

Prise en charge des adénomes coliques avec cancer : Quels malades faut-il opérer ?

Benoît Terris, Stanislas Chaussade. Hôpital Cochin, Paris.

Entre 5 et 11% des polypes réséqués endoscopiquement et chirurgicalement présentent une dégénérescence adénocarcinomateuse. La découverte de telles lésions après exérèse endoscopique pose le problème de la conduite à tenir en terme de surveillance ou de résection chirurgicale complémentaire. Le traitement dépend principalement du risque d'envahissement ganglionnaire. Parmi les différents paramètres intervenant dans la décision (terrain, taille et nombre de polypes, qualité de la résection endoscopique, topographie), les caractéristiques anatomopathologiques sont les plus importantes.

En raison de l'absence de structures lymphatiques au sein de la muqueuse colique normale, seuls les adénocarcinomes envahissant la sous muqueuse (T1) peuvent présenter un risque de dissémination ganglionnaire. Ainsi la polypectomie endoscopique est suffisante en cas d'adénocarcinome intra-muqueux à condition que les marges de résection soient saines.

Pour les adénocarcinomes envahissant la sous muqueuse (T1), plusieurs études ont tenté de définir des paramètres pathologiques corrélés à un risque important de dissémination lymphatique. Si la plupart de ces séries ont montré l'importance de l'infiltration en profondeur, la différenciation tumorale, l'existence d'emboles vasculaires, deux études récentes, incluant 292 et 140 polypes malins infiltrant la sous muqueuse, ont permis de mieux préciser la valeur de chacun de ces critères (Egashira et al. 2004, Ueno et al. 2004).

1. *Degré d'extension en profondeur* : Haggitt et al établirent une classification en 4 grades selon le degré d'extension en profondeur. Le risque métastatique est de 0% lorsque l'infiltration est limitée à l'axe du

polype (grade 1) et à la jonction axe-pédicule du polype (grade 2), de 10% lorsque le pédicule est envahit (grade 3) et de 27% quand cette infiltration concerne la sous muqueuse profonde (grade 4) de la paroi colique proprement dite. Si cette classification permet de bien distinguer les polypes pédiculés, tous les polypes sessiles ou plans dégénérés en revanche sont classés en grade 4. De plus, plusieurs études ont montré que 86 à 93% des malades opérés pour un grade IV ne présentaient pas de métastases ganglionnaires. Kudo et al. proposèrent de diviser les polypes sessiles malins en 3 catégories, en fonction du degré d'infiltration de la sous muqueuse: SM1 (invasion jusqu'à 200-300 μ sous la musculaire muqueuse), SM3 (invasion de la totalité de la sous muqueuse), SM2 (invasion intermédiaire). Le pourcentage de métastases ganglionnaires était de 0% pour les SM1, 10% pour les SM2 et 25% pour les SM3. Dans 2 études récentes (Ueno et al., Egashira et al.), les auteurs insistent sur l'importance de l'infiltration en profondeur (>2mm) et pour l'une d'entre elles sur la largeur de cette infiltration (>4mm) comme facteurs liés à un risque de métastase ganglionnaire, ce d'autant qu'ils s'associent à l'un des critères exposés ci dessous.

2. *Le degré de différenciation tumorale* : 30 à 50% des tumeurs peu différenciées s'accompagnent de ganglions métastatiques contre 5% pour les tumeurs bien différenciées. Ce paramètre est cependant peu discriminant en raison du faible nombre de tumeurs peu différenciées à ce stade. Ueno et al. rapportent en revanche un caractère agressif pour les polypes malins montrant un « bourgeonnement tumoral » (*tumor budding*) qui correspond à de petits amas de cellules tumorales, mal limités, dissociant le stroma au niveau du front d'invasion tumorale.
3. *Envahissement veineux et lymphatique* : L'existence d'une extension vasculaire est étroitement corrélée à la présence d'une extension ganglionnaire. La fréquence de cet envahissement varie cependant selon les grandes séries entre 1 et 30%.
4. *La qualité de l'exérèse endoscopique* : la présence de massifs tumoraux au niveau de la limite d'exérèse endoscopique traduit une

exérèse incomplète. Une résection complète devant passer selon les études à 1 ou 2mm de la tranche de section. Cependant il est fréquent dans les cas où une résection chirurgicale complémentaire a été motivée pour exérèse endoscopique incomplète de ne plus observer de résidu tumoral (50%). L'exérèse est donc fréquemment sous estimée par le pathologiste. Ceci pourrait être lié à l'électrocoagulation de la base d'implantation qui suffirait à détruire le tissu tumoral résiduel.

L'étude de Ueno et al. propose donc de ne pas effectuer de résection chirurgicale complémentaire après exérèse endoscopique d'un polype malin lorsqu'il n'existe pas de « critères qualitatifs » à type :

- de composante tumorale peu différenciée
- de bourgeonnement tumoral
- ou d'invasion vasculaire

et ce, même en cas d'infiltration dépassant 2mm en profondeur et 4mm en largeur (marge de résection ≥ 1 mm).

Références

Egashira Y et al. Analysis of pathological risk factors for lymph node metastasis of submucosal invasive colon cancer. *Modern Pathol* 2004; 17:503-11.

Hagitt et al. Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas :implications for lesions removed by endoscopic polypectomy. *Gastroenterology* 1985;89:328-36.

Kikuchi R et al. Management of early invasive colorectal cancer. Risk of recurrence and clinical guidelines. *Dis Colon Rectum* 1995;38:1286-95.

Kudo S et al. Endoscopic mucosal resection of flat and depressed types of early colorectal cancer. *Endoscopy* 1993;25:455-61.

Komuta K et al. Interobserver variability in the pathological assessment of malignant colorectal polyps. *Br J Surg* 2004;91:1479-84.

Ueno H et al. Risk factors for an adverse outcome in early invasive colorectal carcinoma. *Gastroenterology* 2004; 127: 385-394.