

Polypes dégénérés

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels des réseaux régionaux de cancérologie de Lorraine (ONCOLOR), d'Alsace (CAROL) et de Franche-Comté (ONCOLIE), en tenant compte des recommandations nationales, et conformément aux données acquises de la science au **9 septembre 2015**.

1. Généralités

- Ce référentiel propose la conduite à tenir en présence de **polypes dégénérés du côlon et du rectum (en dehors des formes familiales)**.
- Par **définition**, le polype dégénéré correspond à un adénome transformé : il s'agit d'un adénome présentant un foyer localisé ou étendu d'adénocarcinome.
- Les **carcinomes intramuqueux** relèvent d'un traitement endoscopique.
- Seuls les **adénocarcinomes envahissant la sous-muqueuse** peuvent présenter un risque d'envahissement ganglionnaire.
- Les polypes bénins et les lésions *in situ* - Tis (foyer de dysplasie de haut grade) ne relèvent pas en général d'une discussion en RCP.
- Sur le plan anatomo-pathologique, le contingent adénocarcinomateux doit être gradé selon la **classification OMS 2010** :
 - bien différencié (grade I)
 - moyennement différencié (grade II)
 - peu différencié (grade III)
 - indifférencié (grade IV)en prenant en considération le contingent le moins différencié. Les adénocarcinomes mucineux (colloïde) ou à cellules en bague à chaton sont considérés de principe comme peu différenciés.
- En cas de doute, une **seconde lecture** est souhaitable.

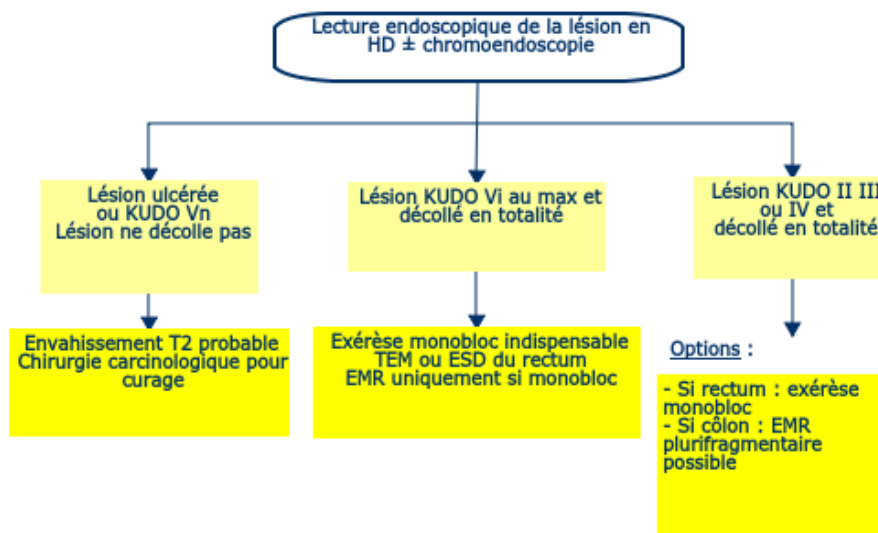
2. Prise en charge avant résection

- Avant toute résection ou biopsie d'un polype, un diagnostic endoscopique précis doit être réalisé à l'aide d'endoscopes de haute définition (HD), et au besoin après une coloration au bleu. Pour cela deux classifications doivent être utilisées :
 - **Classification de PARIS** pour la forme de la lésion
 - **Classification de KUDO** pour le Pit Pattern

2.1. Polypes sessiles/plans

- Ce qui doit contre-indiquer une résection endoscopique, et orienter vers une chirurgie carcinologique (avec curage) :
 - lésion ulcérée : Paris III
 - lésion qui ne se décolle pas après injection sous muqueuse
 - Pit Pattern de type V de KUDO étendu au sein de la lésion.
- Une résection endoscopique est possible, si elle est monobloc (ESD : endoscopic sub-mucosal dissection ou TEM : Transanal endoscopic microsurgery) : KUDO V sur une partie minimale de la lésion + décollement satisfaisant.
- Une résection endoscopique plurifragmentaire est possible (par technique de mucosectomie) : KUDO II,

III et IV + décollement complet.



2.2. Polypes pédiculés

- L'exérèse endoscopique des adénomes pédiculés dont l'ablation totale est possible en 1 temps.
- La polypectomie doit être réalisée à visée R0 c'est-à-dire de façon à ce que l'analyse anatomo-pathologique puisse formellement conclure à l'exérèse complète de la lésion. Pour cela, il faut :
 - une marge de tissu sain entre le plan de coupe et la lésion, en profondeur et latéralement
 - la résection doit avoir été réalisée en une seule pièce et non par fragments.

2.3. Préparation de la pièce pour analyse histologique

- Le pédicule doit être repéré pour les polypes Ip par un tatouage de la pièce ou un fil de suture ou un épinglage.
- La pièce de mucosectomie doit être mise à plat par épinglage sur un liège ou placée entre 2 films de mousse dans une cassette d'inclusion, ou maintenue à plat dans un papier-filtre fermé par des trombones, puis fixée immédiatement dans le formol à 10 %. Chaque lésion est numérotée et doit être mise dans un flacon spécifique repéré par le même numéro qui est reporté dans le compte-rendu d'endoscopie.
- **L'examen anatomo-pathologique** doit être effectué sur des coupes sagittales à partir de l'axe médian passant par le pédicule et intéressant dans la mesure du possible la base d'implantation.

3. Prise en charge après résection

- **Tis** : Tumeur intra-épithéliale ou envahissant la lamina propria (intramuqueuse) sans extension à la sous-muqueuse à travers la muscularis mucosae
 - **polypectomie** endoscopique suffisante si exérèse complète
- **T1** : Tumeur **invasive** envahissant la sous-muqueuse sans la dépasser
 - **Si polype pédiculé**
 - **Polypectomie suffisante** si et seulement si tous les critères suivants sont réunis :
 - exérèse et examen anatomo-pathologique complet (à partir de l'axe médian passant par le pédicule et intéressant obligatoirement la base d'implantation)
 - cancer bien ou moyennement différencié (grade histologique I ou II)
 - absence d'embolie lymphatique ou vasculaire caractéristique
 - absence de tumeur budding (cellules carcinomateuses isolées ou en amas de moins de

- 5 cellules au-delà du front d'invasion)
 - marge de sécurité >1 mm
 - niveau 0, I ou II de Haggitt (s'il s'agit d'un polype à pédicule étroit et bien individualisé)
 - **En l'absence d'un de ces critères ou si histologie défavorable (grade III, peu différencié) : colectomie dans les règles carcinologiques nécessaire.** Toutefois si le grade est l'unique facteur péjoratif, il sera à confronter au statut MSI. Au préalable, réaliser un repérage et un marquage du site d'exérèse par clips métalliques.
- **Si polype sessile, adénome plan et autres cas :**
 - (Cf. [classification de Paris](#))
 - **T1 sm1** (infiltration de la sous-muqueuse <1000 µm ou envahissement du premier tiers (superficiel) de la sous-muqueuse : risque d'envahissement ganglionnaire de 0 à 1 %)
 - Traitement endoscopique suffisant après discussion en RCP et information du patient, si :
 - exérèse et examen anatomo-pathologique complet
 - cancer bien ou moyennement différencié
 - absence d'embolie lymphatique ou veineux
 - marge de sécurité ≥ 1 mm
 - absence de cellules carcinomateuses isolées ou amas de moins de 5 cellules au-delà du front d'invasion (*tumor budding*).
 - En l'absence d'un de ces critères, colectomie segmentaire à visée carcinologique nécessaire pour curage ganglionnaire.
 - **T1 sm2** (infiltration de la sous-muqueuse ≥ 1000 µm et ≤ 2000 µm ou envahissement du deuxième tiers (intermédiaire) de la sous-muqueuse : risque d'envahissement ganglionnaire d'environ 6 %). A valider en RCP en prenant en compte le risque opératoire car le risque ganglionnaire est faible si tous les autres critères de sécurité sont présents.
 - **T1 sm3** (envahissement de la sous-muqueuse >2000 µm ou du troisième tiers (inférieur) de la sous-muqueuse : risque d'envahissement ganglionnaire >14 %) : colectomie segmentaire à visée carcinologique nécessaire car risque d'envahissement ganglionnaire élevé.

4. Classifications

4.1. Classification de KUDO (Pit Pattern)

**Non-néoplasique
(hyperplasique, inflammatoire)**

I normal
II stellaire

adénomateux

III_s petit tubulaire
III_L large tubulaire
IV branché

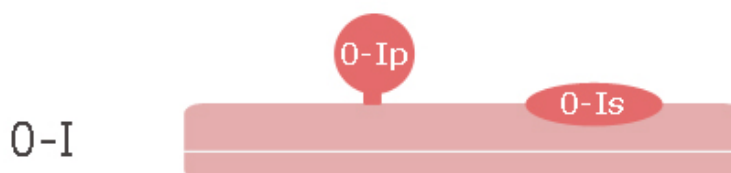
carcinome

VI irrégulier
VN non structuré

Cf. [classification avec images](#)

4.2. Classification de Paris

4.2.1. Classification morphologique



- **0.Ip** : lésion en relief, pédiculée
- **0.Is** : lésion en relief, sessile



- **0.IIa** : lésion plane légèrement surélevée, la hauteur étant inférieure à la hauteur des cuillers d'une pince à biopsie fermée (2,5 mm)
- **0.IIb** : lésion plane non surélevée, repérable par son caractère dyschromique



- **0.IIc** : lésion plane légèrement déprimée



- **0.III** : lésion creusante

4.3. Classification de Vienne et de Haggitt

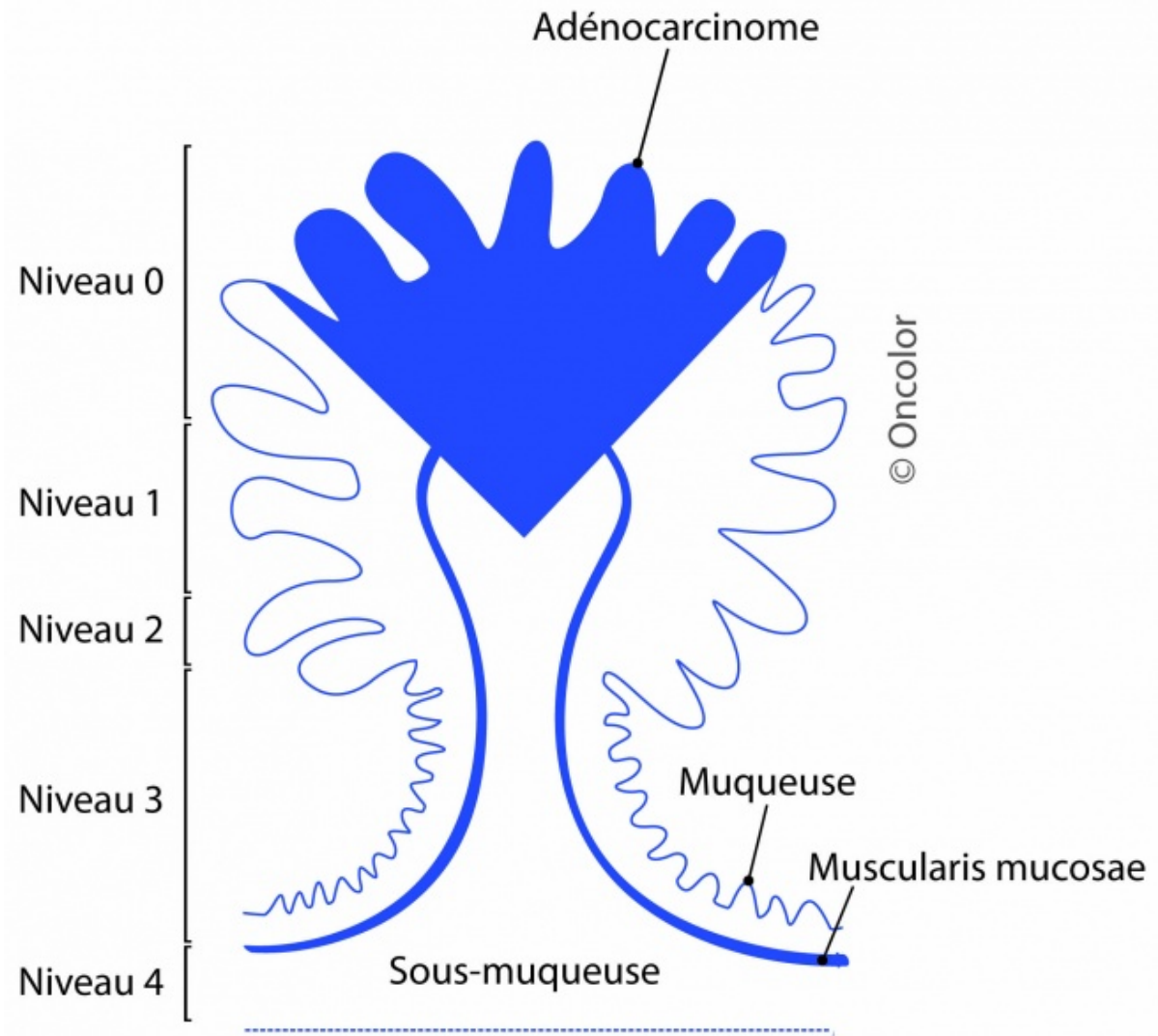
4.3.1. Classification de Vienne modifiée (2002)

- Catégorie 1 : pas de néoplasie.
- Catégorie 2 : indéfini pour néoplasie.
- Catégorie 3 : néoplasie de bas grade.
- Catégorie 4 : néoplasie de haut grade.
 - 4.1 dysplasie de haut grade
 - 4.2 carcinome *in situ* (non invasif)
 - 4.3 suspicion de carcinome intramuqueux
 - 4.4 carcinome intramuqueux
- Catégorie 5 : carcinome infiltrant la sous-muqueuse.

4.3.2. Classification de Haggitt

Définition de la profondeur d'envahissement sous-muqueux pour les polypes pédiculés :

- Niveau 0 : intramuqueux ou *in situ* (muqueux et tête - risque ganglionnaire 0 %)
- Niveau I : superficiel 1/3 supérieur de l'axe (tête - risque ganglionnaire 0 %)
- Niveau II : partie moyenne et inférieure du pédicule (collet - risque ganglionnaire 0 %)
- Niveau III : partie inférieure du pédicule, sous le collet (pied - risque ganglionnaire 15 %)
- Niveau IV : extension à la sous-muqueuse colique (paroi colique - risque ganglionnaire 27 %)



□ Classification de Haggitt



5. Informations minimales pour présenter un dossier de polype dégénéré en RCP

- Données démographiques.
- Médecin correspondant, date, lieu du diagnostic.
- **Index OMS.**
- **Comorbidités** du patient.
- **Antécédents** familiaux de cancer.
- Les comptes-rendus d'endoscopie (CRE) et d'anatomo-pathologie (CRA).
 - **Le CRE** doit faire figurer :
 - la qualité de la préparation, coloscopie complète ou non, l'utilisation de la chromoendoscopie
 - **pour chaque polype** :
 - dans tous les cas, la lésion doit être localisée très précisément sur le cadre colique : rectum, sigmoïde, côlon G, angle G, transverse G, transverse D, côlon D, cæcum
 - par clip + scanner sans injection dans les 24h et/ou tatouage et/ou transillumination
 - la distance par rapport à la marge anale n'est utile que dans le rectum. Dans le rectum doivent être précisées : la face, la hauteur par rapport à la ligne

- pectinée, la situation par rapport aux valves de Houston
 - dans le cæcum, le polype doit être situé par rapport à la valvule. Dans le rectum doivent être précisées : la face, la hauteur par rapport à la ligne pectinée, la situation par rapport aux valves de Houston
 - la taille (référence pince à biopsie ouverte = 7 mm),
 - la classification de Paris du polype (0-Ip, 0-Is, IIa, IIb, IIc),
 - la classification de KUDO
 - la technique de résection (section mucosectomie : exérèse pluri ou mono-fragmentaire). Le terme MONOBLOC doit apparaître si la résection est considérée comme telle.
 - la fixation avant envoi en anatomo-pathologie :
 - nombre de fragments adressés en anatomo-pathologie en cas de mucosectomie
 - tous les fragments doivent être étalés et fixés en salle d'endoscopie pour pouvoir permettre une analyse correcte des marges en profondeur.
 - **Le CRA** doit faire figurer :
 - **pour chaque polype** : hyperplasique, mixte, adénomateux, festonné, tubuleux, vilieux ; signes de dysplasie, caractère R0 de la résection de l'adénome par rapport au pied si polype plan : limites latérale et profonde (s'il est pédiculé) d'exérèse latérale et profonde, si c'est une mucosectomie ou une dissection.
 - **pour le cancer** : le type (adénocarcinome, carcinome colloïde, carcinome d'un type histologique particulier), la différenciation (bien, moyennement ou peu différencié), les embolus vasculaires, les cellules carcinomateuses isolées ou en amas de moins de 5 cellules au-delà du front d'invasion (*tumor budding*), la classification de Haggitt pour les polypes pédiculés de 0 à IV, l'envahissement de la sous-muqueuse pour les polypes plans (sm1 inférieur à 1000 µm, sm2 entre 1000 et 2000 µm, sm3 supérieur à 2000 µm) ; classification pTNM selon UICC 2009, R0 ou R1, les limites d'exérèse par rapport au pied ou à la marge profonde, et la taille des marges en profondeur.

6. Surveillance

- En cas de **résection endoscopique** :
 - **pTis** (discussion en RCP non indispensable)
 - **Exérèse complète** : contrôle endoscopique à 3 ans
 - **Exérèse incomplète** (macroscopiquement, lors de la résection ou sur le compte-rendu histologique quelle que soit la classe de Vienne) : contrôle endoscopique ≤ 3 mois puis à 3 ans si coloscopie normale
 - **pT1** <sm1, sans budding, bien différencié, sans embole
 - Résection monobloc : coloscopie à 3 ans.
 - Résection en plusieurs fragments (piece meal) : **coloscopie** ± biopsies (de la cicatrice) à 3 mois pour vérifier la qualité de l'exérèse de la partie adénomateuse et éventuellement complément de traitement puis coloscopie à 3 ans.
- Dans tous les autres cas :
 - discuter chirurgie en RCP
 - **coloscopie** à 3 ans de la chirurgie.

7. Bibliographie

- Haggitt RC , Glotzbach RE , Soffer EE , Wruble LD.
Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas: implications for lesions removed by endoscopic polypectomy.
[Gastroenterology 1985; 89: 328-36.](#)
- Conférence de consensus. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon.
[Gastroenterol Clin Biol 1998; 22: 205-226.](#)

- Cooper HS, Deppisch LM, Gourley WK, Kahn EI *et al.*
Endoscopically removed malignant colorectal polyps: clinicopathologic correlations.
Gastroenterology 1995; 108: 1657-65.
- Ueno H, Mochizuki H, Hashiguchi Y, Shimazaki H *et al.*
Risk factors for an adverse outcome in early invasive colorectal carcinoma.
Gastroenterology 2004; 127: 385-94.
- Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population
Recommandations pour la pratique clinique. ANAES, avril 2004.
- Horii H, Fujimori T, Fujii S, Ichikawa K *et al.*
Evaluation of tumor cell dissociation as a predictive marker of lymph node metastasis in submucosal invasive colorectal carcinoma.
Dis Colon Rectum 2005; 48:938-45.
- Recommandations de la SFED, 2011.
Conduite à tenir après polypectomie ou mucosectomie rectocolique selon le résultat de l'analyse d'anatomie pathologique.
Acta Endosc DOI 10.1007/s10190-011-0179-3
- Yasuda K, Inomata M, Shiromizu A, Shiraishi N *et al.*
Risk factors for occult lymph nodes metastasis of colorectal cancer invading the submucosa and indications for endoscopic mucosal resection.
Dis Colon Rectum 2007 ; 50 : 1370-6
- Kawaura K, Fujii S, Murata Y, Hasebe T *et al.*
The lymphatic infiltration identified by D2-40 monoclonal antibody predicts lymph node metastasis in submucosal invasive colorectal cancer.
Pathobiology 2007 ; 74 : 328-35
- Kitajima K, Fujimori T, Fujii S, Takeda J *et al.*
Correlations between lymph nodes metastasis and depth submucosal invasion i, submucosal, invasive cancer colorectal carcinoma : a Japanese collaborative study.
J Gastroenterol 2004 39 : 534-43
- The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon.
Gastrointest Endosc 2003;58:S3–S43.
- Beaton C, Twine CP, Williams GL, Radcliffe AG.
Systematic review and meta-analysis of histopathological factors influencing the risk of lymph node metastasis in early colorectal cancer.
Colorectal Dis. 2013 ;15:788-97.
- Kawachi H, Eishi Y, Ueno H, Nemoto T *et al.*
A three-tier classification system based on the depth of submucosal invasion and budding/sprouting can improve the treatment strategy for T1 colorectal cancer: a retrospective multicenter study.
Mod Pathol. 2015 Feb 27.

- Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I *et al.*
Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths.
[N Engl J Med. 2012 23;366:687-96.](#)