- Surveillance clinique et biologique 48-72h (T°, TA/pouls, douleurs abdominale, SIB)

## 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**