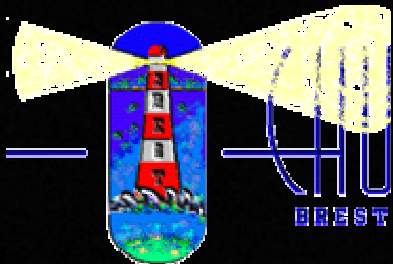


# Conduite à tenir après exérèse endoscopique d'un polype colique malin



François RODAT  
Journée DESC-SCVO - TOURS 22 juin 2006

# INTRODUCTION

- **1/3 de la population a un adénome colique à 65 ans**
  - 2,5 % seront un adénocarcinome colique en 10 à 20 ans (SNFGE 2001)
- **5 à 11% des polypes réséqués par endoscopie sont ADK**
  - et 3 % de récidence à 3 ans pour un polype > 1 cm
- **Cas à part des cancers génétiques:**
  - Polypose familiale
  - HNPCC
- **Potentiel métastatique**



**faut-il une sanction chirurgicale ?**

# PLAN

- **1- Histologie et anatomopathologie**
  - **Paroi colique et polype**
  - **Classification TNM**
  
- 2- Critères de gravité d'un polype colique
  - a- Taille du polype
  - b- Qualité de l'exérèse
  - c- Critères histopathologiques
  
- 3- Synthèse pratique

# 1- Histologie et anatomopathologie

- Un polype est une tumeur saillante du colon
  - Risque de dégénérescence sur les adénomes (# hyperplasiques)
- Définitions de l'adénome
  - Tumeur « bénigne » du colon
  - Foyer constant de dysplasie (bas/haut grade)
  - DONC état précancéreux
- Il est pédiculé (90 %) ou sessile/plan (10 %)
  - 1,3 % de foyer ADK sur un adénome tubuleux
  - 14,4 % de foyer ADK sur un adénome vilieux
- Le franchissement de la *muscularis mucosæ* marque le début du potentiel métastatique

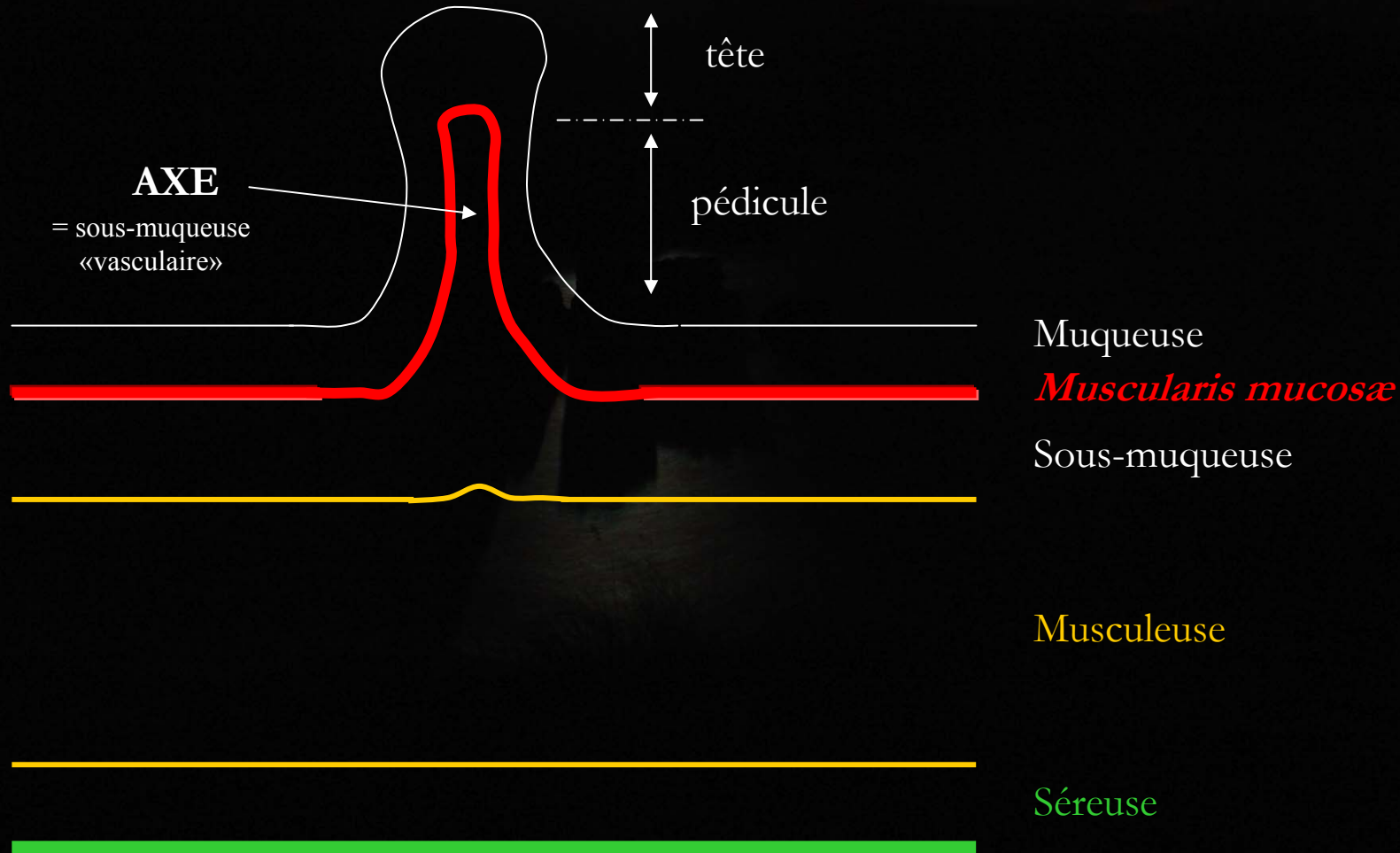
# 1- Histologie et anatomopathologie

## a- Histologie de la paroi colique normale



# 1- Histologie et anatomopathologie

## b- Histologie du polype colique



# 1- Histologie et anatomopathologie

## ■ Classification T-N-M


- T in situ: pas de drainage lymphatique de la muqueuse
  - Donc PAS DE CHIRURGIE SECONDAIRE
- T2 et plus: risque majeur de N+ et/ou M+
  - Donc TOUJOURS UNE CHIRURGIE COMPLEMENTAIRE
- T1: risque N+ et/ou M+ existant
  - QUAND FAUT-IL OPERER ?

# PLAN

- 1- Histologie et anatomopathologie
  - Paroi colique et polype
  - Classification TNM
- **2- Critères de gravité d'un polype colique**
  - **a- Taille du polype**
  - **b- Qualité de l'exérèse**
  - **c- Critères histopathologiques**
- 3- Synthèse pratique

# 2- Critères de gravité d'un polype dégénéré

Symposium SFED Mars 2000

- 
- A dark background image featuring a lighthouse with a bright light at the top, casting a beam of light across the scene. The lighthouse is situated on a rocky outcrop, and the surrounding area is mostly in shadow.
- a- Taille du polype
  - b- Qualité de l'exérèse
  - c- Critères histopathologiques
    - Profondeur de l'atteinte
    - Degré de différenciation
    - Envahissements vasculaires

# 2- Critères de gravité d'un polype dégénéré

Symposium SFED Mars 2000

## ■ a- Taille du polype

### ■ Risque d'ADK:

- 28 % si 10-15 mm
- > 50 % si > 20 mm

## 2- Critères de gravité d'un polype dégénéré

Symposium SFED Mars 2000

### ■ b- Qualité de l'exérèse

- Consensus: marge saine  $\geq 1$  mm

- Effet « bénéfique » de l'électrocoagulation ?

- car 50 % des examens anatomopathologiques post-opératoires sont négatifs

# 2- Critères de gravité d'un polype dégénéré

Symposium SFED Mars 2000

- c- Critères histopathologiques
  - Profondeur de l'atteinte
  - Degré de différenciation
  - Envahissement vasculo-lymphatique

# 2- Critères de gravité d'un polype dégénéré

Symposium SFED Mars 2000

- Profondeur de l'atteinte axiale du polype
  - Classification de Haggitt et risque métastatique

Grade	Histologie	Risque N+ / M+
I	Tête du polype	0 %
II	Jonction tête-pédicule	10 %
III	Infiltration pédiculaire	15 %
IV	Atteinte de la paroi colique	27 %
	Polype plans et sessiles	

*Gastroenterology 1995*

- Mais 86 à 93 % des grades IV opérés sont N-

## 2- Critères de gravité d'un polype dégénéré

### ■ Profondeur de l'atteinte axiale du polype

- Ueno H. *Gastroenterology* 2004 et Egashira Y. *Modern Pathol* 2004
  - Importance de l'infiltration en profondeur de la sous-muqueuse (> 2 mm) et de la largeur de l'infiltration (> 4 mm) **comme facteur de risque de N+**

		N+	p
HAGGIT	I – II	0 %	0.0057
	III - IV	15.8 %	
Profondeur	< 2mm	3.9 %	0.0005
	≥ 2 mm	17.1 %	
Largeur	< 4 mm	2.4 %	0.0045
	≥ 4 mm	18.2 %	

## 2- Critères de gravité d'un polype dégénéré

### ■ Profondeur de l'atteinte axiale du polype

- Kudo S. *Endoscopy* 1993 pour les polypes sessiles malins

	Infiltration de la sous-muqueuse	Risque N+
SM 1	200-300 $\mu\text{m}$ sous la <i>muscularis mucosæ</i>	0 %
SM 2	« Intermédiaire »	10 %
SM 3	Invasion de toute la sous-muqueuse	25 %

# 2- Critères de gravité d'un polype dégénéré

Symposium SFED Mars 2000

- Degré de différenciation cellulaire
  - Risque N+ augmente avec une moindre différenciation cellulaire
    - 50 % de N+ en cas de grade III OMS (peu différencié)
    - contre 5% pour les tumeurs bien différenciées
- Critère histologique MAJEUR pour certains
  - MAIS peu de tumeurs peu différenciées au stade T is/1
- Ueno H. *Gastroenterology* 2004: caractère agressif des polypes avec « bourgeonnement tumoral »  
(Tumor budding)

## 2- Critères de gravité d'un polype dégénéré

Symposium SFED Mars 2000

- Envahissement vasculo-lymphatique
  - Bonne corrélation avec le risque métastatique
  - Fréquence de 1 à 30 % selon les séries
  - Pour Ueno H. *Gastroenterology* 2004:
    - Pas de distinction entre l'envahissement veineux et lymphatique

# PLAN

- 1- Histologie et anatomopathologie
  - Paroi colique et polype
  - Classification TNM
  
- 2- Critères de gravité d'un polype colique
  - a- Taille du polype
  - b- Qualité de l'exérèse
  - c- Critères histopathologiques
  
- **3- Synthèse pratique**

# 3- Synthèse pratique

■ T is

■ T 1

■ T 2



# 3- Synthèse pratique

- T is: tumeurs intramuqueuses
  - Polypectomie seule suffisante  
si l'exérèse est complète
  - Surveillance à un an puis tous les 3-5 ans

# 3- Synthèse pratique

## ■ T 2: ADK invasifs

■ **Chirurgie carcinologique complémentaire**

■ Surveillance à 3 mois puis tous les 3 ans

# 3- Synthèse pratique

- T 1: ADK invasifs « limites »

Importance de l'étude anatomopathologique +++

- Polypes pédiculés: exérèse endoscopique seule

- Si :
  - **bonne différenciation cellulaire**
  - **marge de sécurité  $\geq 1$  mm**
  - **absence d'embols veineux et lymphatiques**
  - **axe conjonctivo-vasculaire pédiculaire sain**

Critères de VOLK

- Surveillance à 6 mois puis tous les 3 ans
- Sinon: chirurgie et surveillance oncologiques du côlon

# 3- Synthèse pratique

- T 1: ADK invasifs « limites »

Importance de l'étude anatomopathologique +++

- Polypes plans et sessiles:



Chirurgie complémentaire



Surveillance à 3 mois

- Intérêt du repérage percolonoscopique

- Encre de Chine ou clips

# 3- Synthèse pratique

## ■ T 1: ADK invasifs « limites »

### ■ Ueno H. *Gastroenterology* 2004

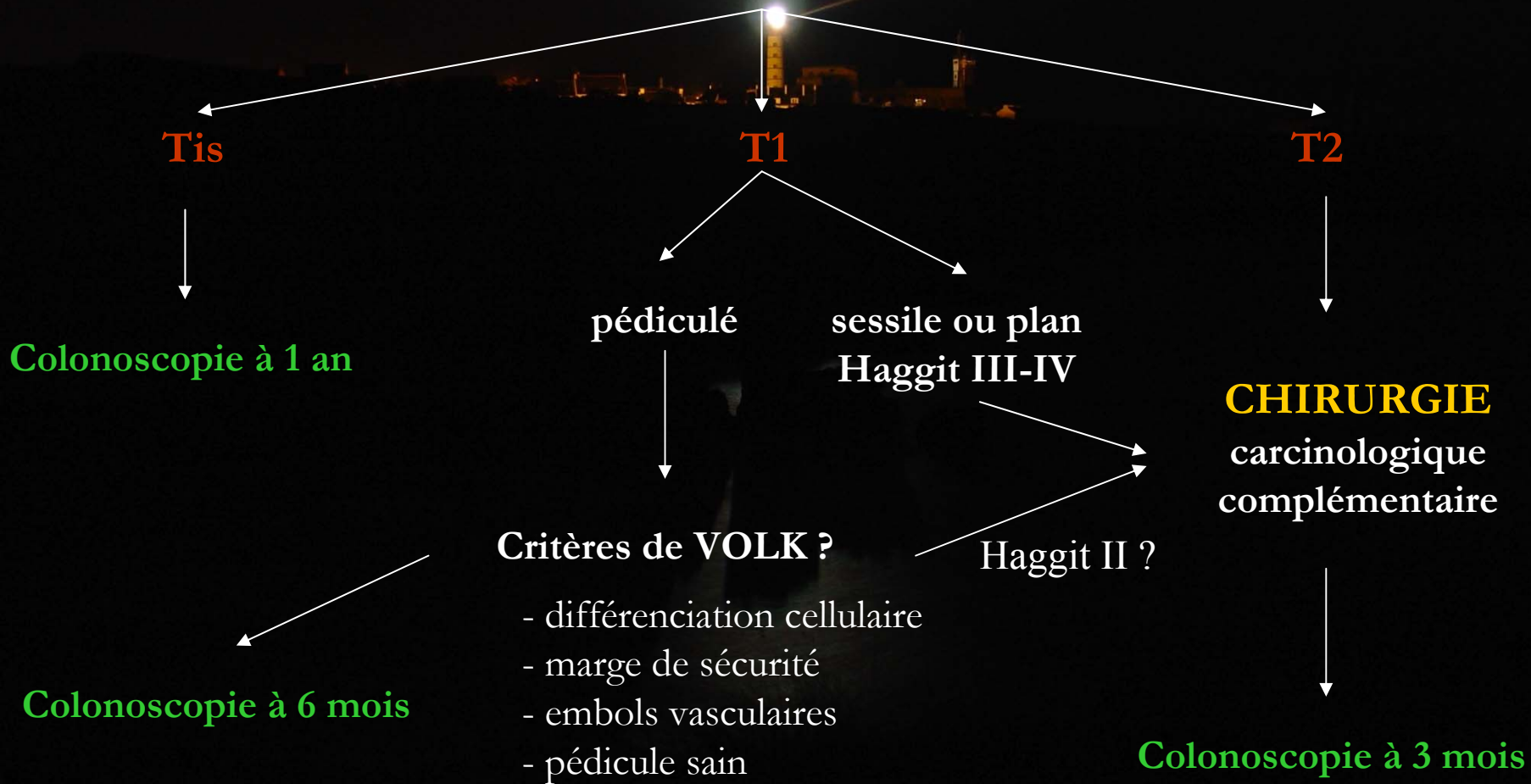
#### ■ *Abstention chirurgicale* si:

- Pas de composante tumorale peu différenciée
- Pas de « bourgeonnement tumoral »
- Pas d'invasion vasculaire
- Marge d'exérèse  $\geq 1$  mm

# Résection endoscopique d'un polype colique

Examen anatomopathologique:

## FOYER ADENOCARCINOMATEUX



# CONCLUSION

- Importance de l'examen anapath
- Polypectomie: acte thérapeutique
- Surveillance colonoscopique +++

# BIBLIOGRAPHIE

- Conférence de consensus SNFGE 2001
- Houcke P. Le polype dégénéré. Symposium SFED 2000
- Terris B. Prise en charge des adénomes coliques avec cancer: Quels malades faut-il opérer ?
- Ueno H. Risk factors for an adverse outcome in early invasive colorectal carcinoma. Gastroenterology 2004
- Egashira Y. Analysis of pathological risk factors for lymph node metastasis of submucosal colon cancer. Modern Pathol 2004
- Kudo S. Endoscopic mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer. Endoscopy 1993