

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

Philippe METZLER

Département de Chirurgie Viscérale, Rennes

DESC-SCVO, Tours, 5-6 juin 2003

# Introduction

- 60 à 80% des cancers coliques = **polypes adénomateux dégénérés**
- Découverte d'un foyer K sur une pièce de polypectomie endoscopique :
  - potentiel métastatique ?

**➔ Résection chirurgicale complémentaire?**

# Définitions - Histologie

## Polype colique :

Tumeur de petite dimension faisant saillie dans la lumière du colon.

Peut être:

- pédiculé/sessile/plan
- bénin/malin

## 4 types existent :

Adénomes

Polypes

Hyperplasiques

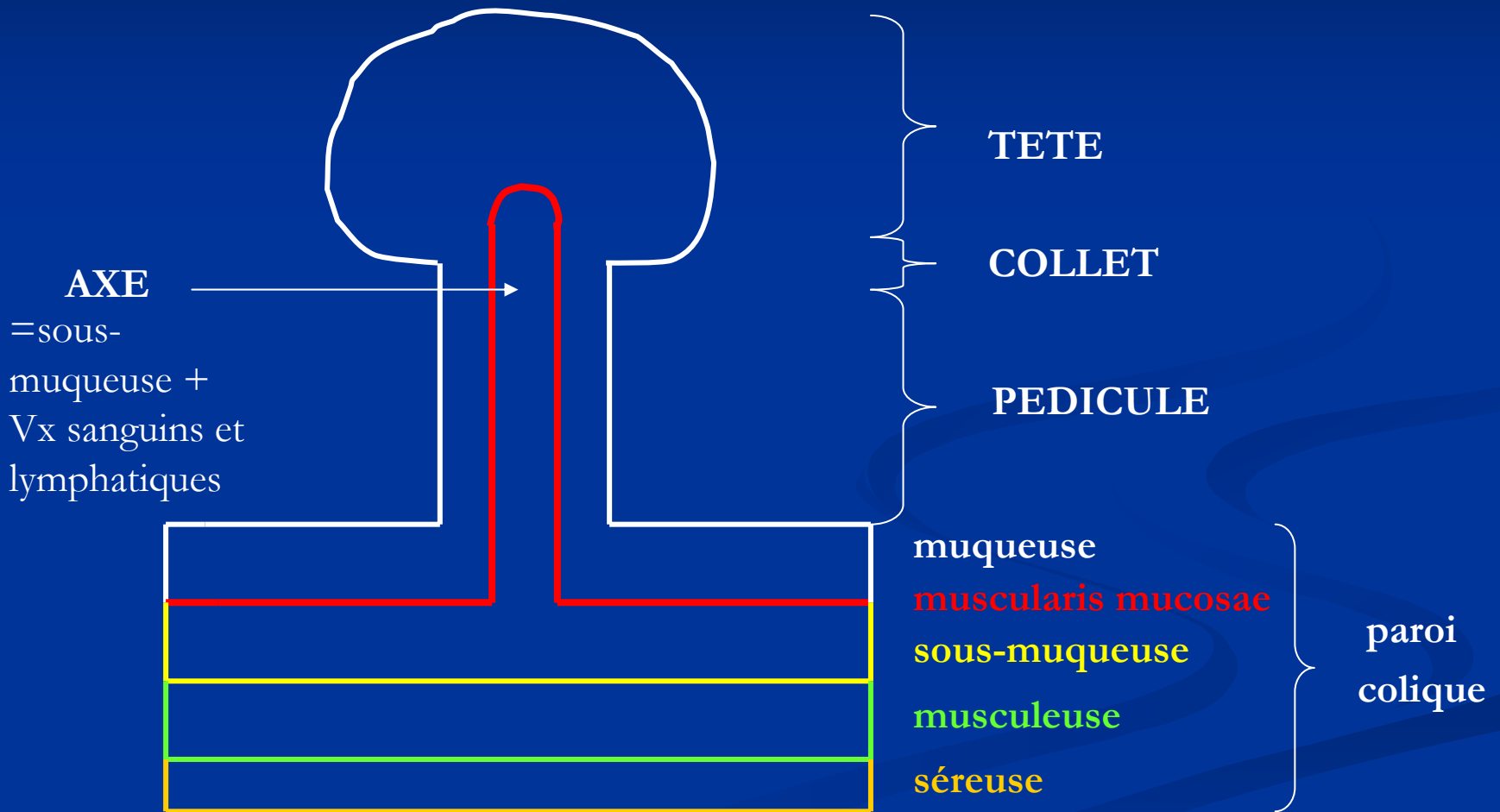
Juvéniles

Pseudo

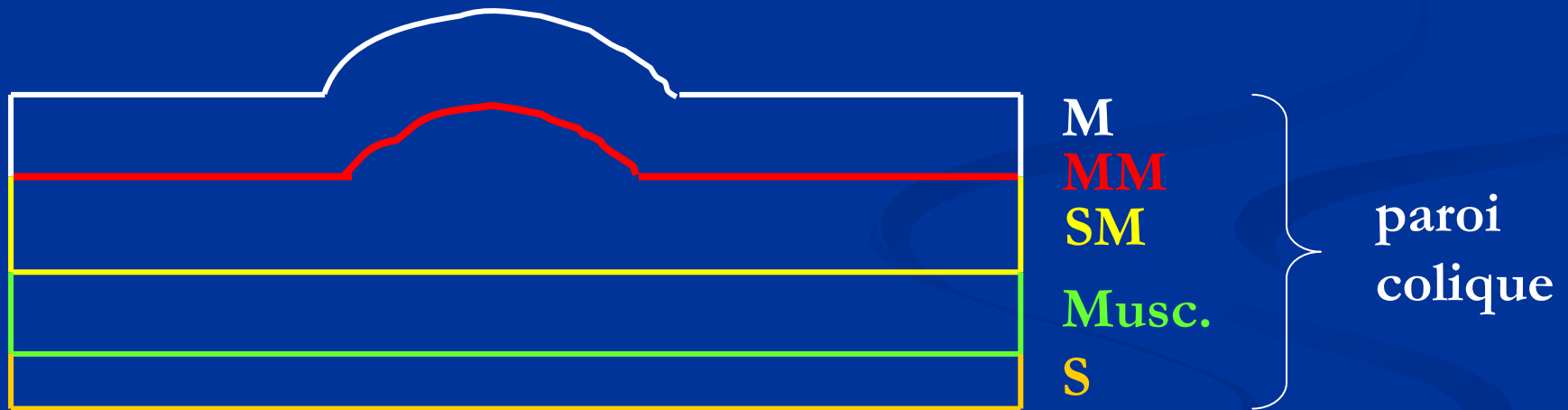
# L'adénome colique

- Tumeur bénigne correspondant à un foyer de *dysplasie*, d'architecture :
  - *tubuleuse* (75%, formation de glandes )
  - *villose* (5%, formation de papilles)
  - *tubulo-villose* (20%)
- Etat pré-cancéreux (pré- ADK )
- 90% pédiculés  
10% plans/sessiles
- Dysplasie constante, peut être :
  - de *bas grade*
  - de *haut grade*

# Structure d'un adénome pédiculé



# Structure d'un adénome sessile



# Adénome et Adénocarcinome

Risque de transformation d'un adénome colique en adénocarcinome :



## TAILLE

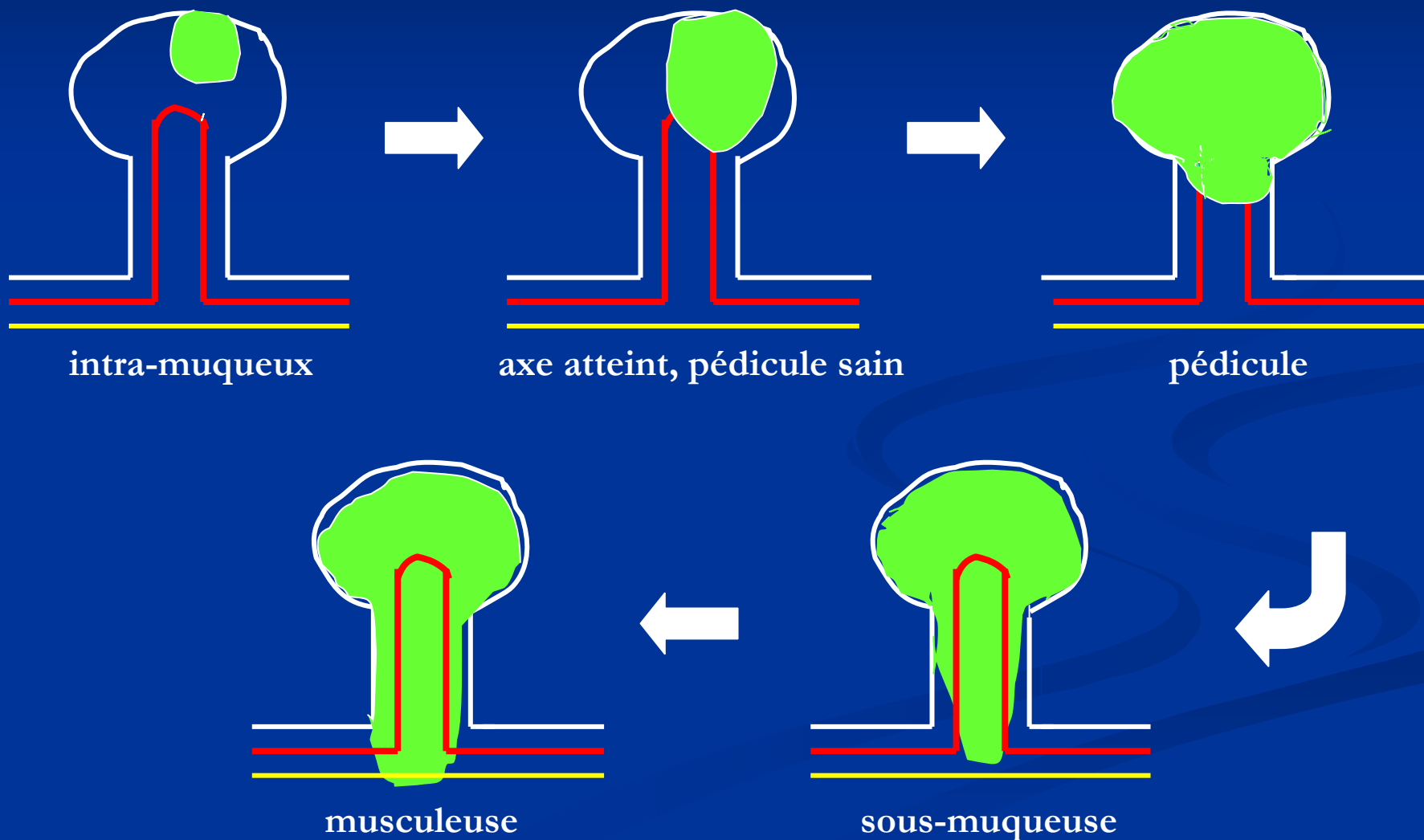
- 10 à 15 mm diam.,  
28% de K
- > 20 mm, + de 50%

## COMPOSANTE VILLEUSE

- 5% pour ad. tubuleux
- 20% pour tubulo-villeux
- **40%** pour *villeux*

## DEGRE DE DYSPLASIE

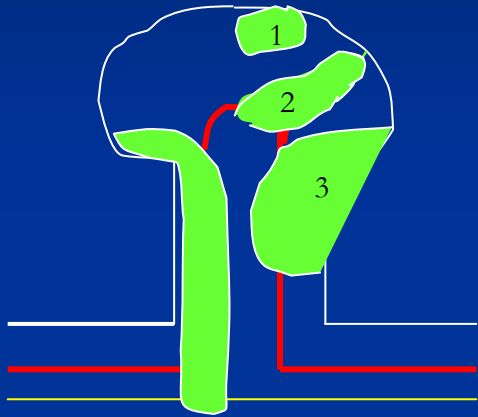
# Séquence de progression du foyer ADK (Potet)



Risque d'*extension métastatique* :

- **profondeur de l'atteinte** : 4 grades de Haggitt
- **différenciation cellulaire** : caractère *indifférencié +++*

# Les 4 grades de Haggitt

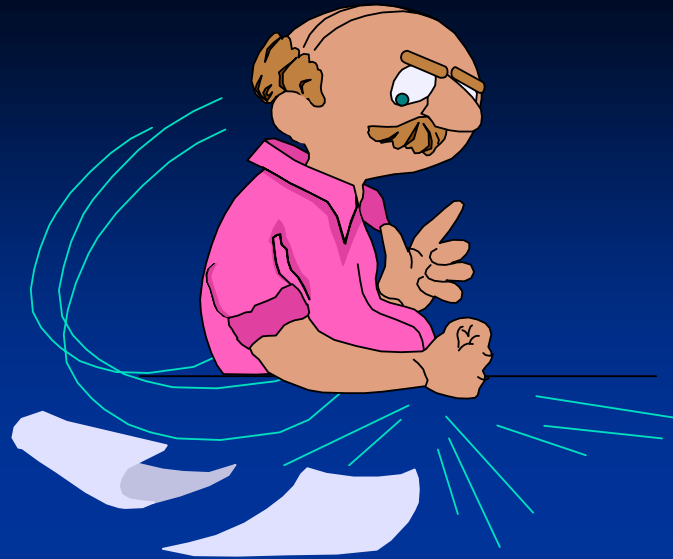


1 : intra-muqueux	→	<i>aucun risque</i>
2 : axe atteint, pédicule sain	→	<b>10%</b>
3 : pédicule	→	<b>15 %</b>
4 : sous-muqueuse	→	<b>27%</b>



***MUSCULAIRE MUQUEUSE FRANCHIE = RISQUE METASTATIQUE***

NB: tout foyer ADK franchissant la MM dans un polype *sessile/plan* = grade 4



**ADK  
intra-muqueux  
pTis**

**ADK invasifs  
franchissant la MM  
 $\geq$ pT1**

ADK intra-muqueux (pTis)



**Polype pédiculé/plan/sessile**



- Exérese endoscopique **suffisante**
- Surveillance endoscopique à 3 ans

*cf. consensus, 1998*

Examen anatomopathologique + difficile si polype plan/sessile



*mucosectomie endoscopique*

# ADK invasif (>pT1)

## ↳ Polype pédiculé

- Exérèse endoscopique  
suffisante si et seulement si

- Si au moins 1 critère absent

→ Bilan d'extension

→ **Résection chirurgicale  
carcinologique complémentaire**

- Exérèse et examen histo.  
*complets (pied +++)*
- ADK *bien* ou *moyennement*  
différencié
- Absence d'embolie lymph.  
ou vasc. dans la SM
- Marge de sécurité > **1 mm**

## ↳ Polype plan/sessile

→ Bilan d'extension

→ **Résection chir. carcinologique compl.**  
car grade 4 de Haggitt

# Conclusion

- **Examen anatomopathologique +++++ :**
  - efracation ou non de la **musculaire muqueuse**
  - **pTis /  $\geq$  pT1**
- Polypectomie endoscopique curatrice pour les pTis et pT1 sur polypes pédiculés si critères de sécurité +
- **MAIS dans tous les autres cas, résection colique carcinologique complémentaire nécessaire**