

# Résections des tumeurs endoluminales

**Mathieu PIOCHE**

## Résumé

Les résections endoscopiques endoluminales ne peuvent être prises isolément comme une discipline thérapeutique tant l'intrication avec le diagnostic est importante pour prédire l'histologie et choisir la technique de résection. L'examen endoscopique minutieux apporte beaucoup plus de renseignement qu'une biopsie faite au hasard, et permet avec un peu d'entraînement de prédire l'histologie d'une lésion et même de s'approcher de son degré d'invasion. Cette caractérisation endoscopique utilisant la chromoendoscopie virtuelle est absolument incontournable pour proposer au patient la prise en charge la plus adaptée à la lésion dont je le rappelle nous n'avons pas l'histologie au moment du choix thérapeutique. Dans le colon par exemple, plusieurs classifications permettent de prédire cette histologie comme les classifications de Kudo[1], Sano[2], Nice[3] ou plus récemment CONECCT[4]. Ainsi, lorsque la prédiction est faite par un opérateur expérimenté et avec un bon niveau de confiance, les polypes hyperplasiques du rectosigmoïde peuvent être laissés en place alors que les adénomes et les lésions festonnées doivent être résectionnés si possible. En bloc bien sûr mais sans viser absolument le R0 si le *piecemeal* est nécessaire. Le *piecemeal* doit d'ailleurs représenter la méthode de choix pour toutes les lésions adénomateuses ou festonnées qui ne présentent pas de critère de risque d'adénocarcinome (LST homogène). Au contraire, lorsque la lésion présente un aspect macroscopique à risque d'adénocarcinome (macronodule ou LST non granulaire) ou lorsque l'adénocarcinome est probable sur l'aspect du *pit pattern* et des microvaisseaux, alors l'examen doit être très minutieux pour différencier le cancer invasif profond qui relève de la chirurgie avec curage du cancer superficiel probable qui doit être enlevé si possible en monobloc avec marges de sécurité pour bénéficier d'une analyse histologique précise. Cette résection monobloc est possible par les techniques endoscopiques et notamment la dissection sous-muqueuse et offre un profil de morbidité très séduisant face à la chirurgie colique par coelioscopie[5] dont la morbidité atteint 20% et la mortalité 0.5% dans les séries françaises. Cependant, la chirurgie colique est devenue un standard dans les hôpitaux généraux ce qui la rend accessible ce qui n'est pas le cas de la dissection sous-muqueuse colique qui reste une technique de centre expert et il nous faut donc intensifier la formation pour offrir cette technique plus largement sur le territoire et éviter les dérives de résection chirurgicale abusive pour des lésions bénignes enlevables endoscopiquement.

En conclusion, les résections endoluminales ne s'envisagent que dans un contexte de diagnostic endoscopique avancé pour prédire l'histologie lésionnelle au mieux afin de proposer un traitement à la carte de chaque lésion selon son risque de dégénérescence et sa profondeur d'invasion. La partie technique de la résection a énormément progressé ces dernières années avec les techniques de dissection avec traction mais elle ne constitue qu'une faible partie émergée de l'iceberg de la prise en charge de ces lésions une fois que le diagnostic a été posé.