

Adénocarcinome du Rectum

Place de l'Anatomopathologie dans la mesure de la réponse à la radiochimiothérapie

11^e journée de Gastro-Entérologie, 7 février 2015

GH Paris Centre Cochin-Val de Grace

Benoît Terris

Questions auxquelles le pathologiste est confronté sur les pièces opératoires ?

Lors des carcinomes digestifs, la chirurgie reste le tt de choix:

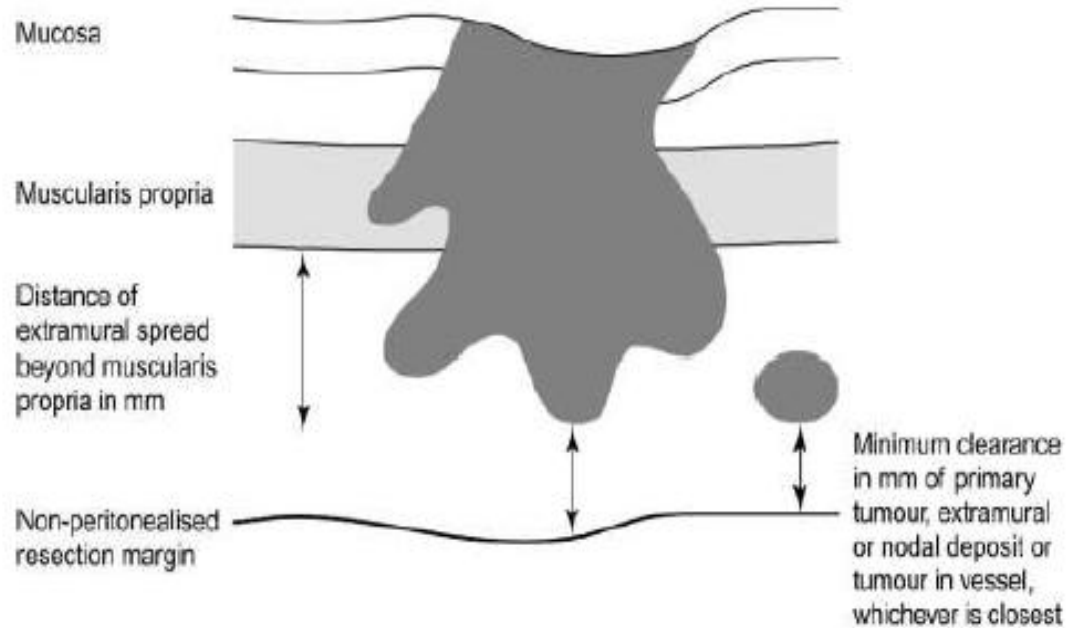
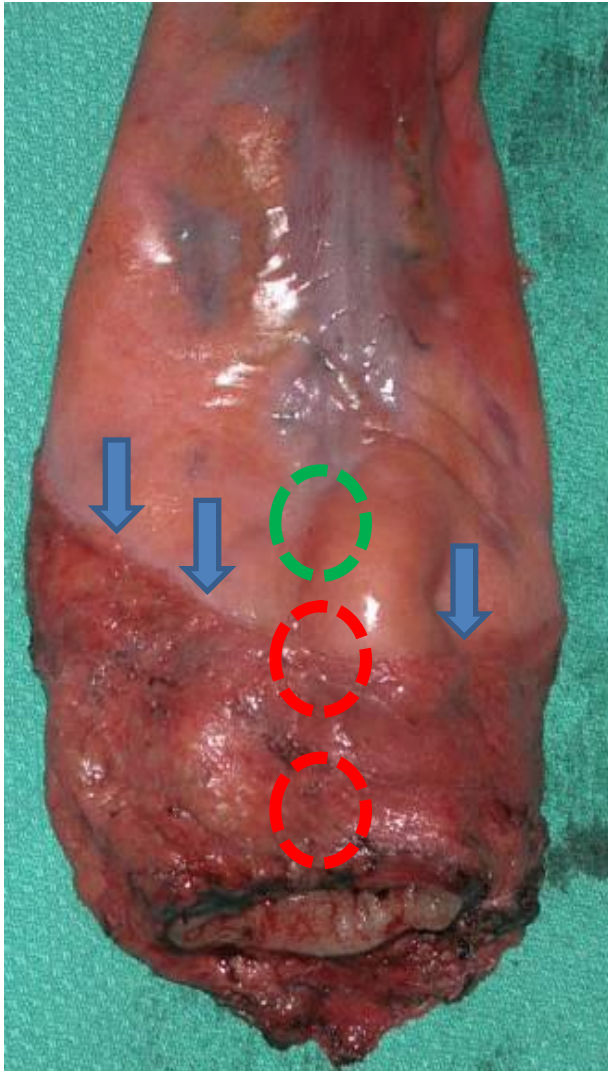
- Confirmer le type histologique tumoral
- Evaluer le stade pathologique (pTNM)
- Déterminer les marges de résection chirurgicales
- Déterminer la présence d'invasion vasculaire ou lymphatique

Paramètres à haute valeur pronostique !

ADK rectum

- Standard du Tt de l'ADK rectum sous-péritonisé de stade évolué :
 - Radiochimiothérapie préopératoire suivie excision complète du mésorectum
- Sous-péritonisé = Marge circonférentielle ou clairance :
 - distance qui sépare le point d'infiltration tumorale le plus profond de la limite de résection chirurgicale circonférentielle (mésorectum)
 - Mieux préciser le pronostic et le risque de récurrence locale
- Traitement néo-adjuvant = ypTNM :
 - préfixe « y » signifie qu'un traitement néoadjuvant a été appliqué avant la résection de la pièce opératoire
 - ce stade ypT est établi en fonction du niveau d'envahissement des cellules tumorales viables dans et en dehors de la paroi = Réponse tumorale pathologique
 - ypN1N2 // ypT :
 - 8-11% des ypT1; 27% des ypT2; 50% des ypT3-T4

Marge circonférentielle des ADK rectum

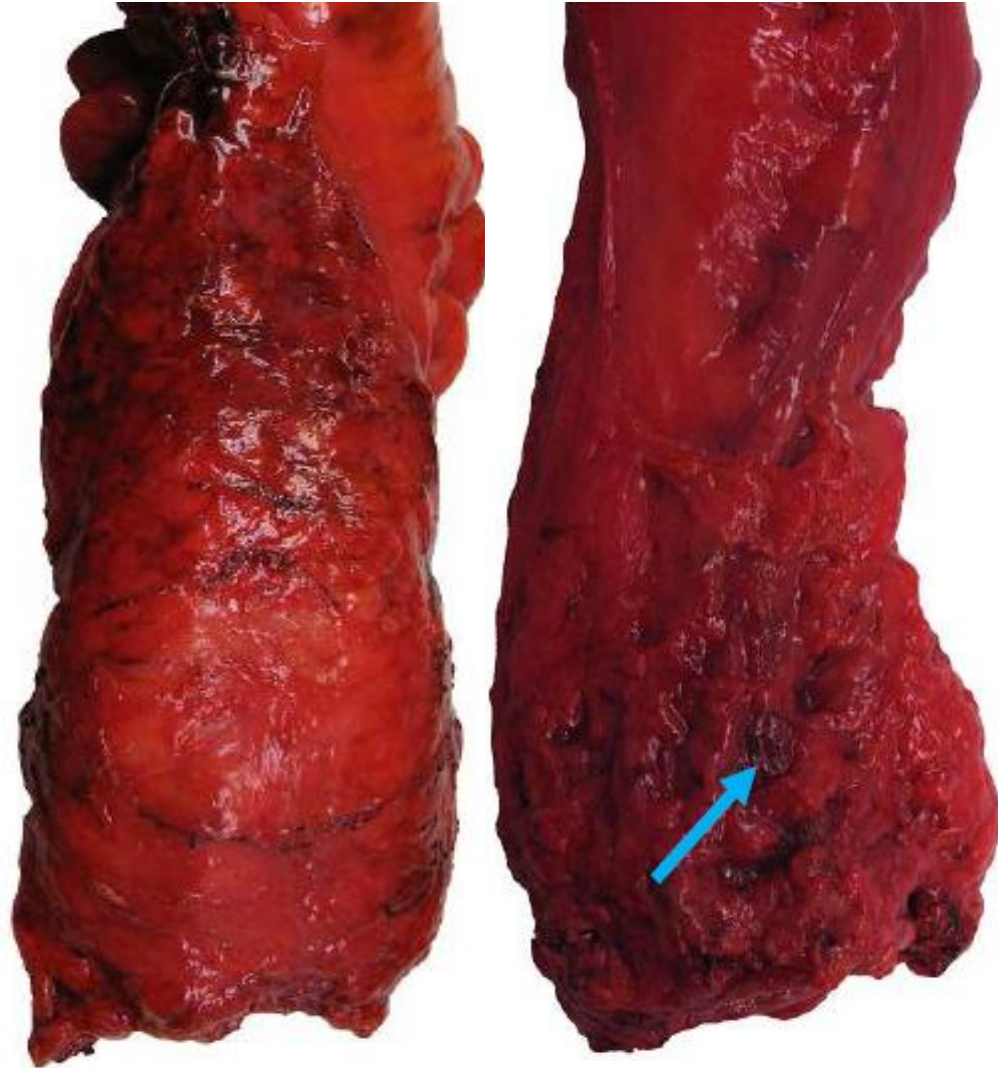
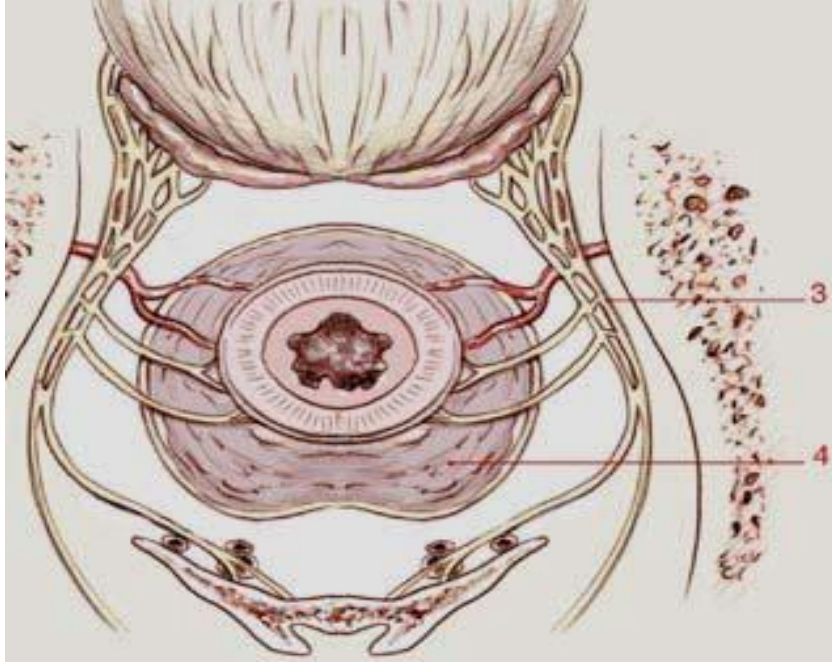


- Extension sous tumorale intra-murale jusqu'à 1cm
- Majoration du risque de récurrence en cas d'atteinte des marges circonférentielles
- Emboles tumoraux présents au sein du mésorectum jusqu'à 4cm sous la tumeur

Marge circonférentielle des ADK rectum

Qualité de l'exérèse du mésorectum

- Marge distale de sécurité de plus de 2cm
- Marge circonférentielle ≥ 1 mm
- Exérèse d'au moins 5cm de mésorectum



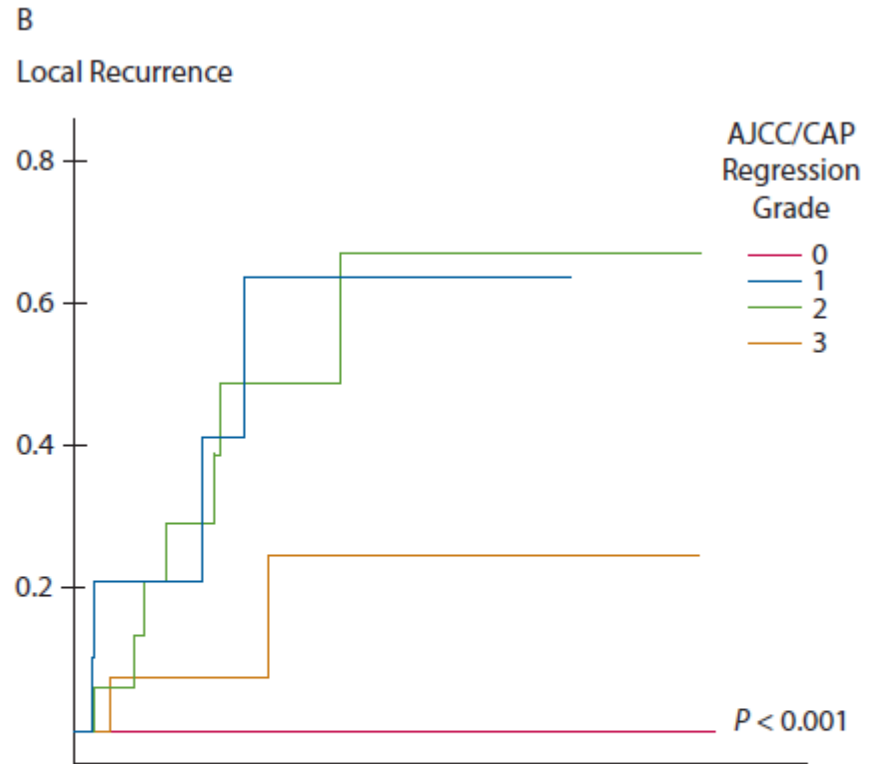
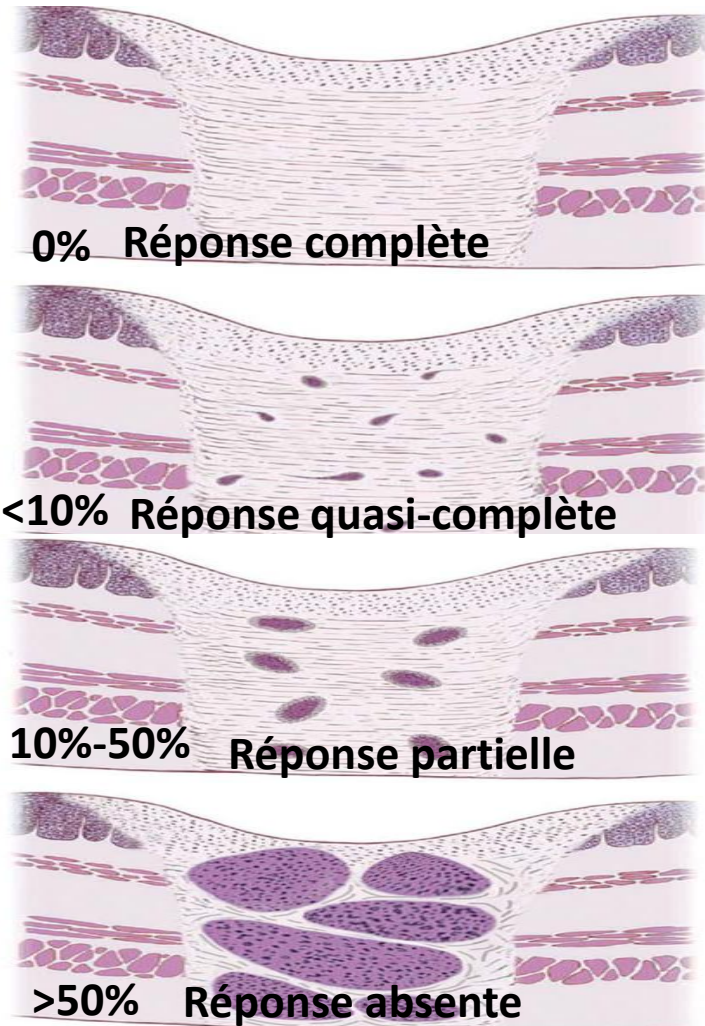
Evaluation de la réponse pathologique après RxCT

ADK Rectum - RxCT

- Réponse tumorale après RxCT :
 - facteur pronostique majeur
 - > aux facteurs pronostiques classiques :
 - stade tumoral initial, infiltration ganglionnaire
 - embolies vasculaires ou taux d'ACE
- Très bon répondeur après RxCT = 21 %
 - Stades 2-3 évoluant Stades 1-2
 - SSR à 5 ans de 94% contre 78% réponses modérées

ADK rectum

Evaluation de la réponse pathologique post RxTC



Grade		2	4	6	8	10	12	14
0	105	88	58	33	23	9	1	0
1	153	96	50	35	19	8	2	0
2	181	114	72	40	22	8	1	0
3	99	55	32	13	4	0	0	0

Number at Risk

ADK rectum

Evaluation de la réponse pathologique post RxTC

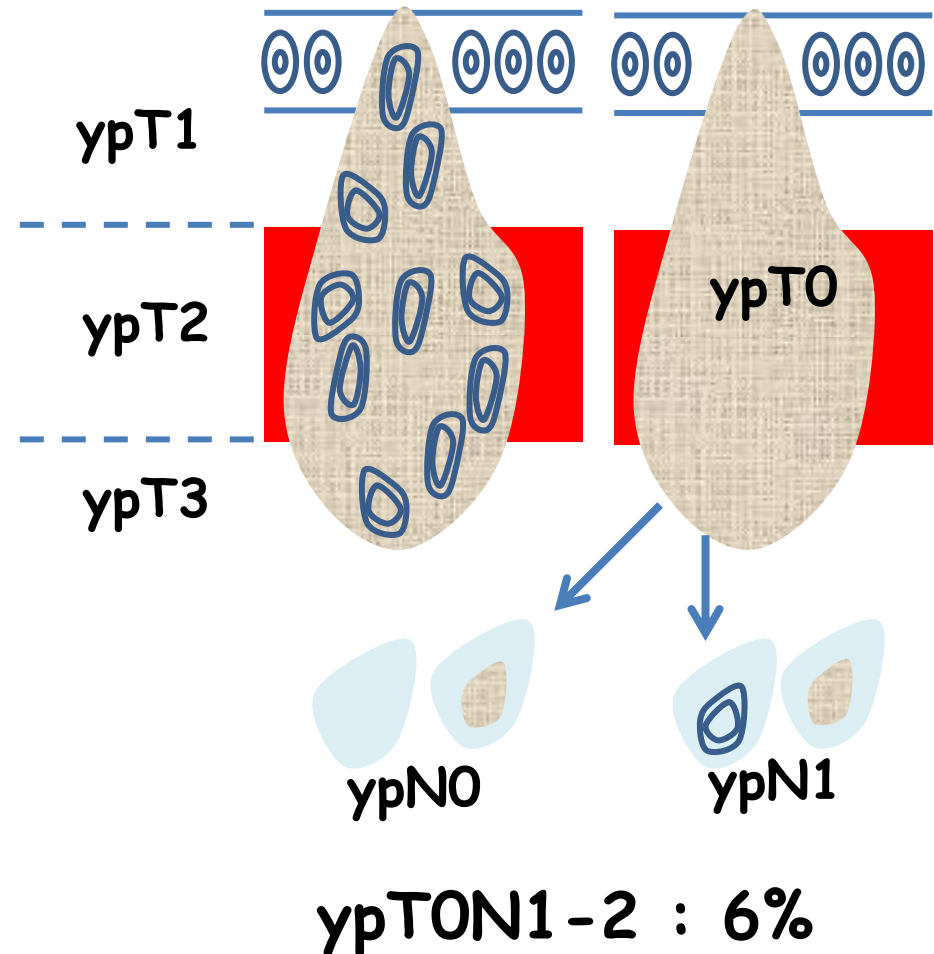
Différentes classifications

- Réponse cellulaire / cicatrice post Tt (scoring ascendant ou descendant)
 - Dworak (Grade 0 à 4*)
 - TRG1* à 5
 - RCPATH A* à C ...
- Réponse pariétale ou *downstaging* (Rullier, 2005)
 - Score combiné histo-imagerie
 - Dif entre uTN et ypTN

Procédures non standardisées

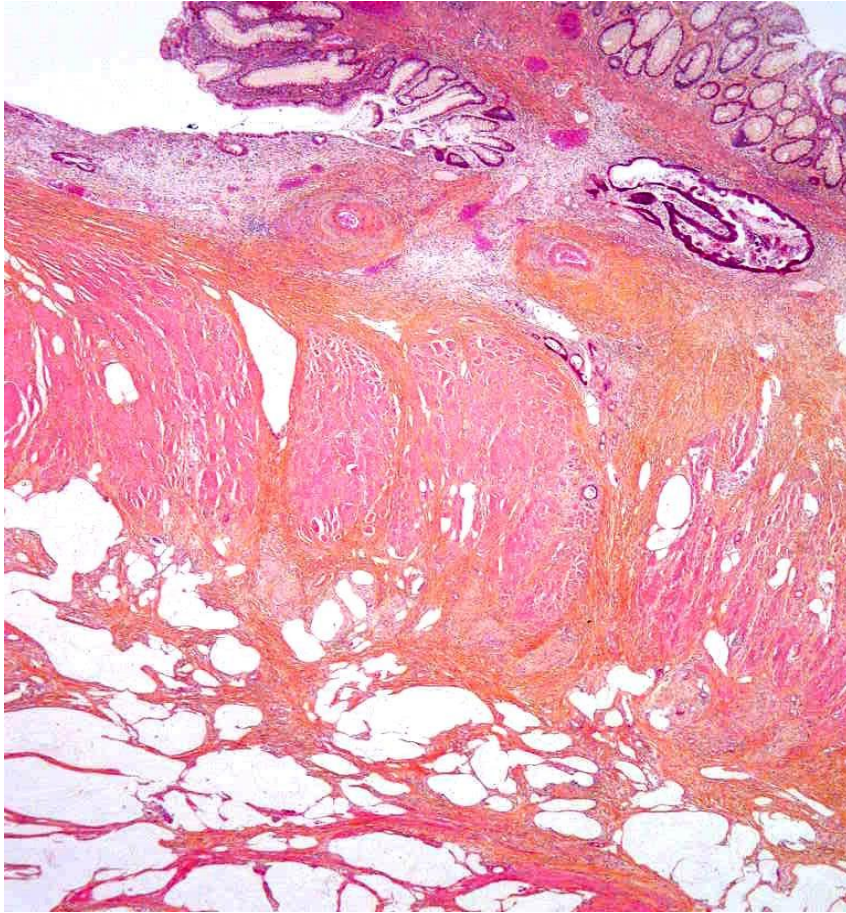
- Lésion résiduelle de petite taille
 - Inclusion complète
- Peu d'études de reproductibilité
 - $\kappa = 0,80$

Délai entre RadioT et chirurgie



ADK rectum

Modifications pathologiques post RxTC



Lymph Node Retrieval in Rectal Cancer is Dependent on Many Factors—the Role of the Tumor, the Patient, the Surgeon, the Radiotherapist, and the Pathologist
Mekenkamp, 2009

- 6,9 N (Rxt+Chir) vs 8,5 N (Chir seule)
- Réduction taille des N+ après RxT
- Majorité des N : localisés dans les 2/3 sup du mésorectum postérieur

Conclusion

Pathologiste et ADK du rectum

- Taux de RCC varie de 3 à 65%... (20%)
 - Difficulté à évaluer et à standardiser
 - Fondamental dans la politique « Wait and see »
- Intéressant de comparer avec la pathologie :
 - Seulement 1/3 (75/208) des patients avec une RCC présentent une RCP après analyse de la pièce opératoire
 - Prés de 10% des patients avec une RC partielle présentent une RCP
- Améliorer les méthodes d'imagerie :
 - Tant pour la tumeur primitive
 - que pour l'identification de N+ dans le mésorectum dans les ypT0 (5%) et ypT1 (8-11%) +++