



CONDUITE A TENIR DEVANT UN POLYPE PÉDICULÉ

Dr SABBAH Mériam

MCA. Hôpital Habib Thameur

5 décembre 2025

Liens d'intérêt

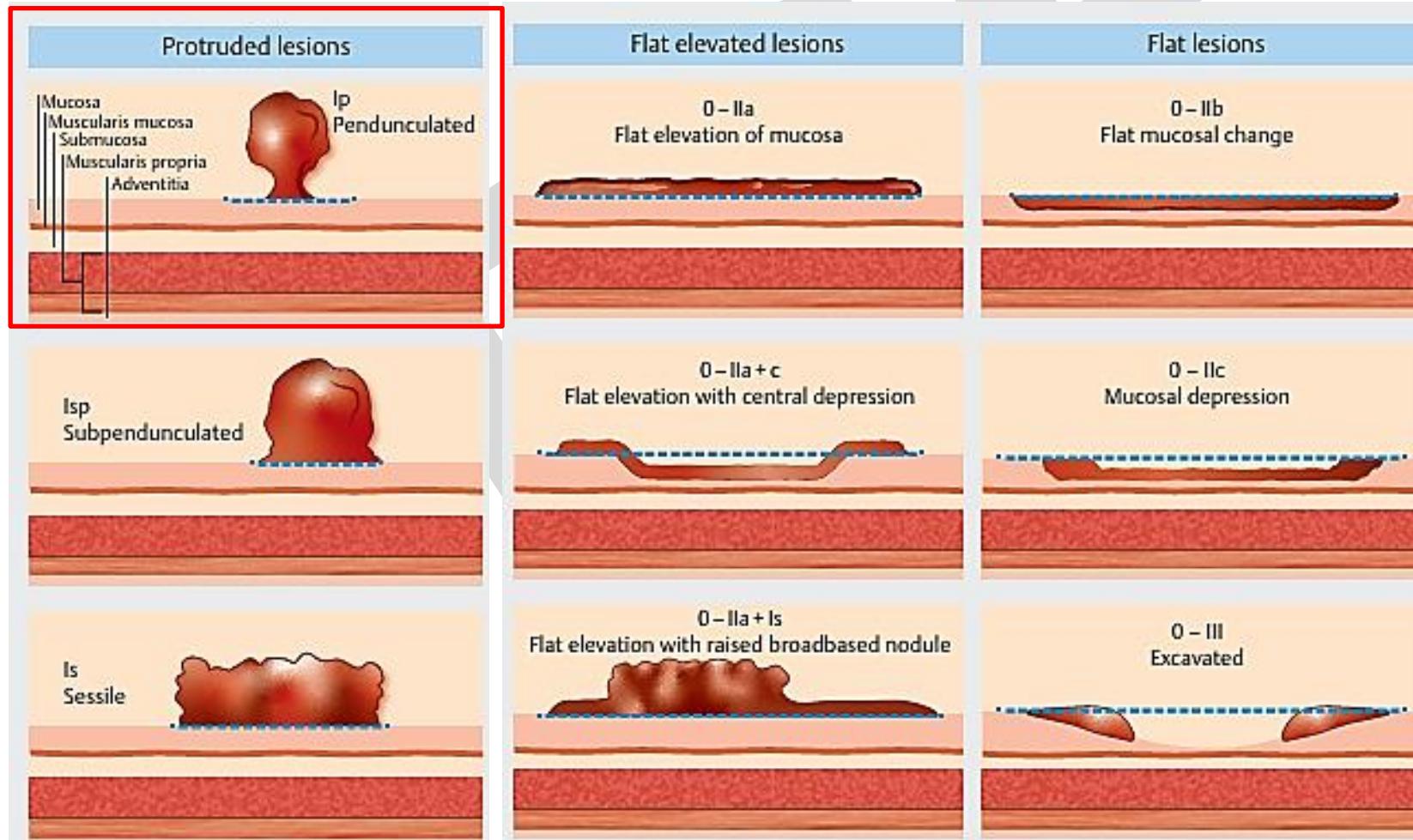
Aucun

STAGE

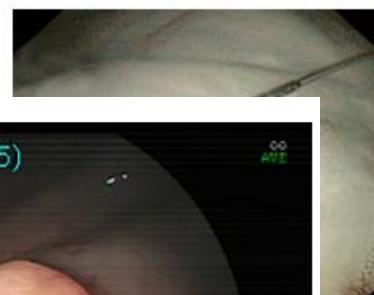
Introduction - plan

- Diagnostic positif et différentiel
- Caractérisation
- Modalités de résection
- Prévention des complications
- Analyse macroscopique et histologique
- Surveillance

Définition - Classification de Paris

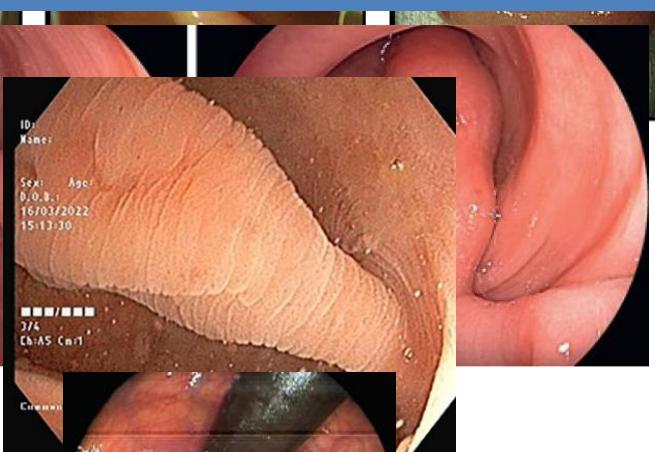
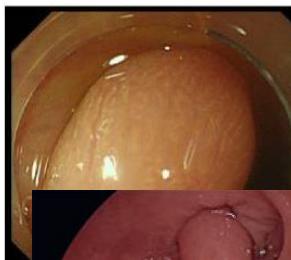


Polype ou pas polype?



Hémangiome caverneux colique¹
Aspect bleuâtre

Attention aux diagnostics
différentiels
(Diverticule inversé)



Aspect zébré

Lipome⁴
Aurora rings



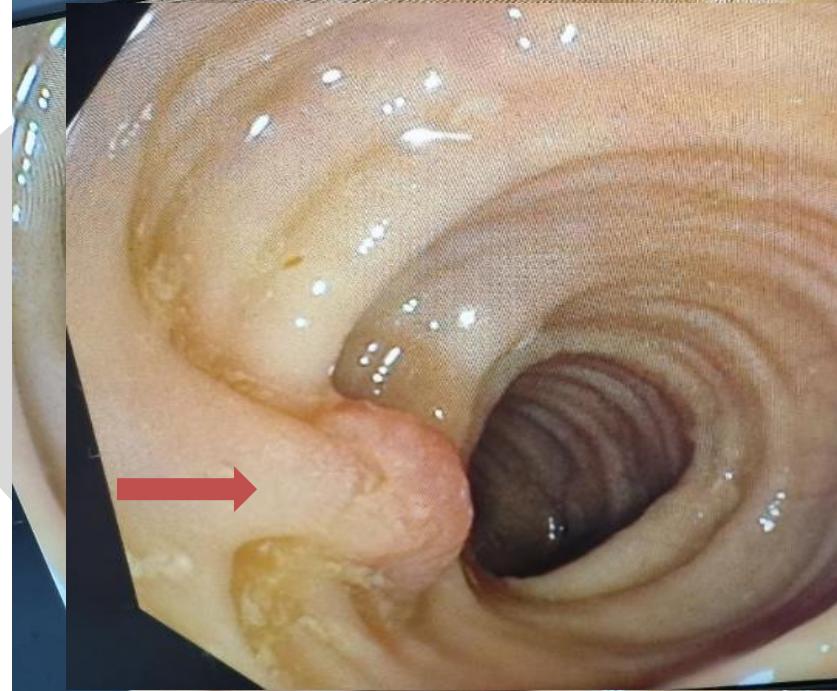
Hypertrophie cryptique⁵
Siège sus pectinéal

- 1- Van Deursen M. Endoscopy 2008
- 2- Gulaydin N. Digestive disease 2021
- 3- Ikeda A. Case reports in gastrointestinal medicine 2018
- 4- Gravito-Soares L. GE port Gastroenterol 2017
- 5-Yilmaz et al. Turkish journal of Gastro 2005

Sessile ou pédiculé?

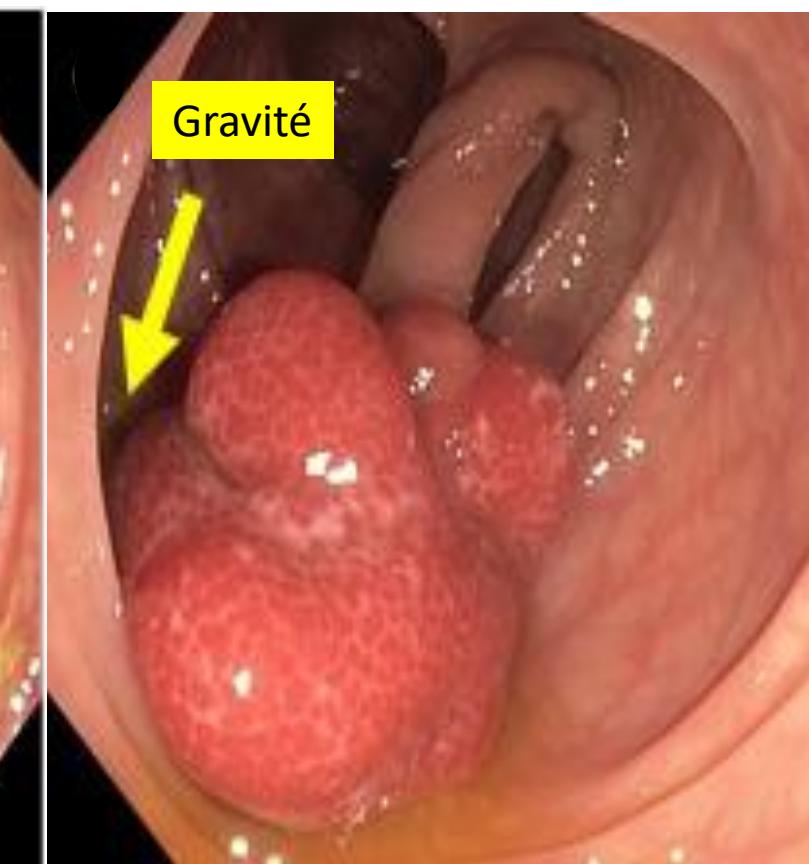
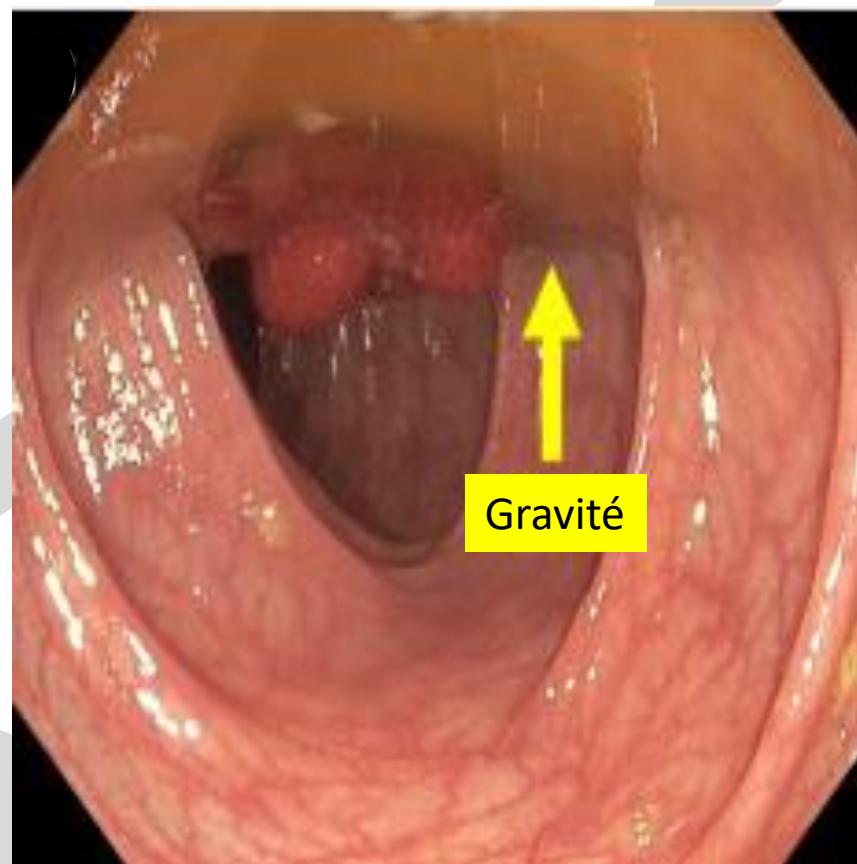
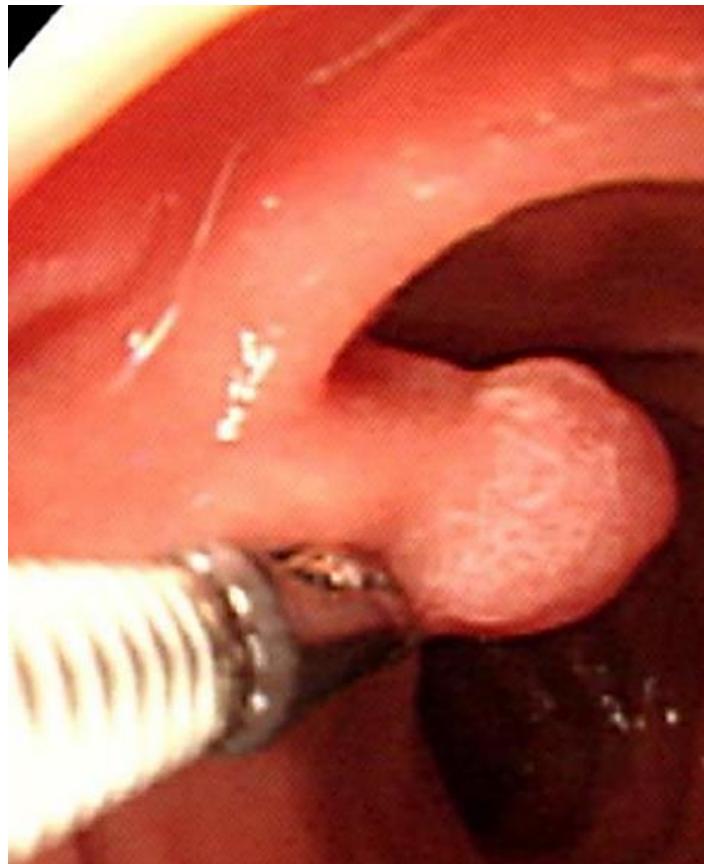


Polype sessile
Traction sur le pli



Polype pédiculé
Pied enfoui sous le pli colique

Sessile ou pédiculé?



Mobiliser le polype à la pince fermée
Mobiliser le patient
Lavage (pompe)

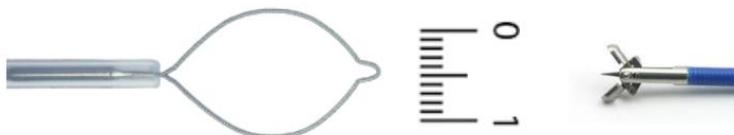
Caractérisation

Tête

- Taille : supérieure ou inférieure à 20mm
- Taille de la tête n'est pas une limite à la résection endoscopique (contrairement aux polypes sessiles)
- Anse dédiée

Caractérisation Pied

- Taille (longueur - largeur) supérieur ou inférieur à 10 mm



Evaluation par rapport à une référence



Pédicule fin (long / court)

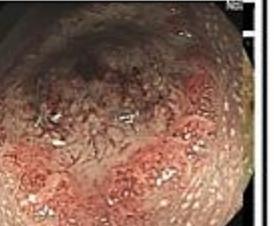


Pédicule large (long / court)

Caractérisation : Chromoendoscopie

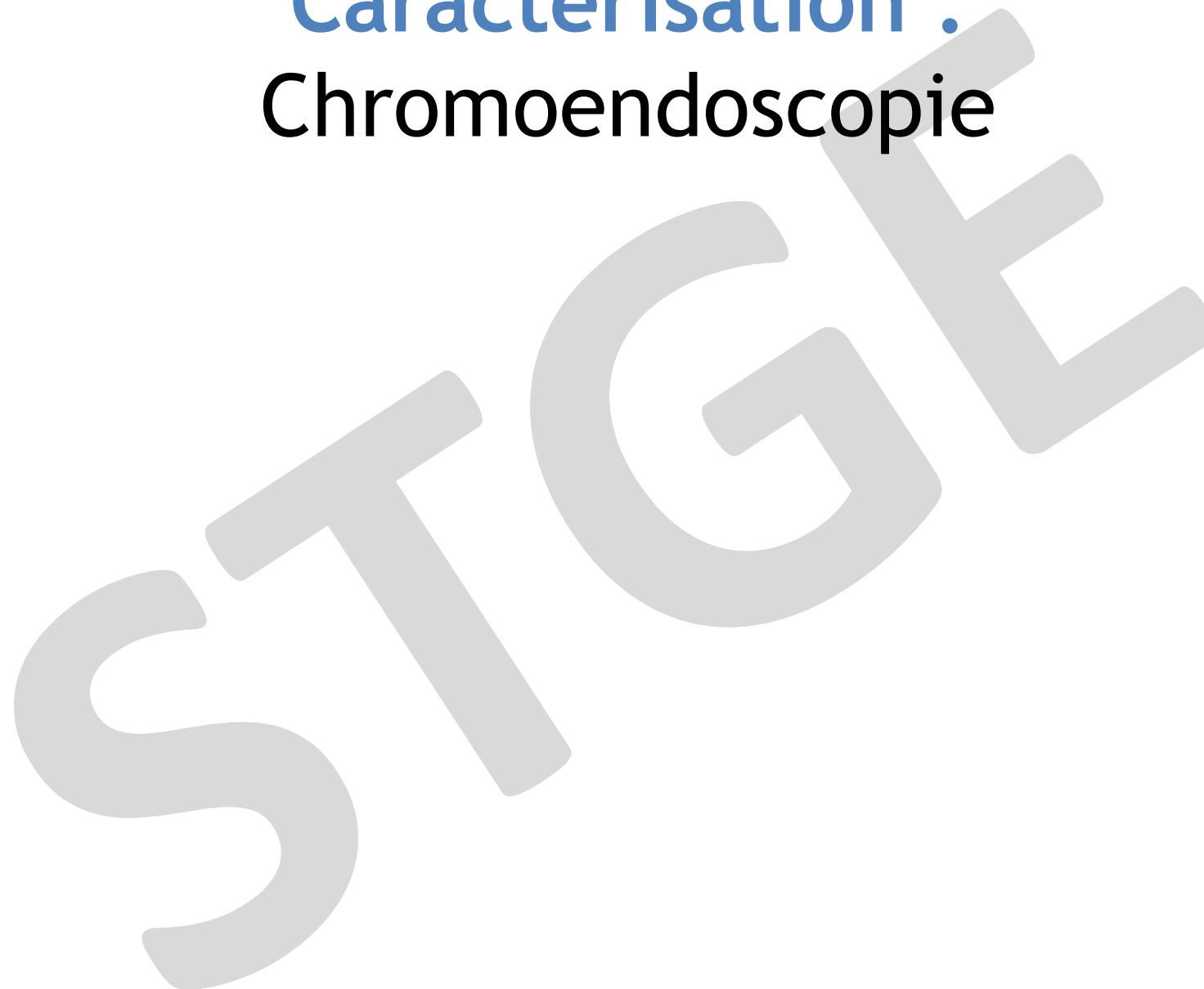
- Tête idem polypes sessiles
- Classification Kudo/ NICE / JNET

Pas de particularités
pour les polypes
pédiculés

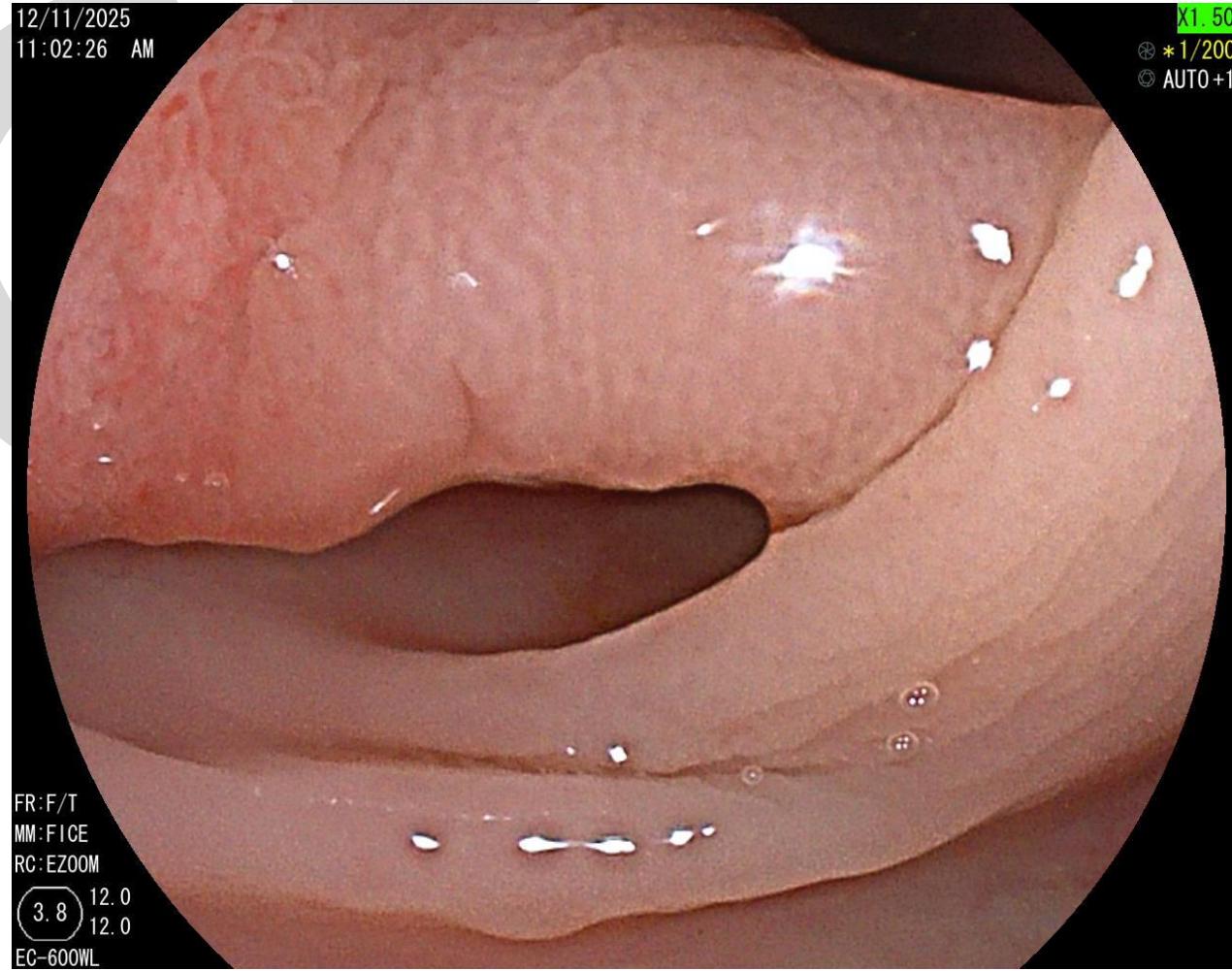
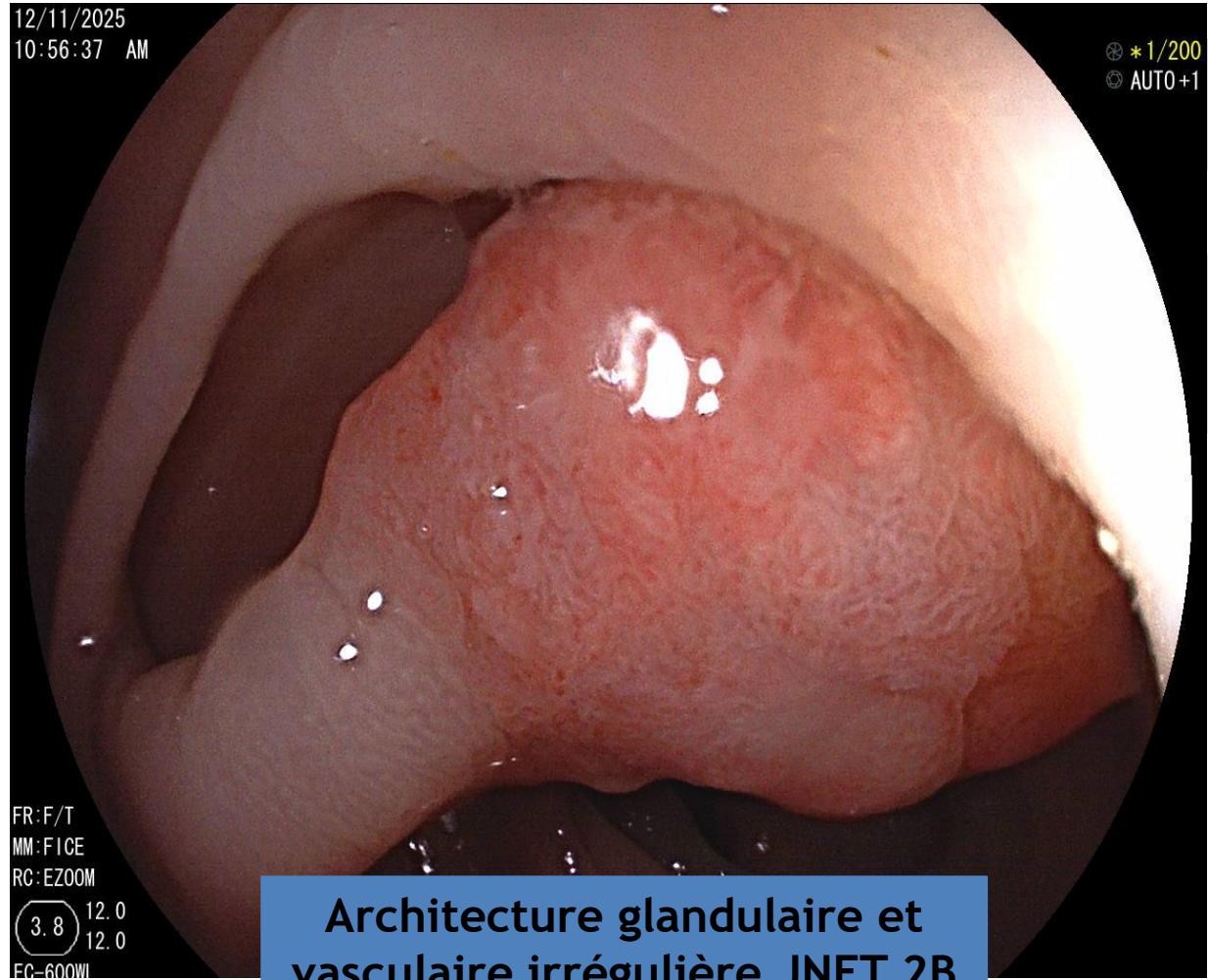
	Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3
Architecture vasculaire	Invisible	Calibre et distribution régulière	Calibre variable Distribution irrégulière	Zone avasculaire
Architecture glandulaire	Points noirs ou blancs Glandes identiques à la muqueuse normal	Régulière (tubulaire, branchée, cérébriforme)	irrégulière mais conservée	Zone amorphe, aglandulaire
Histologie la plus probable	Polype hyperplasique Lésion festonnée sessile	Dysplasie de bas grade	Dysplasie de haut grade Cancer intra-muqueux Cancer sous-muqueux superficiel	Cancer sous muqueux profond
Endoscopic image				

Caractérisation : Chromoendoscopie

- Pied

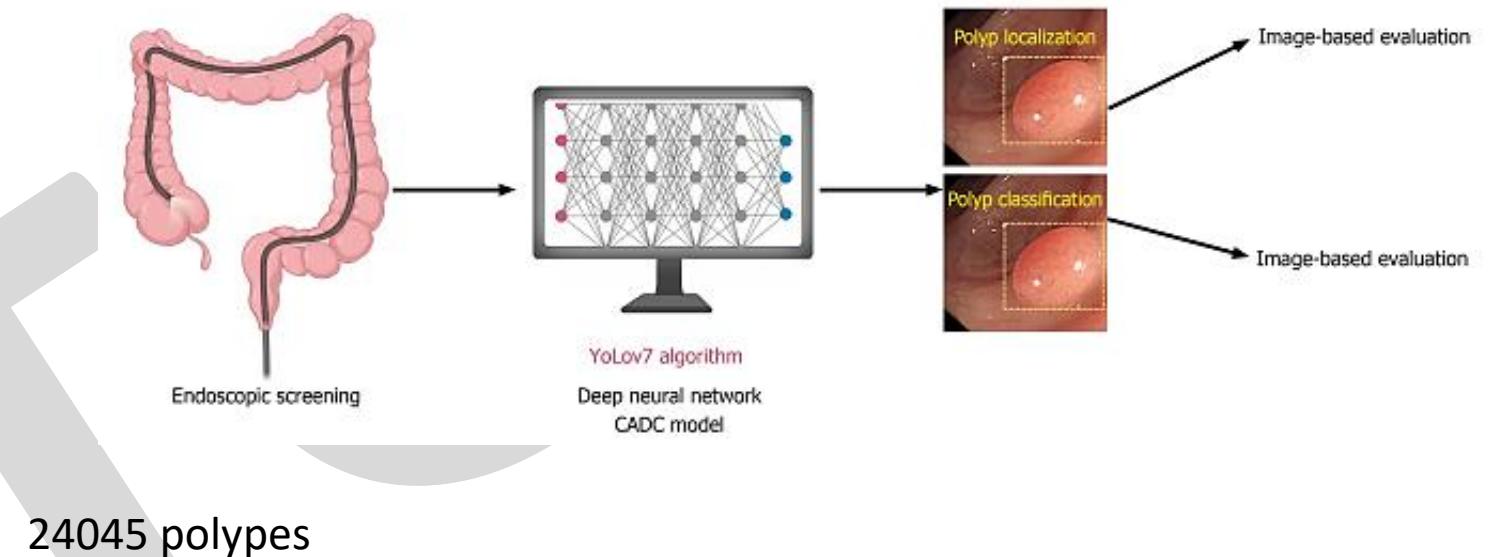
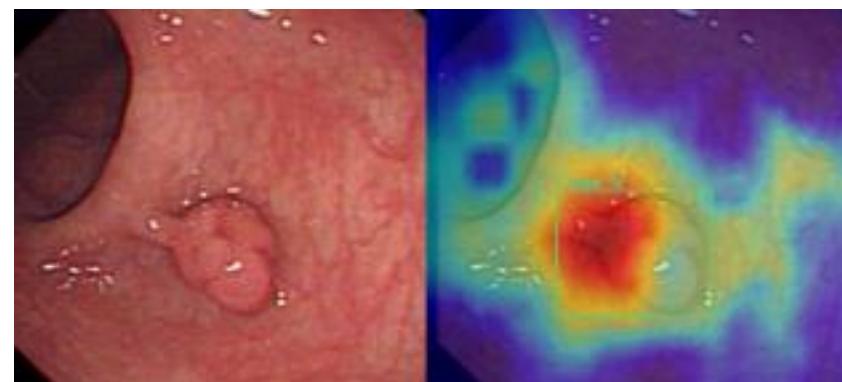


Caractérisation : Exemple



Caractérisation : Intelligence artificielle

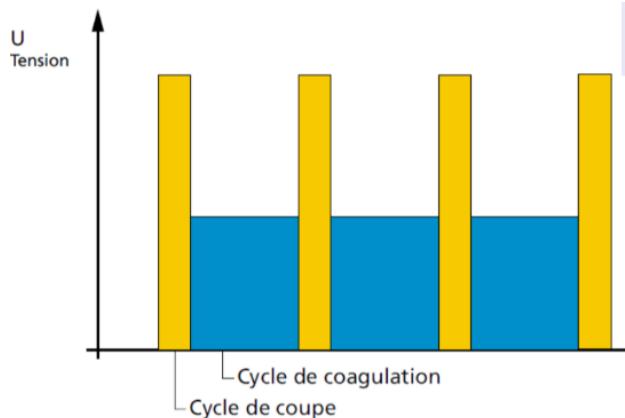
- Détection
- Caractérisation



Group	Precision	Recall	F1-score
Experts	88.7 ± 8.8	70.8 ± 6.0^a	78.3 ± 1.9^a
Seniors	75.6 ± 16.3	73.8 ± 18.1	72.2 ± 5.5^a
Juniors	72.0 ± 16.5	76.2 ± 9.3	72.6 ± 4.8^a
Average	78.8 ± 15.0	73.6 ± 11.3^a	74.4 ± 4.9^a
AI	87.1	83.3	85.2

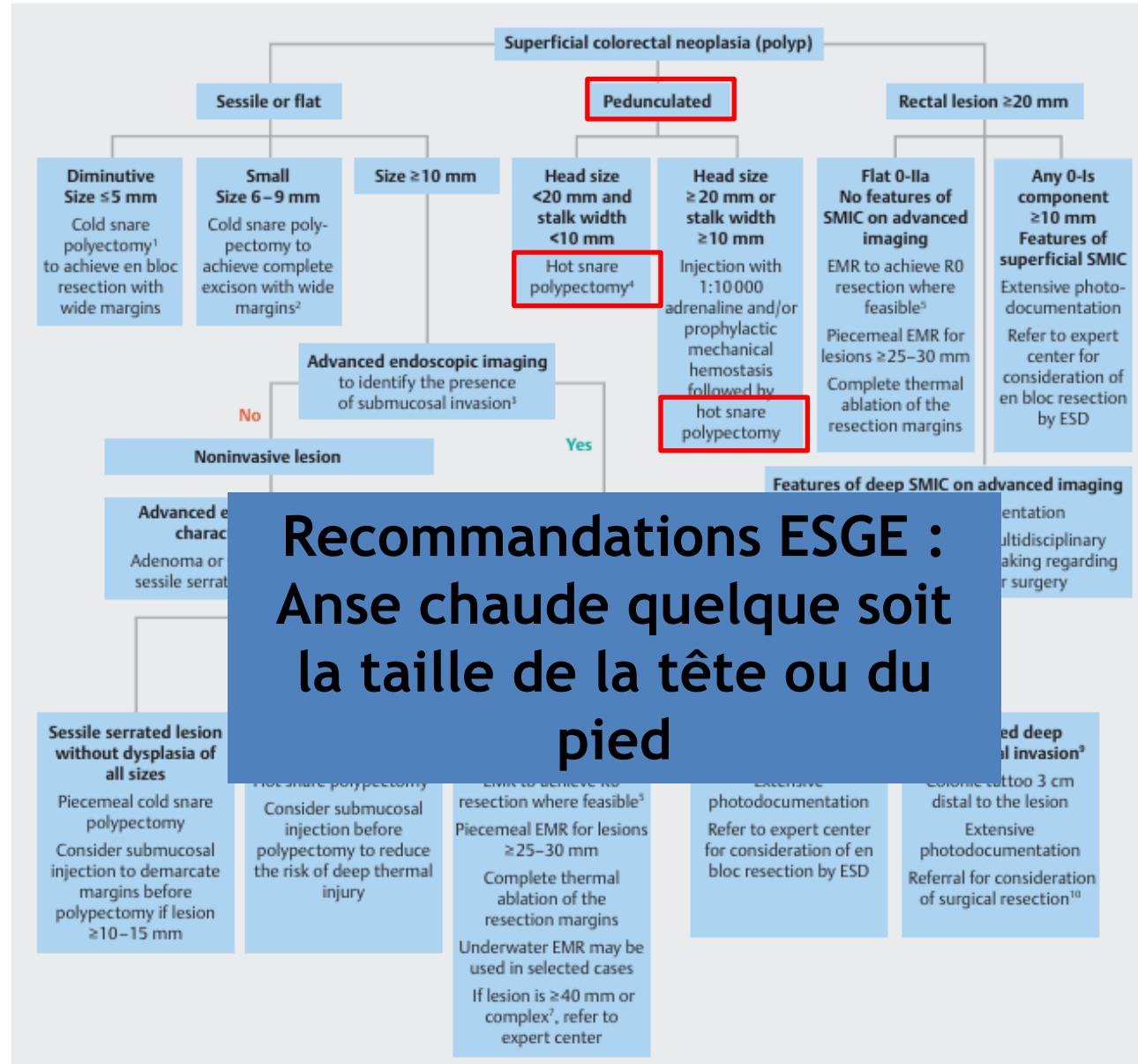
Résection endoscopique : Principes généraux

- Plateau technique adapté
- Coloscope non bouclé (position 5-8h)
- Anses adaptées
- Courant mixte (section + coagulation)
- Dispositifs médicaux disponibles
 - Gestion des complications
 - Récupération des polypes



Si vous n'êtes pas sur de pouvoir terminer la procédure il ne faut pas la commencer

Technique de résection

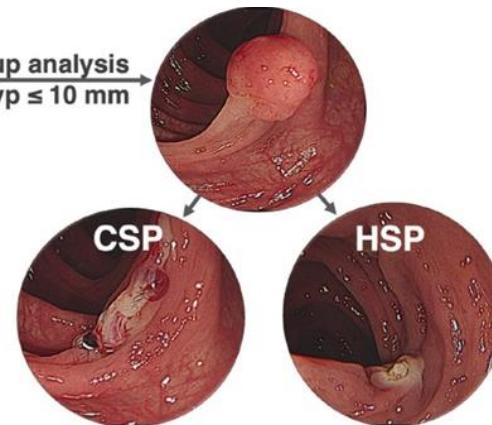


Anse froide?

Etude randomisée
contrôlée

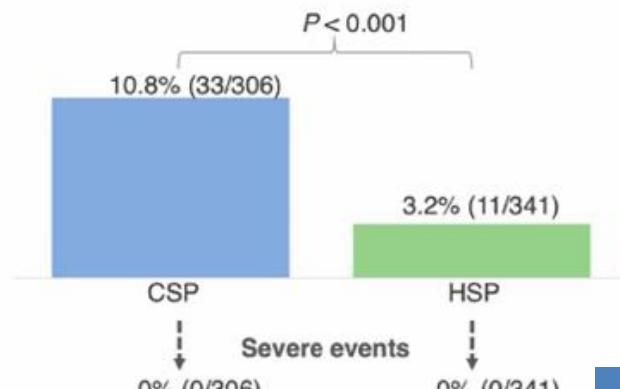
Subgroup analysis
0-1p polyp \leq 10 mm

Anse froide :
2137 polypes



Anse chaude :
2133 polypes

Immediate bleeding: Polyp-level analysis



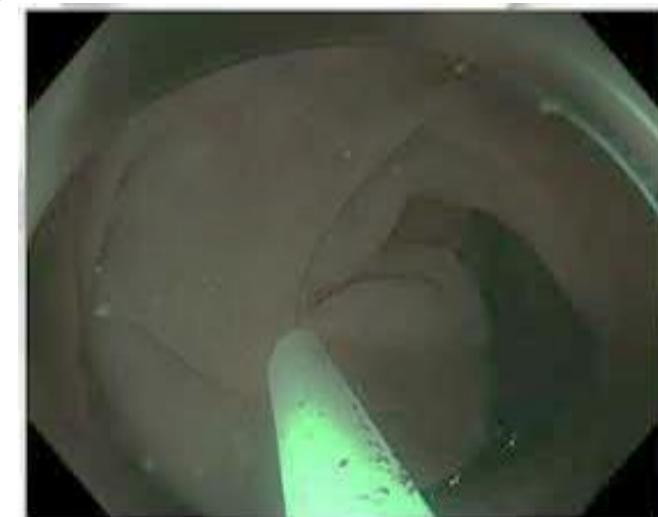
Delayed bleeding: Patient-level analysis



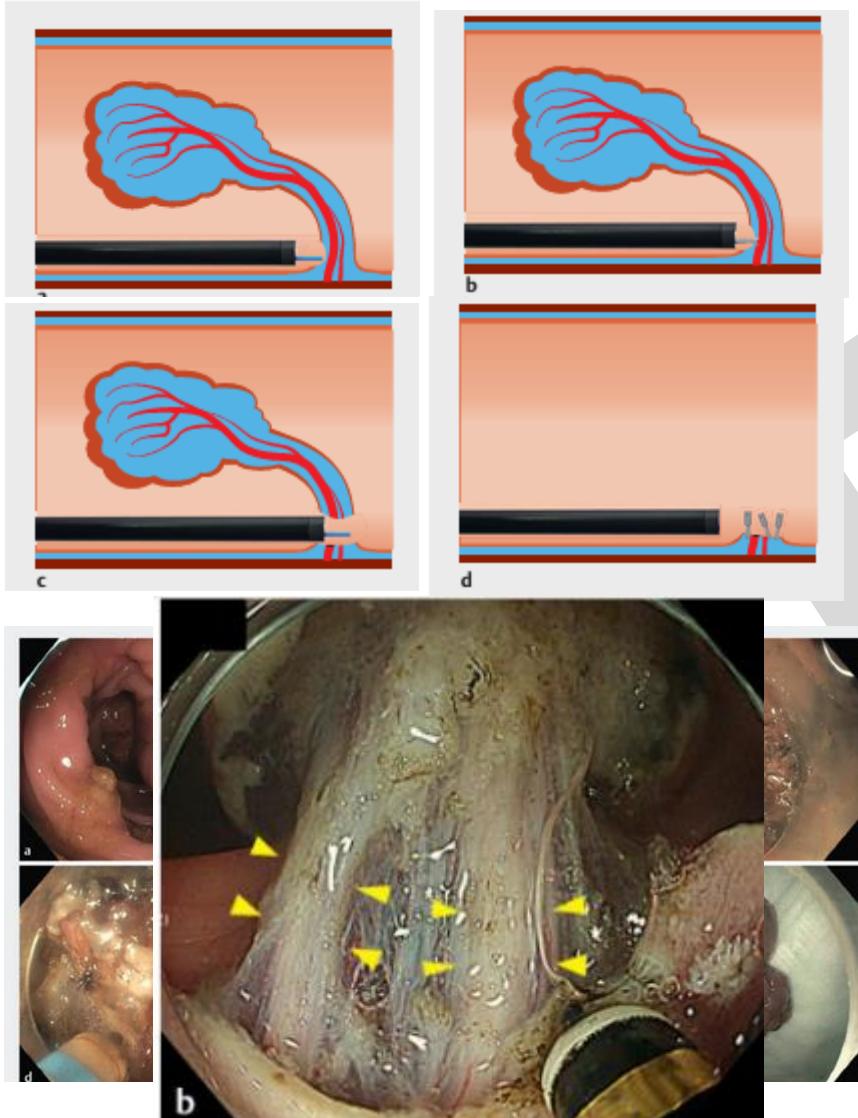
Pourrait être une alternative
pour les polypes pédiculés
inférieurs à 10mm

Immersion?

- Classiquement indiqué pour les mucosectomies (polypes sessiles)
- Peut être proposé pour les polypes pédiculés
- Localisation difficile (colon spastique, tortueux, localisation sigmoidienne)
- Taille supérieure à 1.5 cm



Dissection sous muqueuse?

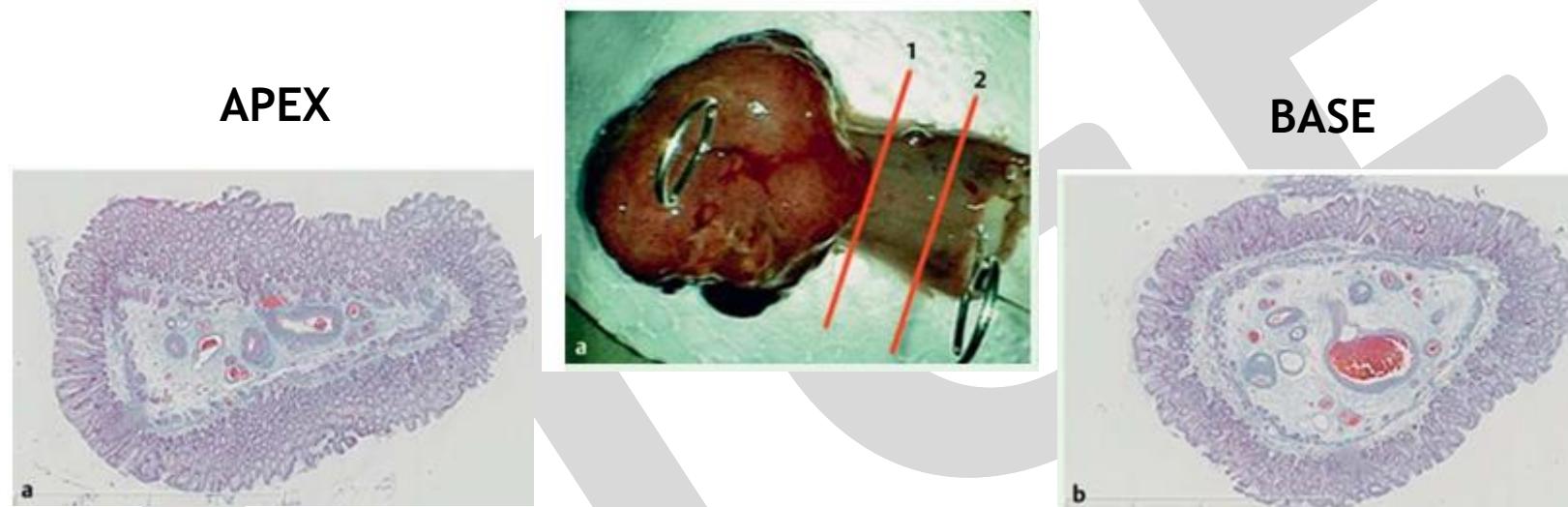


Gros polype
Pied large
Tête supérieure à 25mm
Avantages : hémostase de gros vaisseau/ visibilité mauvaise (tête)/difficulté de positionnement de l'endoloop
Inconvénient : disponibilité

Série de 25 patients
Gros polypes avec pied large
11 hémorragies per procédures gérées (soft coagulation)
1 perforation traitée endoscopiquement
Pas de récidive / chirurgie même si polype dégénéré

Niveau de section au niveau du pied?

- Étude morphométrique de l'apport sanguin des polypes coliques pédiculés



Moins de vaisseaux

Moins d'artéioles sup 1mm

Moins de risque hémorragique

MAIS Risque de résection incomplète

Plus de vaisseaux

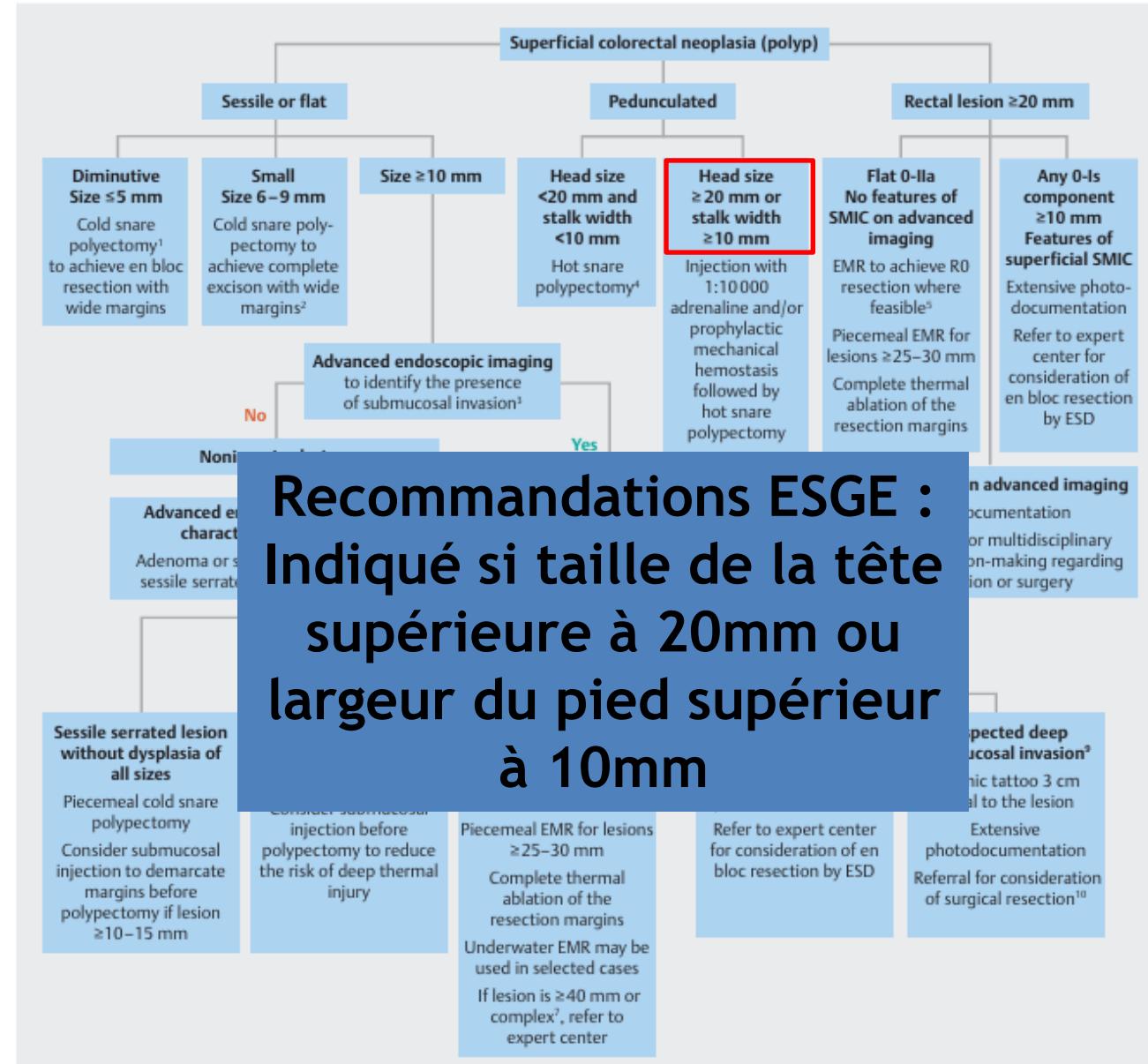
Plus d'artéioles sup 1mm

Résection complète

MAIS Risque hémorragique/perforation

Meilleur site de section : au milieu du pied du polype

Prévention de l'hémorragie : Indications



Prévention de l'hémorragie :

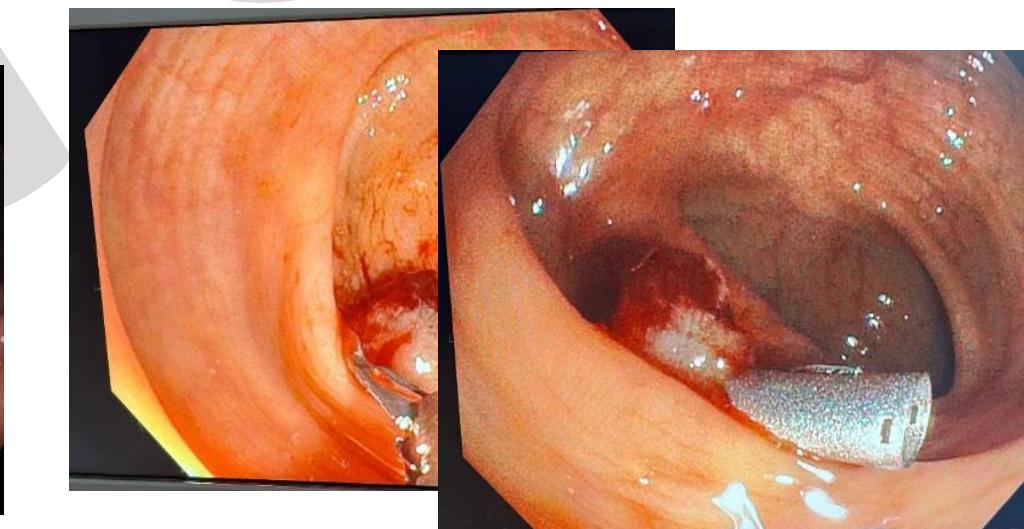
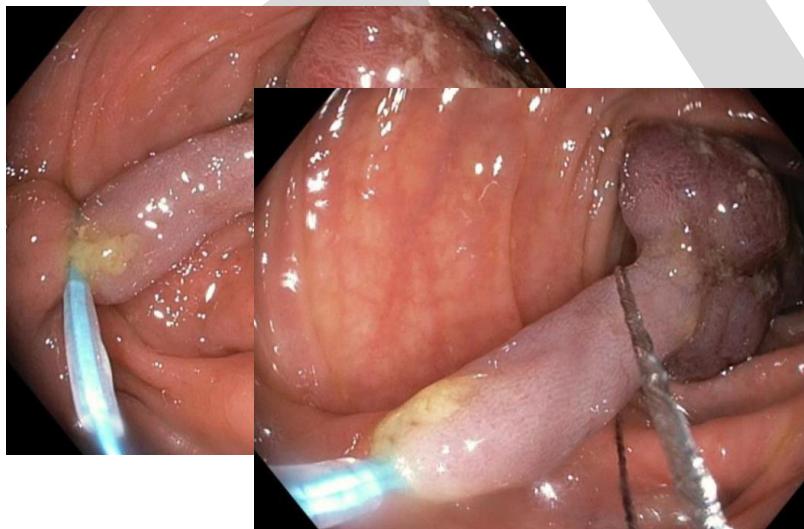
Modalités

- **Injection d'adrénaline :**

- l'injection dans le pied du polype de 2 à 5 ml de sérum salé isotonique avec adrénaline au 1/10 000e.

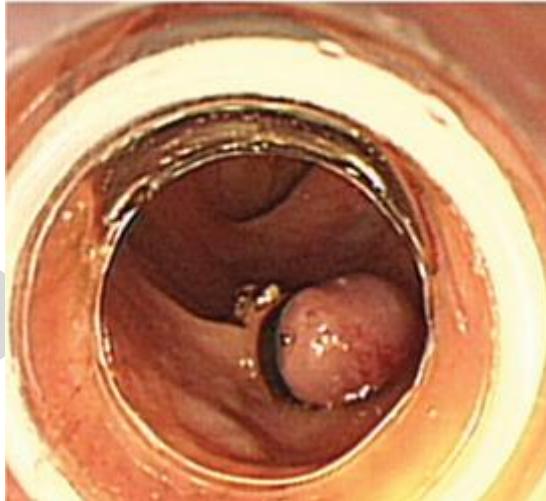
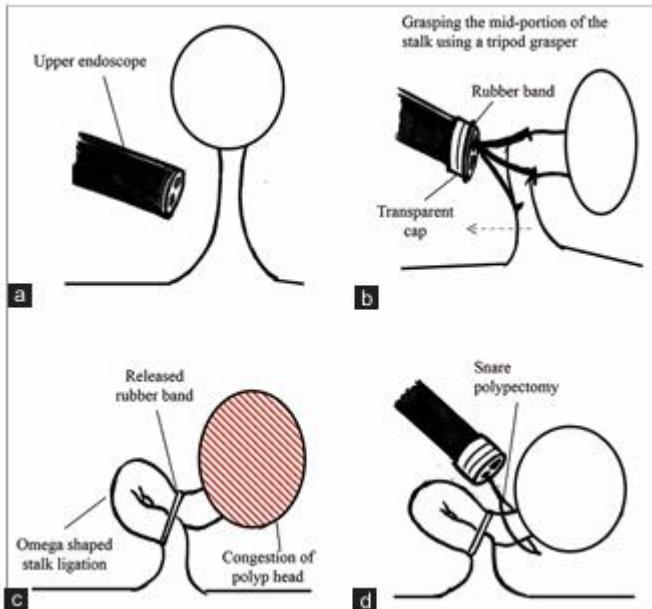
- **Procédés mécaniques :**

- Anse largable (Endoloop)
 - Clip (unique ou multiples)

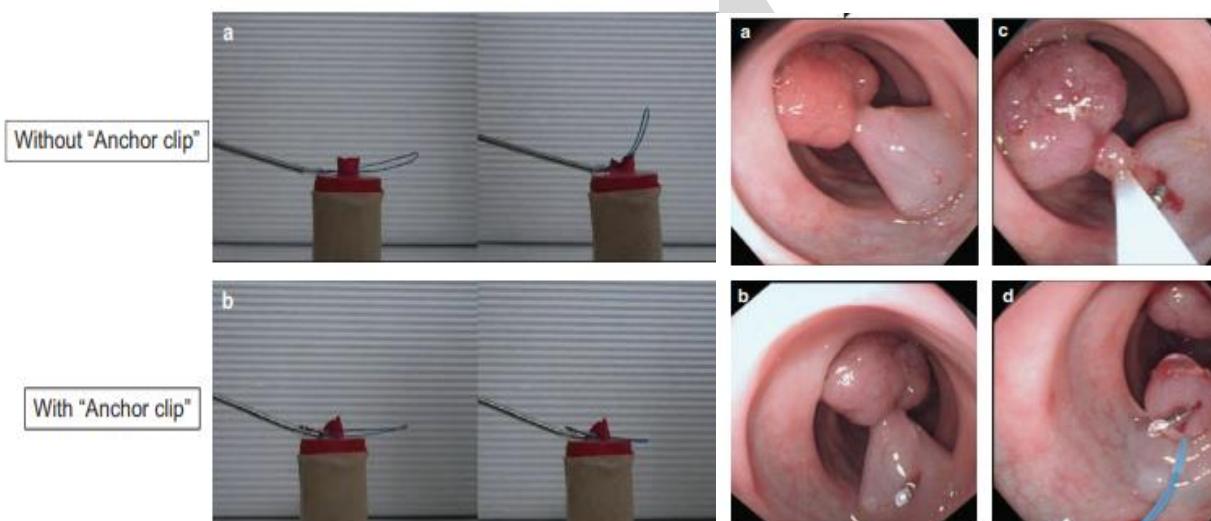


Prévention de l'hémorragie :

Autres options

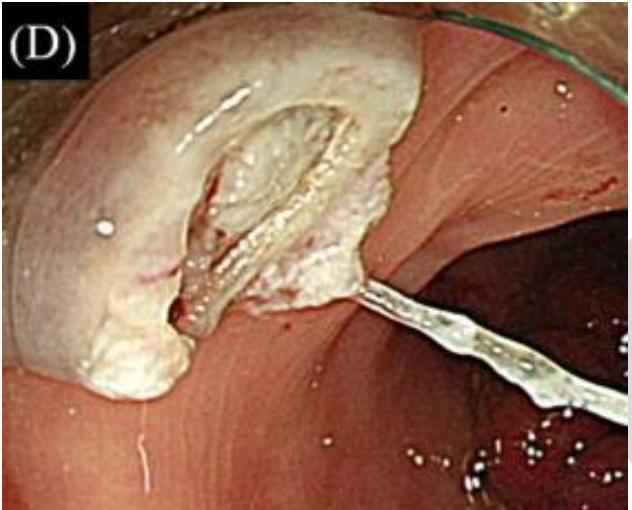


Ligature : Alternative
Pied long
Avantages : simple, efficace, aucune
complication (hémorragie)



Anchor clip : Alternative pour
orienter le positionnement de
l'endoloop (évite le
glissement)

Prévention de l'hémorragie : Avant ou après la polypectomie



Meilleure option : avant la polypectomie
Evite le saignement post procédural immédiat parfois
difficile à contrôler

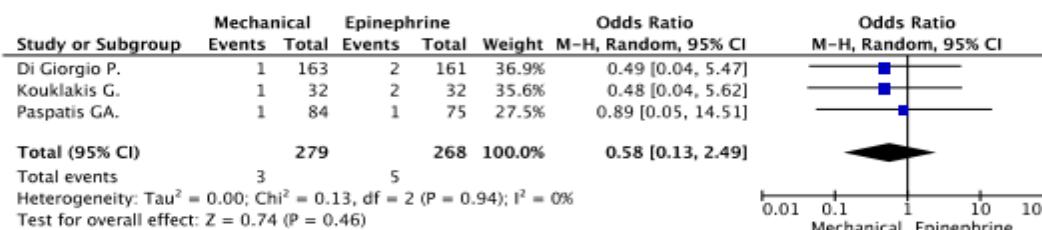
Prévention de l'hémorragie : Quelle méthode utiliser?

Méta-analyse
Adrénaline versus hémostase
mécanique
1062 patients adrénaline
565 patients procédé mécanique

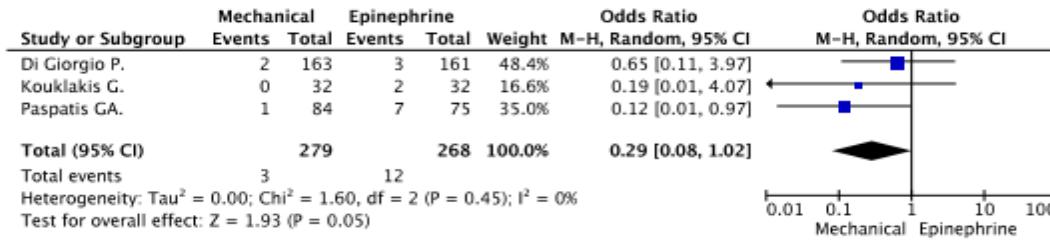
Pas de différence
($p=0,46$)

Mécanique
supérieur
adrénaline
($p=0,05$)

Early bleeding



Delayed bleeding



Prévention de l'hémorragie : Quelle méthode utiliser?

Etude multicentrique randomisée

Clip vs endoloop

Plus de 200 polypes

Efficacité similaire clip et endoloop

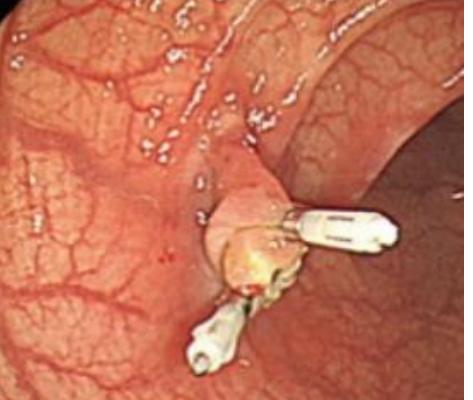
Temps procédural plus long pour l'endoloop

	Clip	Endoloop	P value
	All cases	Successful placement of endoloop	
Polyps, n	98	105	98
Success of procedure, n (%)	98 (100)	98 (93.3)	0.014
No. of clips or loops, mean \pm SD, n	1.5 \pm 0.7	1.0 \pm 0.2	<0.001
Procedure time, mean \pm SD, minutes	5.3 \pm 4.9	6.9 \pm 4.0	0.017
Overall bleeding, n (%)	5 (5.1)	6 (5.7)	4 (4.1)
Immediate bleeding, n	4	5	3
Grade 1	1	1	1
Grade 2	0	1	0
Grade 3	2	3	2
Grade 4	1	0	0
Endoscopic therapy, n			
Clip	3	2	1
APC	0	1	1
Delayed bleeding	1	1	1
Early (<24 hours)	0	0	0
Late (\geq 24 hours – 30 days)	1	1	1

Prévention de l'hémorragie :

Quelle méthode utiliser?

	Adrénaline
Avantages	<ul style="list-style-type: none">- Réduit la taille du pied et son flux sanguin- Meilleure visibilité si saignement actif
Inconvénients	Risque de saignement retardé (à éviter si seule)



Prévention de l'hémorragie :

Quelle méthode utiliser?

	Adrénaline	Clip
Avantages	<ul style="list-style-type: none">- Réduit la taille du pied et son flux sanguin- Meilleure visibilité si saignement actif	<ul style="list-style-type: none">- Hémostase immédiate et retardée- Facile à déployer- Disponibilité
Inconvénients	Risque de saignement retardé (à éviter si seule)	<ul style="list-style-type: none">- Nécessité de plusieurs clips si large pédicule (taille insuffisante des clips)- Conduction de courant dans le clip si section après positionnement (risque de perforation/brûlure muqueuse)

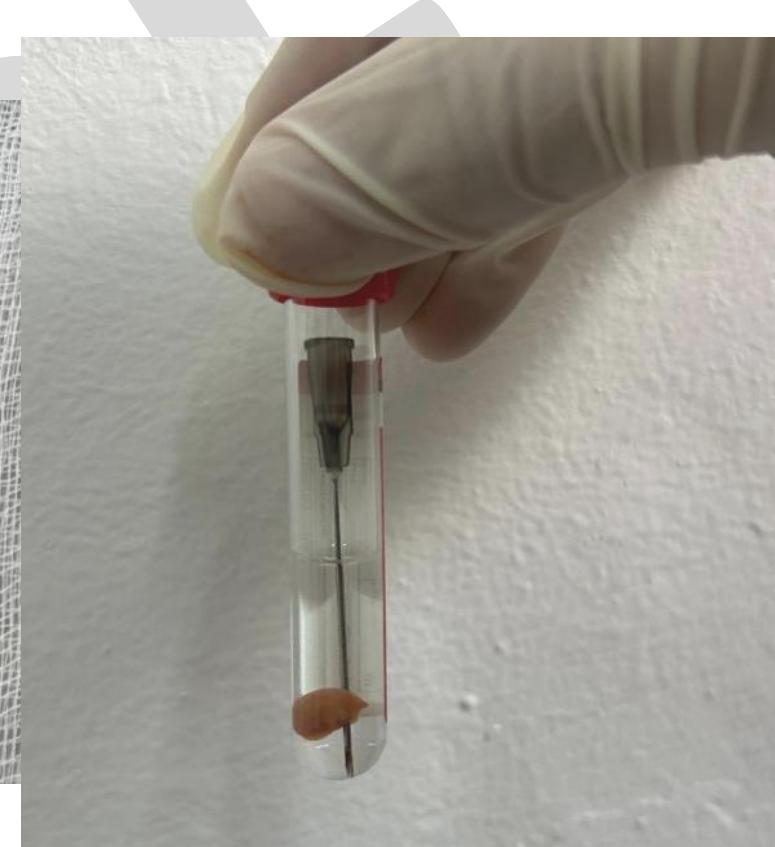
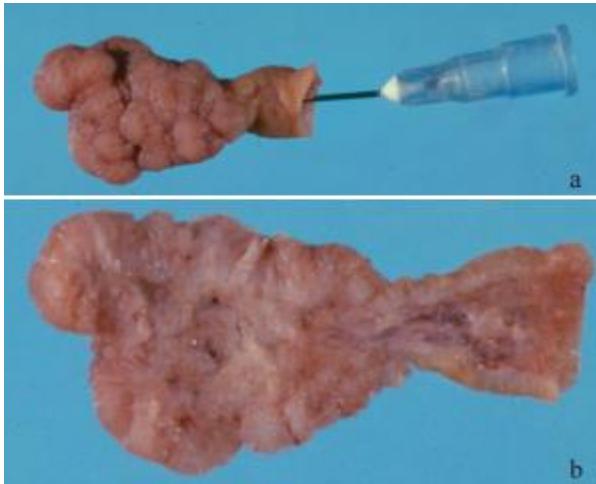


Prévention de l'hémorragie : Quelle méthode utiliser?

	Adrénaline	Clip	Anse largable
Avantages	<ul style="list-style-type: none">- Réduit la taille du pied et son flux sanguin- Meilleure visibilité si saignement actif	<ul style="list-style-type: none">- Hémostase immédiate et retardée- Facile à déployer- Disponibilité	Hémostase immédiate et retardée
Inconvénients	Risque de saignement retardé (à éviter si seule)	<ul style="list-style-type: none">- Nécessité de plusieurs clips si large pédicule (taille insuffisante des clips)- Conduction de courant dans le clip si section après positionnement (risque de perforation/brûlure muqueuse)	<ul style="list-style-type: none">- Difficulté de déploiement (souple, position lâche)- Section mécanique accidentelle- Rallonge le temps procédural- Disponibilité- Nécessité de formation

Choix : Au cas par cas selon morphologie du polype / disponibilité du matériel / choix de l'endoscopiste

Préparation de la pièce pour analyse histologique



- Orientation du pied dès résection (rétraction)
- Repérage par tatouage/fil de suture ou épingle
- Si doute sur une invasion, marquage de la position du polype (clip/ tatouage)

Analyse histologique

Aspect
macroscopique
et
Différenciation

Taille tumorale

Degré d'invasion
(musculaire muqueuse)
Classification de Haggitt

Sous type
d'adénocarcinome

- Mucineux
- Cellules indépendantes

Critères histologiques à
préciser devant un
polype pédiculé
dégénéré

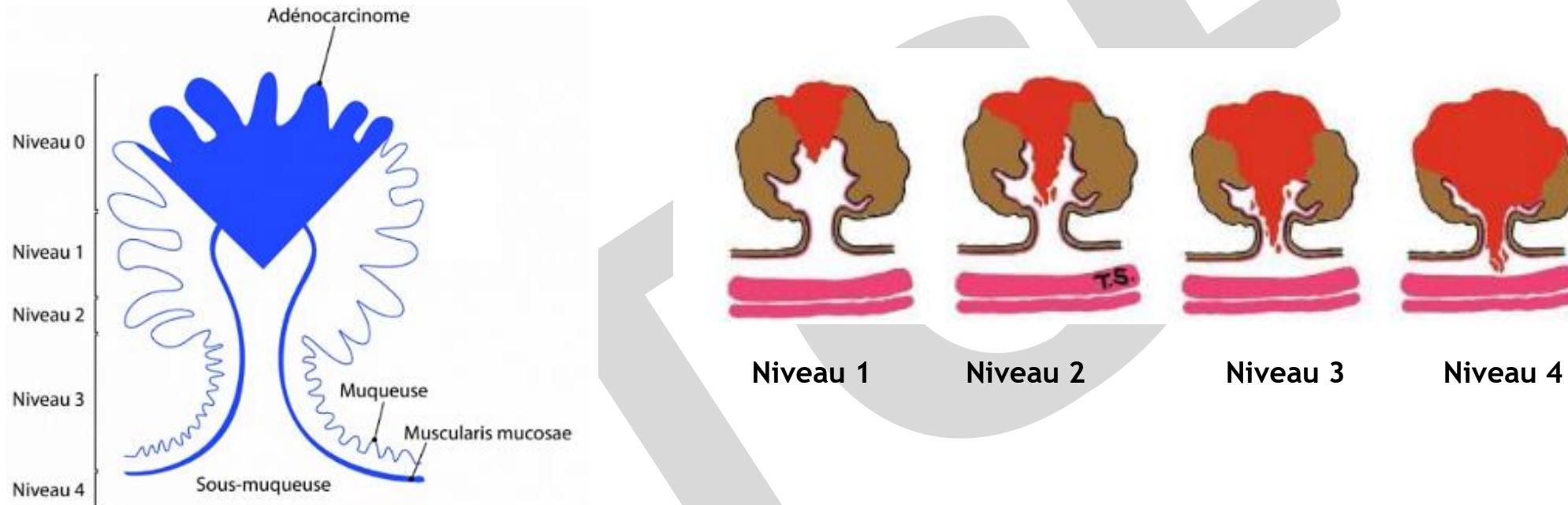
Budding
(front d'invasion)

Infiltration
lymphovasculaire

- Emboles vasculaires
- Emboles lymphatiques

Analyse histologique

Classification de Haggit

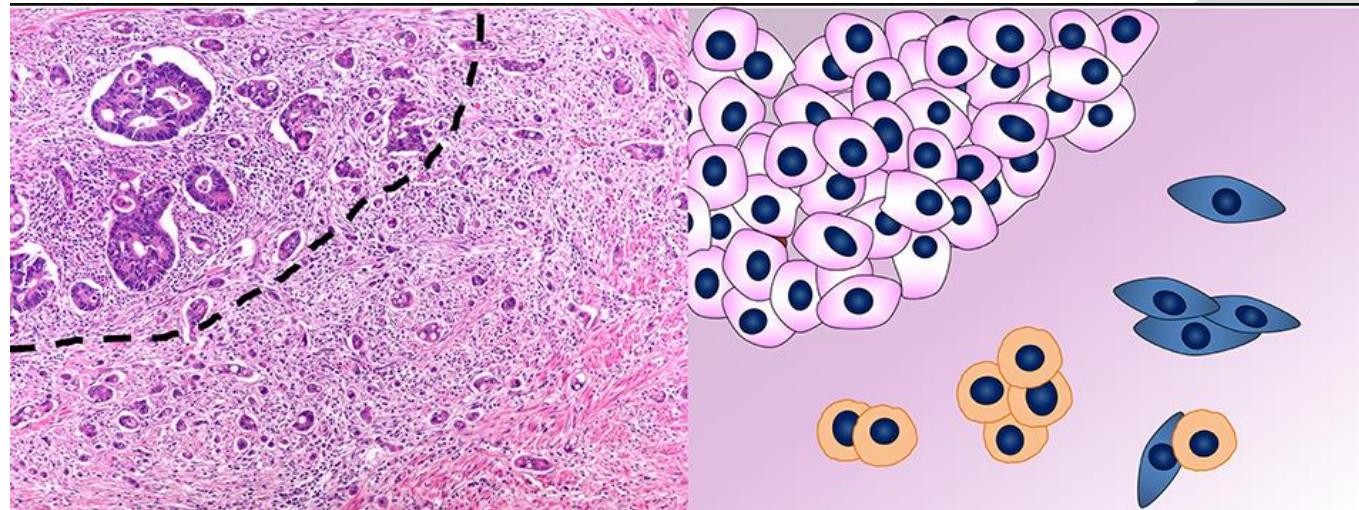


- niveau 0 : intramuqueux ou *in situ* (muqueux et tête (confiné à la muqueuse) - risque ganglionnaire 0 %)
- niveau I : superficiel 1/3 supérieur de l'axe (tête - risque ganglionnaire 0 %)
- niveau II : partie moyenne et inférieure du pédicule (collet - risque ganglionnaire 0 %)
- niveau III : partie inférieure du pédicule, sous le collet (pied - risque ganglionnaire 15 %)
- niveau IV : extension à la sous-muqueuse colique sous-jacente (paroi colique - risque ganglionnaire 27 %).

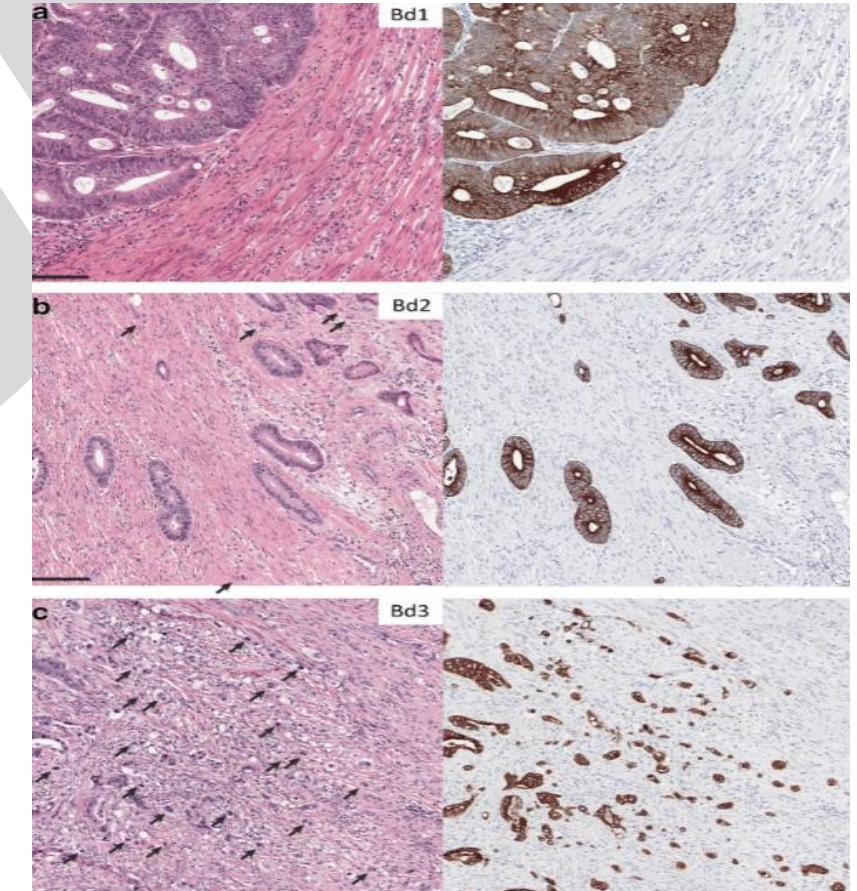
Analyse histologique

Budding

- Correspond au nombre de cellules tumorales isolées au front d'invasion

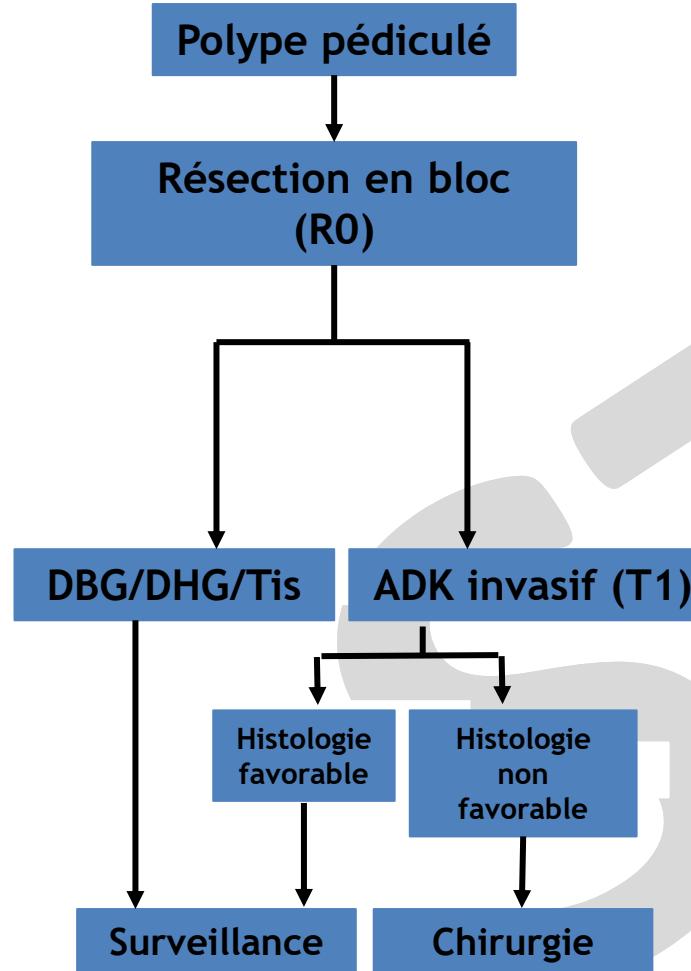


- Classification**
- Bd 1 : 0-4 cellules
- Bd2 : 5-9 cellules
- Bd 3 : supérieur à 10 cellules



Corrélé au risque de métastases gg (accru si Bd 2 et 3)

Surveillance après polypectomie



- Critères histologiques favorables :

- Exérèse et examen anatomo-pathologique complet (à partir de l'axe médian passant par le pédicule et intéressant obligatoirement la base d'implantation)
- Cancer bien ou moyennement différencié (grade histologique I ou II)
- Absence d'embole lymphatique ou vasculaire
- Absence d'engainement péri-nerveux
- Marge de sécurité >1 mm
- Niveau 0, I ou II ou III de Haggitt
- Absence de budding (Bd 1)

Délais de surveillance

STAGE

Cas cliniques

STAGE

Cas 1



Que faites vous?

- Polypectomie à l'anse froide
- Polypectomie à l'anse chaude
- Clip
- Endoloop
- Injection d'adrénaline
- Biopsies du polype
- Chirurgie

Cas 1

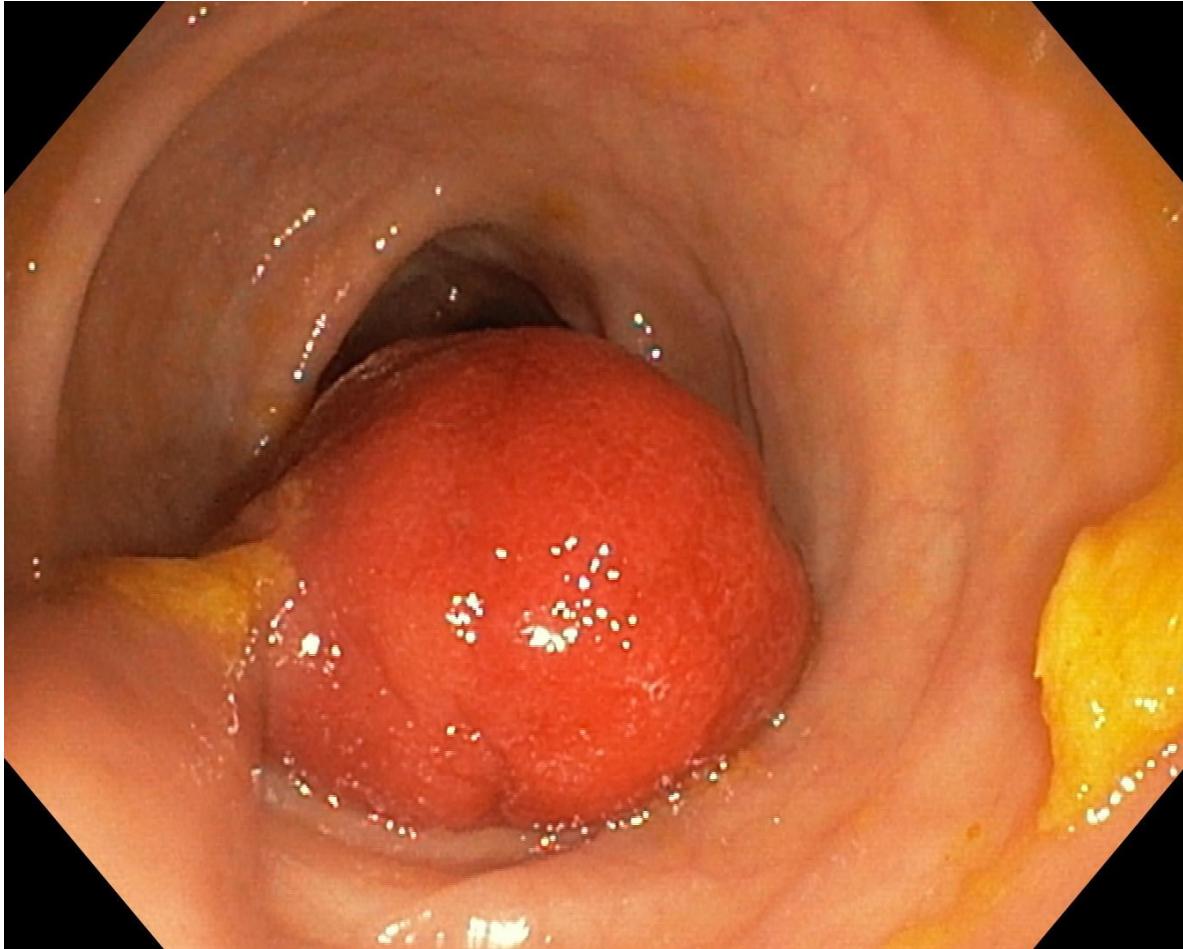


Que faites vous?

- Polypectomie à l'anse froide
- **Polypectomie à l'anse chaude**
- Clip
- Endoloop
- Injection d'adrénaline
- Biopsies du polype
- Chirurgie

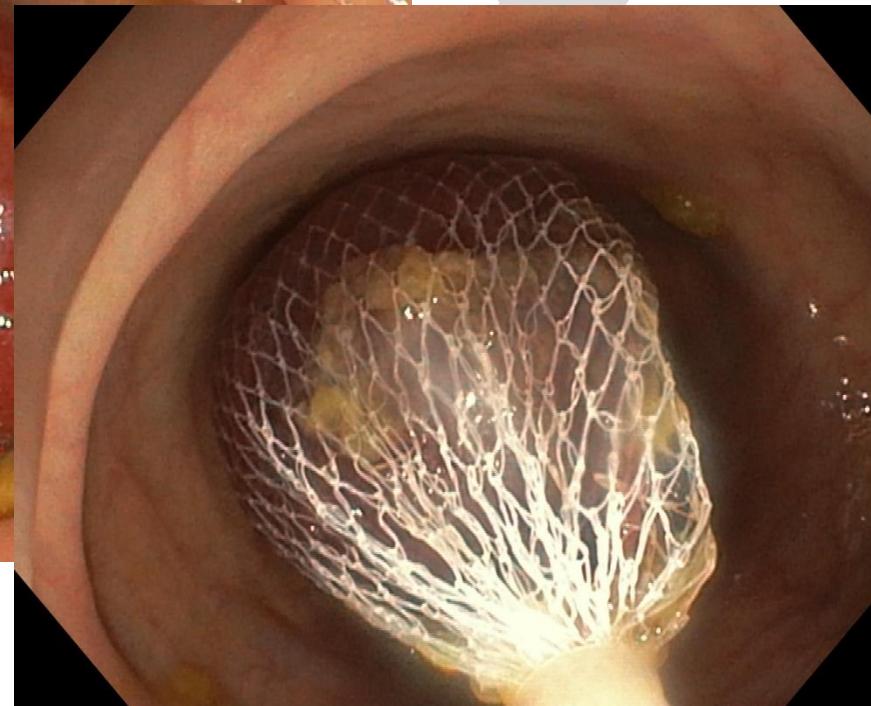
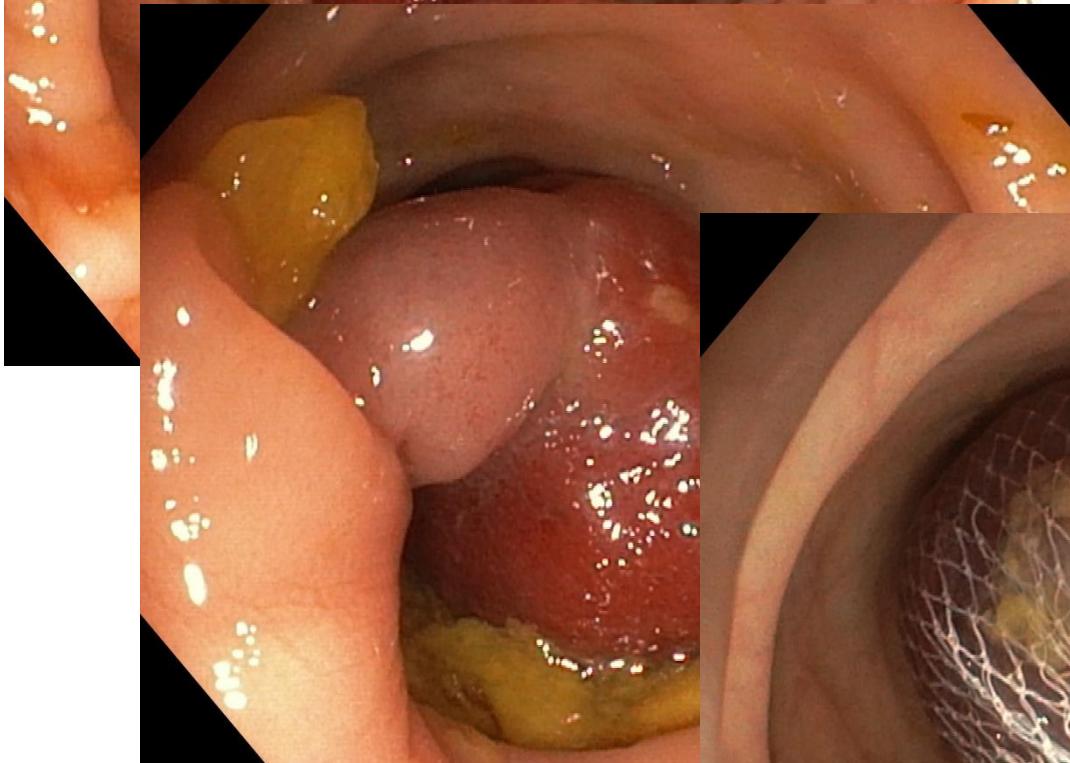
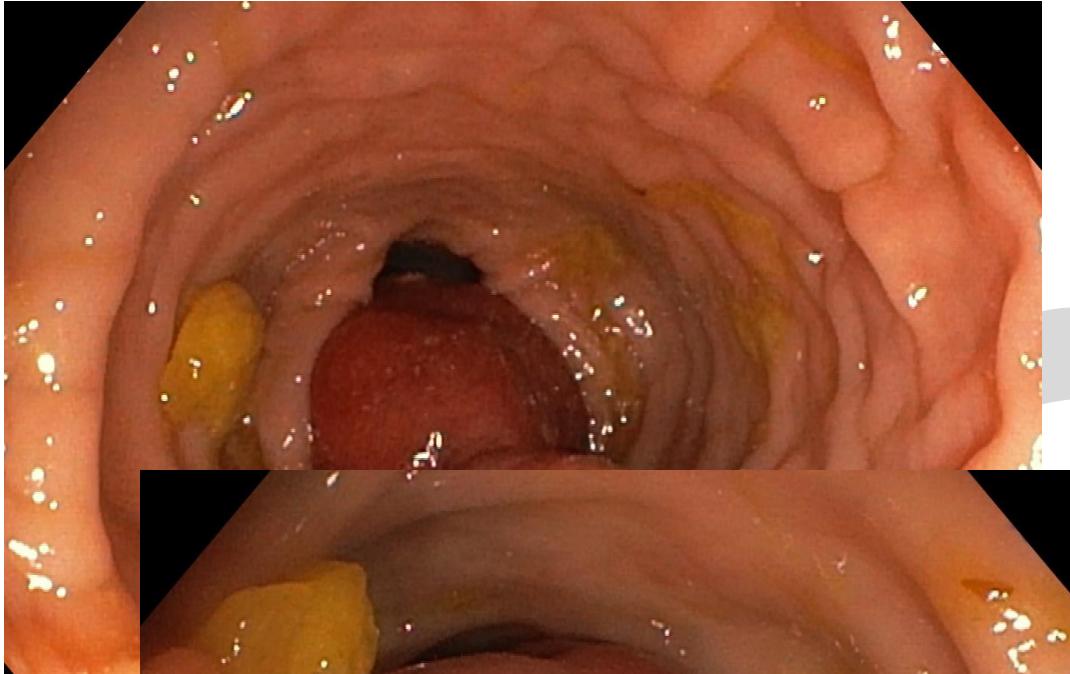


Cas 2



Que faites vous?

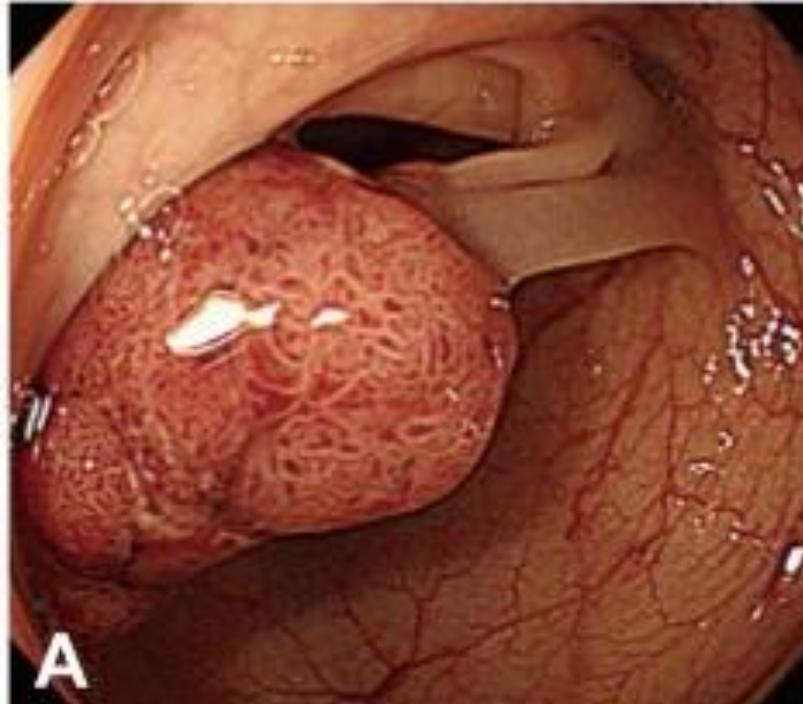
- Polypectomie à l'anse froide
- Polypectomie à l'anse chaude
- Clip
- Endoloop
- Injection d'adrénaline
- Biopsies du polype
- Chirurgie



Que faites vous?

- Polypectomie à l'anse froide
- **Polypectomie à l'anse chaude**
- Clip
- Endoloop
- Injection d'adrénaline
- Biopsies du polype
- Chirurgie

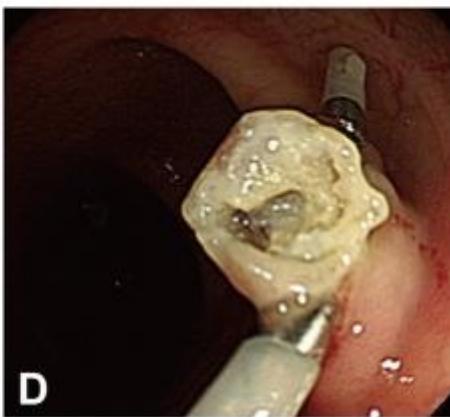
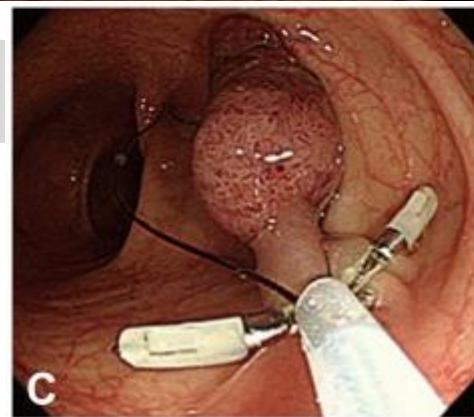
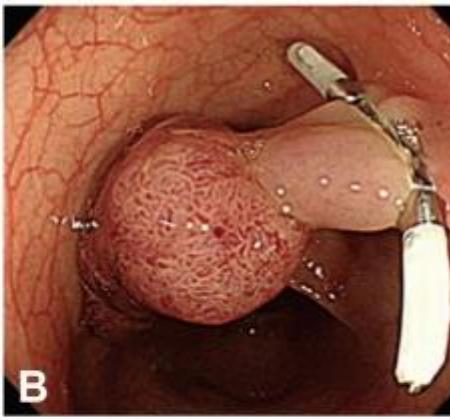
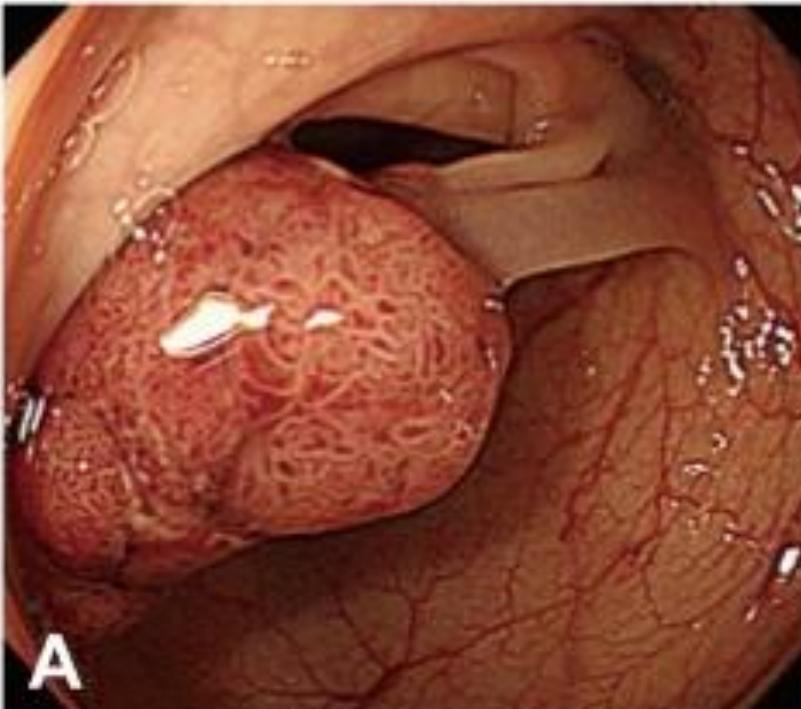
Cas 3



Que faites vous?

- Polypectomie à l'anse froide
- Polypectomie à l'anse chaude
- Clip
- Endoloop
- Injection d'adrénaline
- Biopsies du polype
- Chirurgie

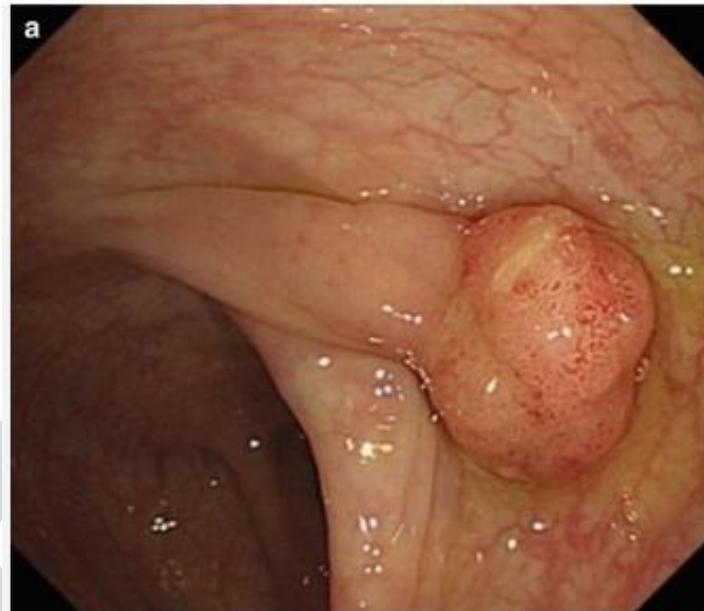
Cas 3



Que faites vous?

- Polypectomie à l'anse froide
- **Polypectomie à l'anse chaude**
- Clip
- Endoloop
- Injection d'adrénaline
- Biopsies du polype
- Chirurgie

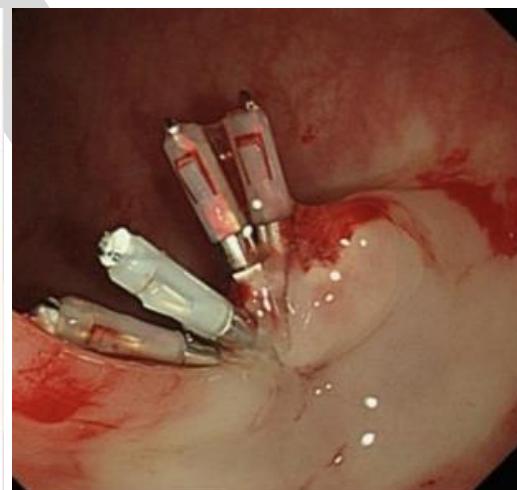
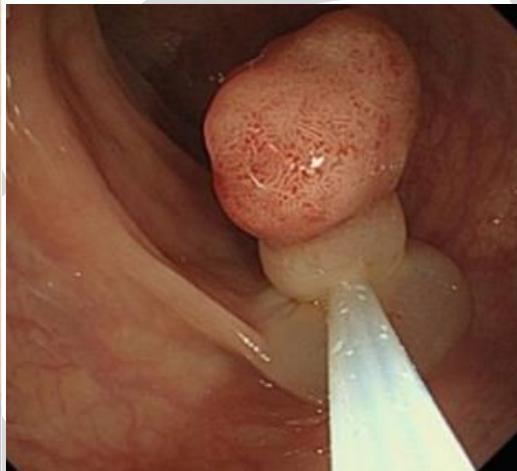
Cas 4



Que faites vous?

- Polypectomie à l'anse froide
- Polypectomie à l'anse chaude
- Clip
- Endoloop
- Injection d'adrénaline
- Biopsies du polype
- Chirurgie

Cas 4



Que faites vous?

- Polypectomie à l'anse froide
- **Polypectomie à l'anse chaude**
- **Clip**
- Endoloop
- Injection d'adrénaline
- Biopsies du polype
- Chirurgie

Messages clés

- Caractérisation (tête/ pied)
- Polypectomie à l'anse chaude avec marquage du pied du polype
- Analyse histologique rigoureuse (critères)
- Prévention de l'hémorragie si taille tête supérieure à 2cm / largeur pied supérieur à 1cm (Clip=Anse largable +/- injection d'adrénaline)



Merci de votre attention