

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

V. Bouygues
DESC/SCVO
Tours, juin 2009



Introduction

- K colorectal = 1er cancer en France
- Pronostic mauvais: taux de survie relative = 53 % à 5 ans ^[1]
- Progrès de l'endoscopie (instrumentation et techniques):
 - amélioration du pronostic par le diagnostic des lésions précancéreuses et des K superficiels (5 à 10% polypectomies)
 - traitement curatif de « petits » cancer et amélioration de la qualité de vie. En contre-partie: récurrence tumorale plus fréquente



critères décisionnels entre résection endoscopique seule et chirurgie complémentaire, basés essentiellement sur le risque de métastase

Polypes

- Plusieurs types de polype au potentiel dégénératif différent:



ADENOME
-pédiculé
-sessile
-plan (DHGx10)
+++

HYPERPLASIQUE
0

INFLAMMATOIRE
0

JUVENILE
0



surveillance

ADENOME MIXTE/
FESTONNE^[2]
+



Plus rares: hamartomateux (Peutz-Jeghers), lymphoïde, carcinoïde, conjonctif...

Adénome

- Par définition état dysplasique
- Adénome transformé: foyer localisé ou étendu d'adénocarcinome superficiel, qq soient l'étendue et la profondeur d'infiltration (6% CCR)
- Filiation adénome-cancer > 80% K colorectaux (exophytiques) [3]
- Prévalence adénome: 1/3 hommes, 1/4 femmes après 65 ans [4]
- Adénome macroscopiquement visible → K : ~10 ans
1000 adénomes → 100 > 1cm → 25 K

Adénome

facteurs de risque de transformation

Taille ^[5]	
< 10 mm	0,3%
10 à 20 mm	9%
>20mm	28%

Composante villeuse	
tubuleux	1,3%
tubulo-villeux	11,6%
villeux	14,4%

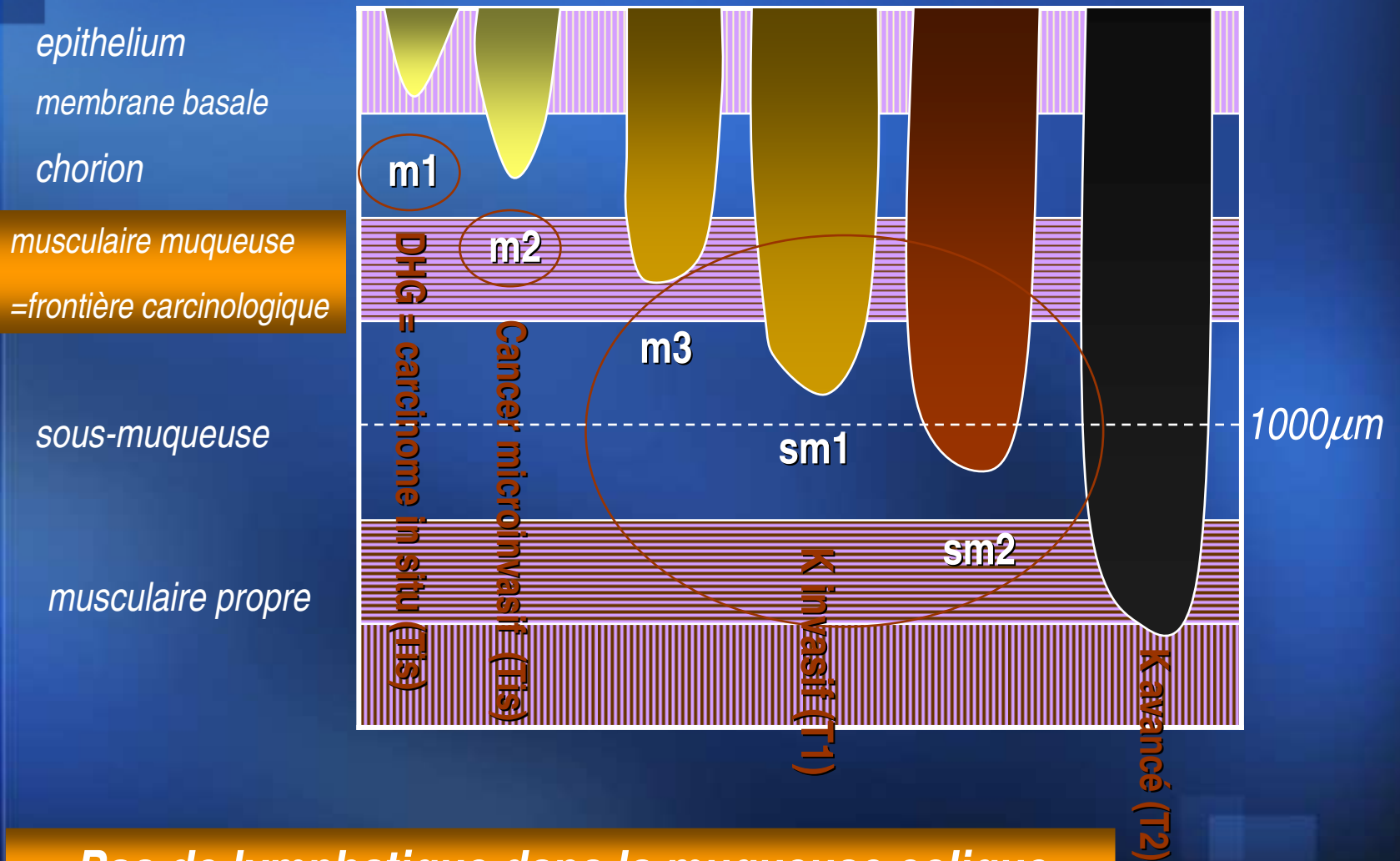
D° dysplasie

Multiplicité

- autres: localisation (rectum > côlon), sexe (femme > homme), génétique ^[6]

Histologie

classification de Paris (2002)



Classification de Vienne modifiée (2002)

Métastases
ganglionnaires

Catégorie V1	Pas de néoplasie	0
Catégorie V2	Indéfini pour néoplasie	0
Catégorie V3	Néoplasie bas grade	0
Catégorie V4	Néoplasie haut grade V4.1-dysplasie haut grade V4.2-K in situ (non invasif) (pTis) V4.3-suspect d'être invasif V4.4-K intra-muqueux (pTis)	0
Catégorie V5	K infiltrant la ss- muqueuse (pT1)	10 à 27%

Traitement local (exérèse)

Risque = envahissement
locorégional pour V4

qualité de l'exérèse ?

Ttt local ou élargi ?

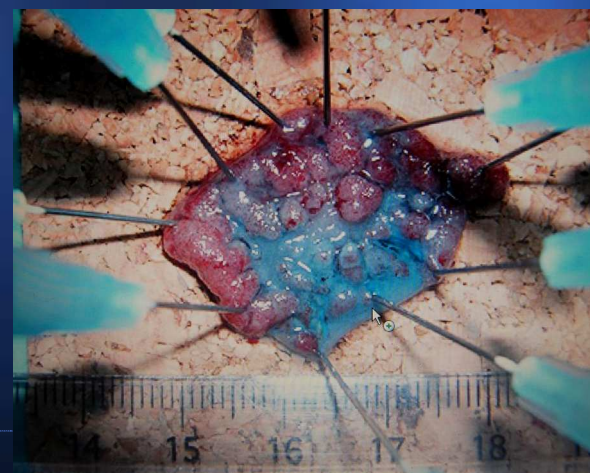
Risque =

- envahissement loco-régional
qualité de l'exérèse ?
- métastase ganglionnaire et
viscérale

facteurs de risque ?

Qualité d'exérèse et récurrence locorégionale

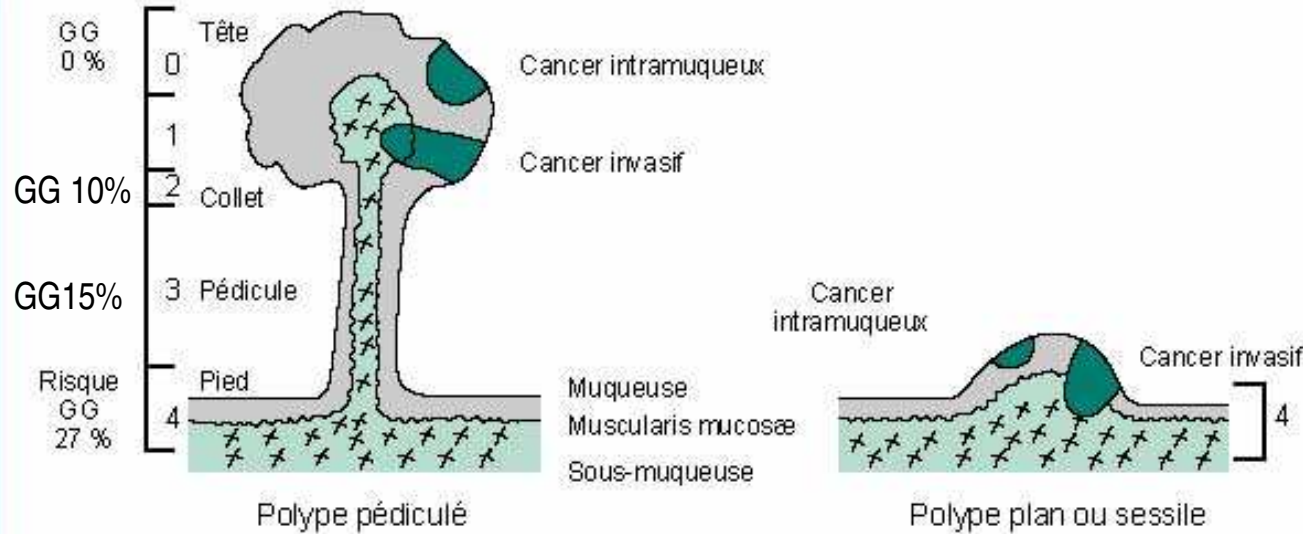
- Exérèse complète si marge de sécurité $\geq 1\text{mm}$
- Précautions méthodologiques pour l'endoscopiste:
 - Exérèse en 1 seule pièce et complète (lésion $< 3\text{cm}$)
 - Repérage de la base du polype +++ (encre ou clip)
 - Pour les lésions planes \rightarrow mucosectomie [7,8]:
 - . préalable: évaluation de l'extension en profondeur
 - endoscopique (classification Paris [9])
 - injection sous-muqueuse (soulèvement ?)
 - +/- chromoendoscopique (« pit pattern »)
 - +/- échoendoscopique (sondes haute-fréquence)
 - . contre-indiquée si extension à la musculuse,
 - non-indiquée si extension sous-muqueuse profonde
 - . fixation à plat sur liège



Facteurs de risque de métastases ganglionnaires dans les K pT1

- Fréquence des métastases ganglionnaires:
 - patentes: 10 %
 - occultes (IHC): 10 % ^[10] (signification pronostique discutée)
- Sur ~1000 cas publiés depuis 1995, en analyse multivariée:
 - 1 FR quantitatif **niveau d'infiltration (SM)**
 - 3 FR qualitatifs **différenciation (grade)**
budding
envahissement lymphatique

Niveau d'infiltration dans la sous-muqueuse (1) classifications



Haggitt

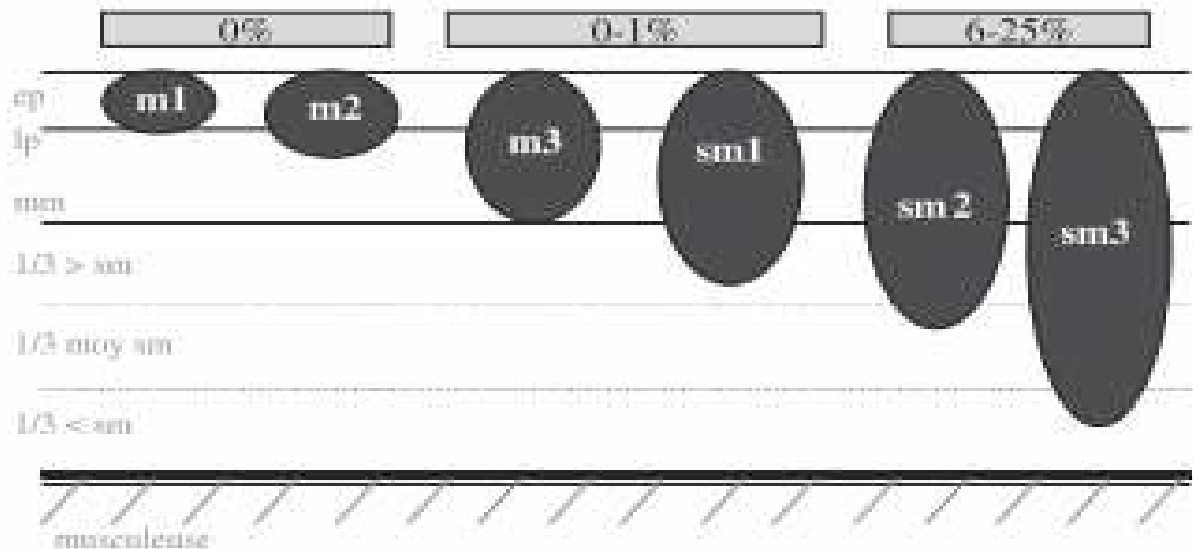
...lésions pédiculées

Haggitt et al.
Gastroenterology 1985 [11]

japonnaise

... lésions planes

Kudo et al. *Endoscopy* 1993 [12]



Niveau d'infiltration dans la sous-muqueuse (2)

- Valeur seuil du risque métastatique à 1mm dans la plupart des études
- Kawaura et al, *Pathobiology* 2007^[14]: FR qualitatifs par niveau d'infiltration

Submucosal depth, μm	Patients	LNМ	LNМ/risk factor-negative patients ^a	LNМ/risk factor-positive patients ^b
$0 < x < 500$	7	0	0/7	0/0
$500 \leq x < 1,000$	8	0	0/5	0/3
$1,000 \leq x < 1,500$	10	0	0/7	0/3
$1,500 \leq x < 2,000$	12	1	0/7	1/5
$2,000 \leq x < 2,500$	10	2	0/5	2/5
$2,500 \leq x < 3,000$	10	1	0/6	1/4
$3,000 \leq x < 3,500$	14	4	1/7	3/7
$3,500 \leq x < 4,000$	7	1	0/4	1/3
$4,000 \leq x < 4,500$	9	2	0/1	2/8
$4,500 \leq x < 5,000$	8	3	0/1	3/7
$5,000 \leq x$	27	6	2/12	4/15
Total	122	20		17/60 (28.3%)



cette valeur seuil ne peut être retenue comme une valeur absolue pour définir le risque métastatique

Facteurs qualitatifs (1)

différenciation

- Classification OMS ^[15]

<i>Grade</i>	<i>différenciation</i>	<i>risque N+</i>
Grade 1	bien différencié	bas (5%)
Grade 2	modérément différencié	bas
Grade 3	peu ou indifférencié mucineux (>50%)	haut (30 à 50%)

- Grade 3: rare (6%) au stade T1 donc peu discriminant

Facteurs qualitatifs (2)

- Emboles lymphatiques

- Emboles veineux

- rares et difficiles à distinguer des emboles lymphatiques

- valeur inconstante selon les études (risque potentiel métastatique quand atteinte des veines de l'axe du pédicule)

- Budding ^[16]

- déf° : bourgeonnement (amas ≤ 5 cellules) ou cellules K indépendantes, maximal au niveau du front d'invasion tumoral (berges et base)

- en faveur d'un phénotype agressif

- excellente sensibilité et VPN ~100%

- Yshikawa et al. *Cancer* 2008

3 facteurs: 100% N+

2 facteurs ~80% N+

Evaluation du risque métastatique en résumé

pratiquement nul

Infiltration SM \leq 1mm
ou Pas de FR qq soit
l'épaisseur

intermédiaire

Infiltration SM $>$ 1mm
et 1 FR

élevé

Grade 3
ou 2 ou 3 FR



Compte rendu anatomo-pathologique +++

- fiche standardisée pour tous les polypes (SFED)
- problème de reproductibilité inter/intraobservateur dans l'évaluation des FR qualitatifs/quantitatif sur des polypes Tis/T1 ^[17]

Conduite à tenir

conférence de consensus cancers du côlon SNFGE 1998
RPC endoscopie digestive basse ANAES 2004

K intramuqueux (pTis)

V4.2 à V4.4

surveillance endoscopique

oui

exérèse complète ?

non/doute

colo à 3 ans
puis 2x à 5 ans
puis tous les 10 ans

colo à 3 mois

Conduite à tenir

conférence de consensus cancers du côlon SNFGE 1998
RPC endoscopie digestive basse ANAES 2004

polype malin (pT1)

V5

- exérèse et examen histologique complets
- bien ou moyennement différenciée
- pas d'emboles lymphatiques caractéristiques
- marge de sécurité ≥ 1 mm

Volk et al. 1995^[18]

adénome plan transformé

V5 / Haggit 4

infiltration sm > 1000 μ m ?

*emboles veineux - ?
budding - ?*

oui

non

surveillance endoscopique:
colo à 3 mois puis 3 ans,
puis 2x à 5 ans
puis 10 ans

surveillance endoscopique:
colo à 2-3 ans
puis 2x à 5 ans,
puis 10 ans

colectomie
carcinologique

Conduite à tenir

- Paramètres secondaires intervenant dans la décision:
 - terrain
 - taille et nb de polypes
 - topographie
- En cas de chirurgie complémentaire:
 - importance du marquage de la base d'implantation en endoscopie par clip ou encre de chine
 - chirurgie immédiate

Baron et al., Dis Colon Rectum 1995^[19] :
*survie à 5 ans sans récurrence =
94% si chirurgie immédiate après exérèse endoscopique
d'un polype malin avec critères péjoratifs
vs 55% si chirurgie après récurrence
locale ou apparition de ganglions*



Bibliographie (1)

- [1] Berrino et al. Survival of cancer patients in Europe : the EURO CARE-2 study. Lyon : IARC, 1999
- [2] Song et al. Comparison of malignant potential between serrated adenomas and traditional adenomas. *J Gastroenterol Hepatol* 2007
- [3] Bedenne et al. Adenoma-carcinoma sequence or « de novo » carcinogenesis. *Cancer* 1992
- [4] Michiels et al. Prévalence des adénomes rectocoliques: résultats d'une série autopsique en côte-d'or. *GCB* 1990
- [5] Faivre et al. L'apport d'un registre de polypes à un registre de cancers colorectaux. In: *Groupe pour l'Epidémiologie et l'enregistrement des cancers dans les pays de langue latine*. IARC. Lyon. 1986
- [6] Bouvier et al. L'histoire naturelle du cancer colorectal revisitée. *GCB* 2002
- [7] Barthet et al. Quel bilan avant mucosectomie ? *GCB* 2006
- [8] Recommandations de la SFED: résection muqueuse colorectale 2004
- [9] Paris workshop participants : The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions : esophagus, stomach and colon. *Gastrointest Endosc* 2003
- [10] Yasuda et al. Risk Factors for Occult Lymph Node Metastasis of Colorectal Cancer Invading the Submucosa and Indications for Endoscopic Mucosal Resection. *Dis Colon Rectum* 2007
- [11] Haggitt et al. Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas. *Gastroenterology* 1985
- [12] Kudo et al. Endoscopic mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer. *Endoscopy* 1993

Bibliographie (2)

- [13] Ueno et al. Risk factors for an adverse outcome in early invasive colorectal carcinoma. *Gastroenterology* 2004
- [14] Kawaura et al. The lymphatic infiltration identified by D2-40 monoclonal antibody predicts lymph node metastasis in submucosal invasive colorectal cancer. *Pathobiology* 2007
- [15] Terris et al. Prise en charge des adénomes coliques avec cancer: quels malades faut il opérer ?
- [16] Masaki et al. Predictive value of histology at the invasive margin in the prognosis of early invasive colorectal carcinoma. *J Gastroenterol* 2000
- [17] Komuta et al. Interobserver variability in the pathological assessment of malignant colorectal polyps. *Br J Surg* 2004
- Conférence de consensus. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. *GCB* 1998
- RPC endoscopie digestive basse. ANAES 2004
- [18] Volk et al. Management and outcome of patients with invasive carcinoma arising in colorectal cancer. *Gastroenterology* 1995
- [19] Baron et al. Immediate vs. salvage resection after local treatment for early rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1995