

RECOMMANDATIONS DE LA



RÉSECTION MUQUEUSE COLORECTALE

**Marc GIOVANNINI, Bertrand NAPOLEON,
Gérard GAY,**

Jean-Pierre ARPURT,

Christian BOUSTIERE, Jean BOYER,

Jean-Marc CANARD, Pierre-Adrien DALBIES,

Jean ESCOURROU, Michel GREFF,

Jean LAPUELLE, René LAUGIER,

Jean-Christophe LETARD,

Bernard MARCHETTI, Bertrand NAPOLEON,

Laurent PALAZZO, Thierry PONCHON,

Denis SAUTEREAU, Bruno VEDRENNE.

I. DÉFINITION

La mucosectomie endoscopique (ME) est la résection, sous contrôle endoscopique, de la muqueuse et de la sous-muqueuse de la paroi colorectale.

II. INDICATIONS

Les indications principales sont les adénomes villosités, les adénomes plans ; l'existence d'une dégénérescence au sein de ces adénomes n'est pas une contre-indication à la ME à condition que le cancer soit intra-épithélial (ne franchissant pas la *muscularis mucosæ*).

Si le cancer infiltre et dépasse la sous-muqueuse, la ME peut être considérée comme curative si l'adénocarcinome est bien différencié, s'il n'existe pas d'emboles lymphatiques et si la résection est considérée comme complète.

III. AVANTAGES DE LA ME

Elle permet d'obtenir une pièce de résection permettant, en général, une bonne étude histologique. La ME doit toujours être préférée à la destruction tumorale thermique par laser, ou plasma argon, qui ne donne aucun renseignement histologique sur la profondeur d'une éventuelle prolifération tumorale.

IV. BILAN AVANT ME

En cas de lésion rectale, il est conseillé, avant de réaliser une ME, de pratiquer une échoendoscopie rectale afin de s'assurer du caractère superficiel de la lésion villositaire. L'utilisation de sonde de fréquence standard 5, 7.5 ou 12 MHz permet de distinguer les lésions infiltrantes (T2-T3) des lésions superficielles (T1) dans environ 90 % des cas. En revanche, il est impossible de distinguer les lésions intra-épithéliales des tumeurs infiltrant la sous-muqueuse. Pour cela, des sondes de haute fréquence 20-30 MHz sont nécessaires.

Au niveau du côlon, seules des sondes intracanalaires sont utilisables, mais un des meilleurs signes est celui du soulèvement de la lésion plane ou sessile par l'injection sous-muqueuse de sérum physiologique ou de sérum adrénaliné. L'absence de soulèvement, ou un soulèvement asymétrique, témoigne soit d'une infiltration profonde de la sous-muqueuse (sm3) ou d'une infiltration de la musculature et, dans ces cas, la ME ne doit pas être réalisée.

V. INFRASTRUCTURE

La ME colorectale doit être réalisée en ambiance de bloc opératoire, après avoir informé le patient des risques de complications et prévenu l'équipe chirurgicale sur la

possibilité d'une intervention en urgence ou semi-urgence.

Une préparation colique parfaite est nécessaire même en cas de lésions colorectales bas situées ; enfin, une anesthésie générale est conseillée.

Pour réaliser une ME, le matériel minimum nécessaire est le suivant :

- coloscope vidéo ;
- colorant type indigo carmin (0,4 %) ;
- aiguilles pour injection sous-muqueuse ;
- sérum physiologique ou sérum adrénaliné (1/1 000) ;
- plusieurs types d'anses diathermiques :
 - standard,
 - avec picot distal,
 - anses à griffes ;
- bistouri électrique (normes CE) ;
- matériel pour récupérer la ou les lésions (tripodes, anse panier) ;
- matériels pour traiter d'éventuelles complications (hémorragie, perforation) :
 - adrénaline,
 - pince chaude,
 - clips endoscopiques,
 - plasma argon.

En cas de résection de larges lésions (> 2 cm), une surveillance de 24 heures en milieu hospitalier est conseillée surtout si la lésion est située au niveau du côlon droit ou du cæcum.

VI. TECHNIQUES : LES POINTS-CLÉS

Il faut toujours s'assurer d'une résection complète de la lésion colorectale, et essayer de réaliser la ME en un seul fragment, ce qui facilitera l'étude histologique. Néanmoins, ceci n'est pas toujours possible, notamment en cas de larges lésions villeuses sessiles. Dans ce cas, il faudra essayer de récupérer l'ensemble des fragments et de les orienter sur une plaque de liège avec des épingles afin de reconstituer la lésion primitive.

1^{re} étape de la ME

Repérage correct de la lésion et de ses contours, au besoin, en utilisant de l'indigo carmin qui rehausse le relief de la muqueuse digestive.

2^e étape

Injection sous-muqueuse de sérum physiologique, additionnée de bleu de méthylène (BM) qui permettra de s'assurer de la résection complète de la muqueuse et de la sous-muqueuse car le BM va colorer en bleu la musculaire. Cette injection débutera au pôle inférieur de la

lésion ; en cas de difficulté technique, on pourra s'aider d'une rétrovision. Le volume injecté variera entre 20 et 40 ml, il doit permettre un soulèvement net de la lésion. La qualité de cette injection et celle du soulèvement obtenu sont les garants d'une procédure au risque de perforation diminuée.

3^e étape

La lésion soulevée doit être enserrée dans l'anse diathermique en essayant de prendre un peu de muqueuse saine autour de la lésion. La section de la lésion est réalisée en utilisant, soit du courant de coupe pur, soit de l'endocoupe mixant coupe et coagulation.

4^e étape

Le fragment réséqué doit être récupéré. Il faudra alors vérifier les berges de la résection afin de s'assurer de l'absence de tissu villositaire résiduel. En cas de tissu résiduel, celui-ci devra être réséqué de nouveau au prix d'une nouvelle ME ou, éventuellement, thermo détruit par plasma argon.

VII. COMPLICATIONS

Les 2 complications les plus fréquentes sont :

- l'hémorragie : elle survient dans environ 8-12 % des cas mais elle est, le plus souvent, traitée par voie endoscopique (clips, plasma argon, injection d'adrénaline) ;
- la perforation : elle est peu fréquente (1-2 % des cas). Elle nécessite en général une prise en charge chirurgicale, mais peut être également traitée endoscopiquement (clips), et médicalement (sonde d'aspiration gastrique, antibiothérapie, hydratation systémique).

VIII. COTATION

K 100

RÉFÉRENCES

BURTIN P., RABOT A.F., HERESBACH D., CARPENTIER S., ROUSSELET M.C., LE BERRE N., BOYER J. Interobserver Agreement in the staging of rectal cancer using endoscopic ultrasonography. *Endoscopy* 1997 ; 29 : 620-625.

SAITOH Y., OBARA T., EINAMI K., NOMURA M., TARUISHI M., AYABE T., ASHIDA T., SHIBATA Y., KOHGO Y. Efficacy of high-frequency ultrasound probes for preoperative staging of invasion depth in flat and depressed colorectal tumors. *Gastrointest Endosc.* 1996 ; 44 : 34-39.

KUDO S. Endoscopical mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer. *Endoscopy* 1993 ; 25 : 455-461.

TADA M., INOUE H., YABATA E., OKABE S., ENDO M. Feasibility of the transparent cap-fitted colonoscope for screening and mucosal resection. *Dis Colon Rectum* 1997 ; 40 : 618-621.

SAITOH Y., OBARA T., EINAMI K., NOMURA M., TARUISHI M., AYABE T., ASHIDA T., SHIBATA Y., KOHGO Y. Efficacy of high-frequency ultrasound probes for preoperative staging of invasion depth in flat and depressed colorectal tumors. *Gastrointest Endosc* 1996 ; 44 : 34-39.

KUNTZ Ch., KIENLE P., BUHL K., GLASER F., HERFARTH Ch. Flexible endoscopic ultrasonography of colonic tumors: indications and results. *Endoscopy* 1997 ; 29 : 865-870.

MITOOKA H., FUJIMORI T., MAEDA S., NAGASAKO K. Minute flat depressed neoplastic lesions of colon detected by contrast chromoscopy using an indigo carmine capsule. *Gastrointest Endosc* 1995 ; 41 : 453-459.

Editée avec le soutien de



24, rue Erlanger
75781 PARIS CEDEX 16
Téléphone : 01 44 96 13 13
www.bipmed.com