



11^{ème} Journée de Réflexion
sur l'Endoscopie Digestive
en France

Samedi 24 janvier 2009
Lyon, Hôtel Radisson

**Compte-rendu d'anatomie pathologique
des polypes en endoscopie digestive.
Standardisation ? Information
du patient. Discussion en RCP ?
Le point de vue du pathologiste.**

Docteur Geneviève Monges, Marseille

Comptes rendus-fiches standardisés

Polypes digestifs

Société Française de Pathologie

INCa

Première réunion le 7 Décembre 2007 à l'INCa

- Geneviève Belleannée (Bordeaux)
- Denis Chatelain (Amiens)
- Marie Daniele Diebold (Reims)
- Jean François Fléjou(Paris) **SFP**
- Anne Fricker (Mulhouse)
- Geneviève Monges (Marseille)
- Françoise Piard (Dijon)
- Marie Christine Saint Paul (Nice)
- Janick Selves (Toulouse)
- Jean Yves Scoazec (Lyon)
- Benoit Terris (Paris) **AFAQAP**

Ordre du jour

- **CRFS pour quels polypes ?**

CRFS pour quels polypes ?

1. **Tous les polypes**
2. **Les polypes adénomateux**
3. **Les adénomes en dysplasie de haut grade ou plus**
4. **Les polypes de + de 1 cm**
5. **Les polypes réséqués par mucosectomie...**

CRFS pour quels polypes ?

Préalables pour les pathologistes

Répondre à tous les prélèvements intitulés « polypes »

Souvent plusieurs prélèvements

Un seul compte rendu ?

Préalables pour les endoscopistes et les oncologues

CRFS pour les « polypes » dont la prise en charge pose des problèmes

CRFS pour quels polypes ?

1. **Tous les polypes**
2. Les polypes adénomateux
3. Les adénomes en dysplasie de haut grade ou plus
4. Les polypes de + de 1 cm
5. Les mucosectomies...

Deuxième réunion INCa 1 er Avril 2008

Geneviève Belleannée

Denis Chatelain

Marie Daniele Diebold

Jean François Fléjou

Anne Fricker

Geneviève Monges

Françoise Piard

Marie Christine Saint Paul

Janick Selves

Jean Yves Scoazec

Benoit Terris

Endoscopistes et Oncologues Invités

Denis Bernard

Stanislas Chaussade

Christian Boustière René Laugier

Denis Hereschbach

Bertrand Napoléon

Etienne Dorval

Thierry André

Jérôme Viguiier

Compte rendu-fiche standardisé en pathologie cancérologique : Polypes colo-rectaux

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Né(e) le : __ / __ / ____
- Sexe : F M
- N° de dossier (IPP) : _____
- N° d'examen : _____
- Endoscopiste/Chirurgien: _____
- Pathologiste: _____
- Code postal commune de naissance : _____
- Code postal domicile : _____
- Date d'intervention: __ / __ / ____
- Date du Compte rendu : _____

RENSEIGNEMENTS ENDOSCOPIQUES

Nombre de polypes :(suivant le nombre, les items ci-dessous sont répétés *n* fois)

Aspect endoscopique (à répéter *n* fois) : Pédiculé Sessile Plan

Type de prélèvement :

- A. Biopsie(s), préciser nombre |_|_|
- B Polypectomie à la pince
- C Polypectomie à l'anse
- D Mucosectomie
- E Piece-meal resection, préciser nombre de fragments |_|_|
- F Dissection sous muqueuse
- G Exérèse chirurgicale locale
- H Non renseigné

Si réponse de B à H, taille mm

RENSEIGNEMENTS ENDOSCOPIQUES (SUITE)

Localisation

- Rectum, préciser |__|__| cm par rapport à la marge anale
- Sigmoïde, préciser |__|__|cm par rapport à la marge anale
- Côlon gauche
- Transverse droit
- Transverse gauche
- Côlon droit
- Caecum
- Non renseigné

Type histologique

- 1 Adénome
 - Tubuleux
 - Villeux
 - Tubulo-villeux
 - Festonné
 - Mixte
- 2 Adénocarcinome
- 3 Polypes autres
 - Hyperplasique
 - Adénome/polype sessile festonné
 - Polype juvénile
 - Polype de Peutz Jeghers
 - Polype inflammatoire
 - Autre (texte libre)
- 4 Muqueuse normale

Si réponse 3 ou 4 **-> Fin du compte-rendu**

Si réponse 1 (adénome)

- Dysplasie de bas grade (V3)
- Dysplasie de haut grade (V4-1, V4-2, V4-3)

-> Fin du compte-rendu

Si réponse 2 (adénocarcinome)

- niveau d'infiltration, :

- Intra-muqueux (Tis ou V4.4)
- Franchissant la musculaire muqueuse (T1)

- T1 si sessile ou plan :

- SM1 (<1000µm)
- SM2 (>1000µm)
- non évaluable

- T1 si pédiculé :

- 1/3 supérieur, au dessus du collet (Haggitt 1)
- partie moyenne et inférieure du pédicule sous le collet (Haggitt 2 ou 3)
- extension à la sous-muqueuse colique (Haggitt 4)
- Atteignant la musculature (T2)
- Non évaluable

- Différenciation :

- Adénocarcinome Lieberkuhnien bien et moyennement différencié
- Adénocarcinome Lieberkuhnien peu différencié
- Mucineux > 50% colloïde

Emboles vasculaires: oui non non évaluable

Limites :

En profondeur :

- Envahie (= 0 mm)
- Distance à la limite |__|__, |__|__| mm
- Non évaluable

Latérales :

- Saines
- Adénome
- Adénocarcinome
- Non évaluable

Classifications retenues

- Vienne modifiée
- Paris
- Haggitt

Classifications reconnues

Mais pas de consensus international

Et problèmes de reproductibilité

Autres points à discuter ?

- Bourgeonnement tumoral (budding) oui non douteux
- Présence de pseudo-invasion oui non
- Conduite à tenir ???

Classification de Vienne modifiée

- Catégorie 3 (Vienne 3) Dysplasie de bas grade
- Catégorie 4 (Vienne 4) Dysplasie de haut grade
 - 4-1 dysplasie de haut grade (*Vienne 4-1*)
 - 4-2 carcinome in situ (*Vienne 4-2*)
 - 4-3 suspicion de carcinome intra-muqueux
- Catégorie 5 (Vienne 5)
 - 5-1 carcinome intra-muqueux (*Vienne 4-1*)
 - 5-2 carcinome avec invasion de la sous muqueuse

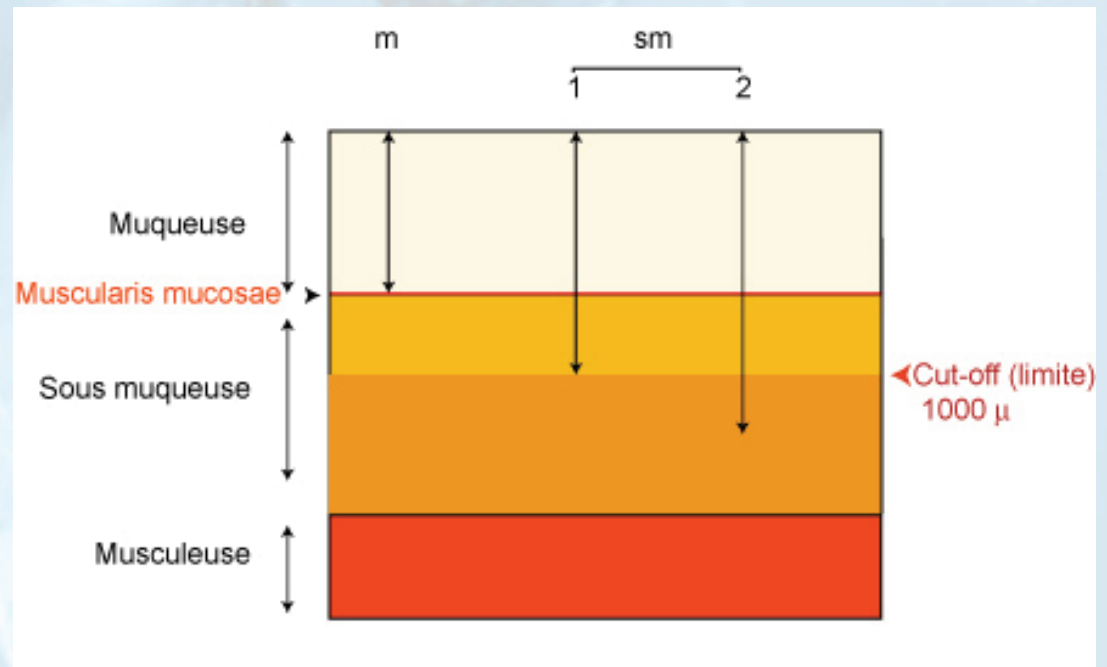
Classification de Paris

Infiltration de la muqueuse

- M1 (équivalent de Tis e)
- M2 (équivalent de Tis m)
- M3 (infiltration de muscularis mucosae)

Infiltration de la sous muqueuse

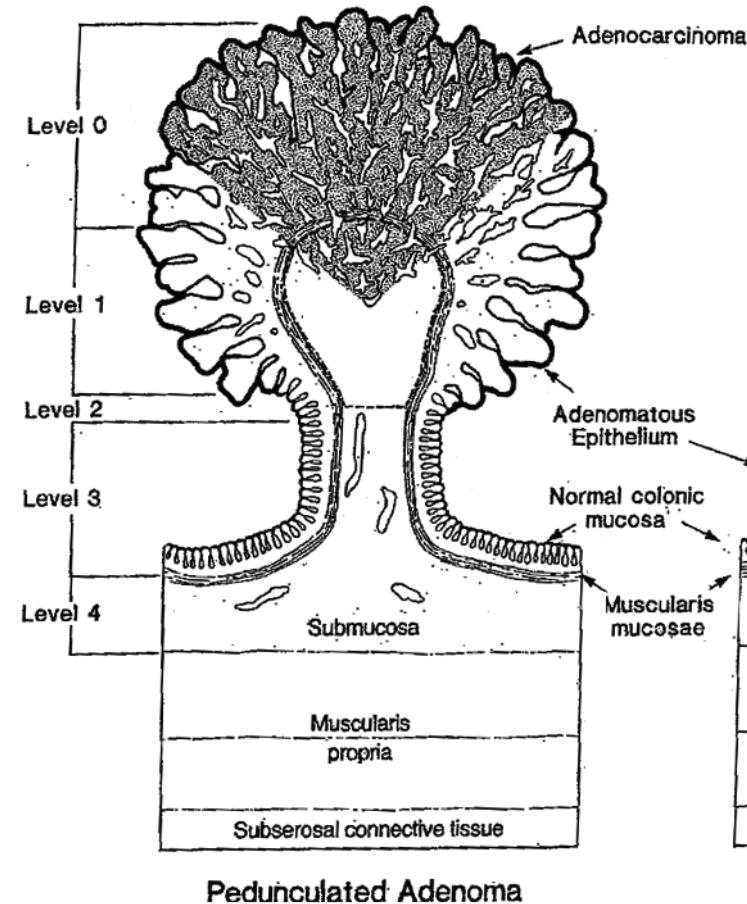
- SM1 < 1000 μ
- SM2 > 1000 μ



Classification de Haggitt

Polypes pédiculés envahissement

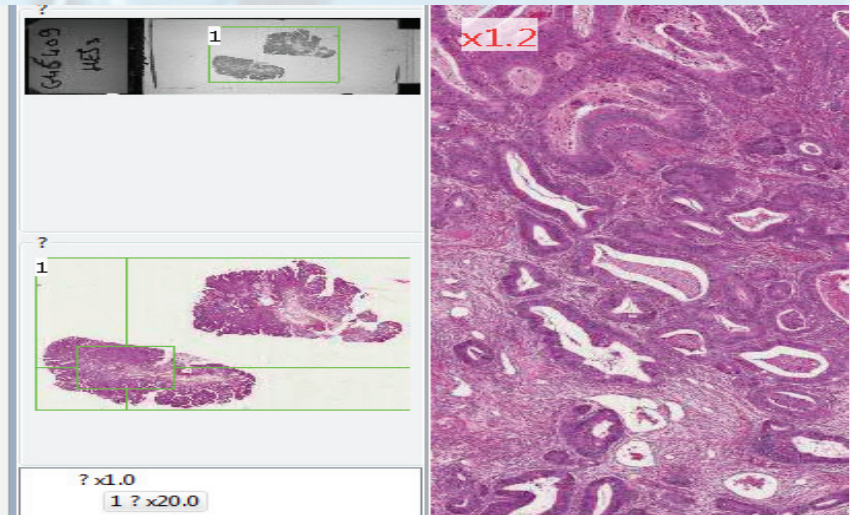
- 0 (intramuqueux)
- 1 superficiel 1/3 supérieur de l'axe (équivalent de Tis m)
- 2 partie moyenne et inférieure du pédicule
- 3 partie inférieure du pédicule, sous le collet
- 4 extension à la sous muqueuse colique



- Dans le cadre d'une subvention de l'INCa pour des travaux sur les cancers du côlon
 - Étude de reproductibilité inter et intra observateurs
 - Travail coordonné par Benoit Terris
- Buts
 - Identifier les points de concordances et de discordances
 - Utiliser ces données pour améliorer la fiche réponse standardisée et proposer un test AFAQAP

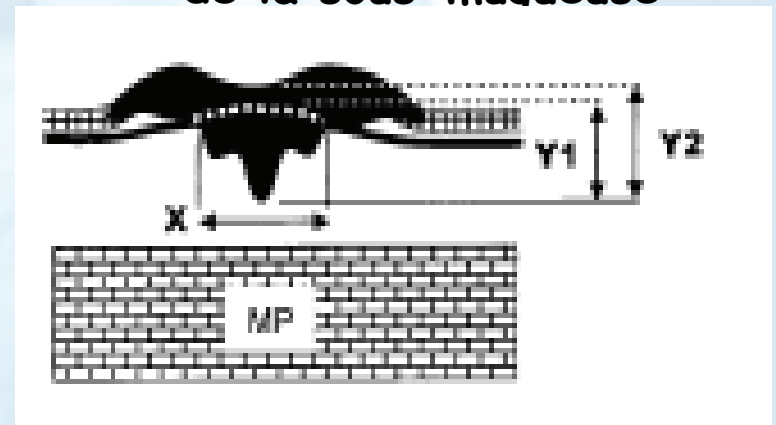
Méthodes de l'étude

- Etude multicentrique:
 - 10-15 pathologistes
- Analyse :
 - Lames « virtuelles » = numérisées accessibles par internet
 - 130 polypes Tis ou T1
 - Critères pathologiques:
 - Qualitatifs
 - Quantitatifs
 - » Outils de mesure
 - Réponses sur grille adossée à une image
- Fin de l'étude: début 2010



Critères Pathologiques

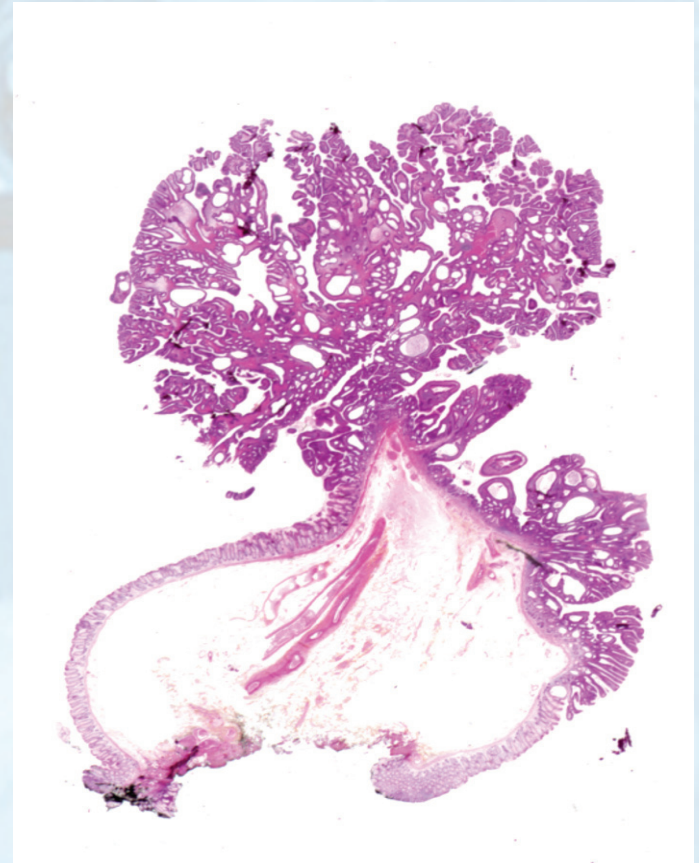
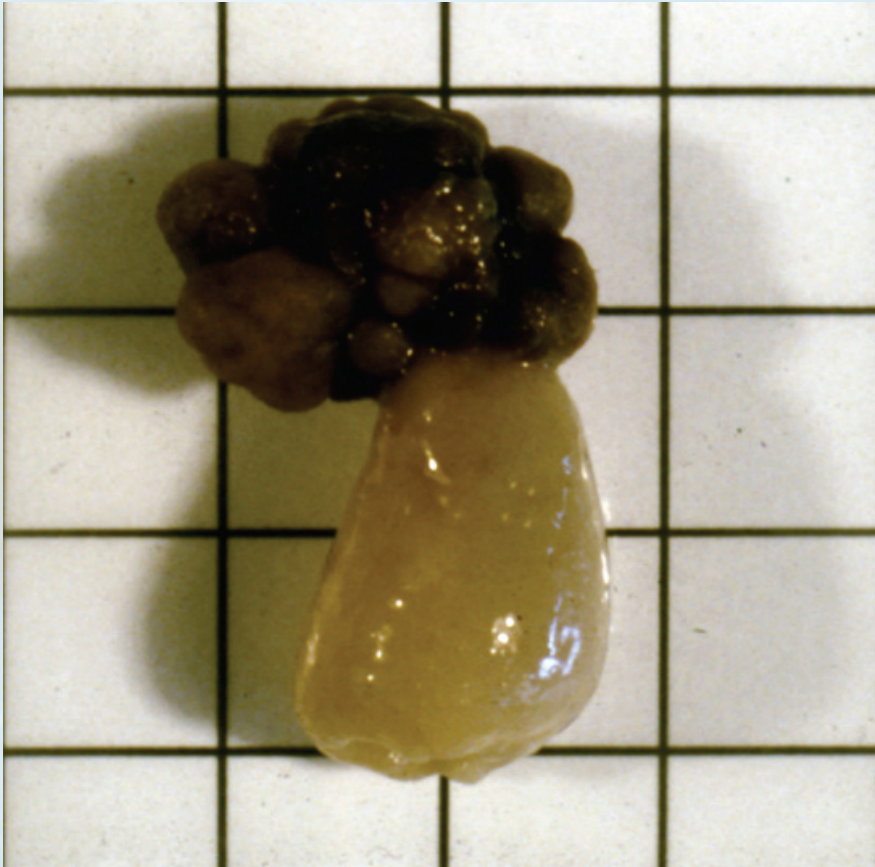
- Critères :
 - Sont ils reproductibles ?
 - évaluation inter / intra-observateur
 - est-ce faisable (en routine ... idée de faisabilité)
- Terme de cette étude:
 - Valider les items de la fiche standardisée et établir des recommandations sur paramètres indispensables figurant dans CR anatomo pathologique
- Critères pronostiques:
 - Faible différenciation
 - Emboles
 - Marge de sécurité (1mm)
 - Et récemment :
 - Budding
 - Taille de l'infiltration de la sous-muqueuse :



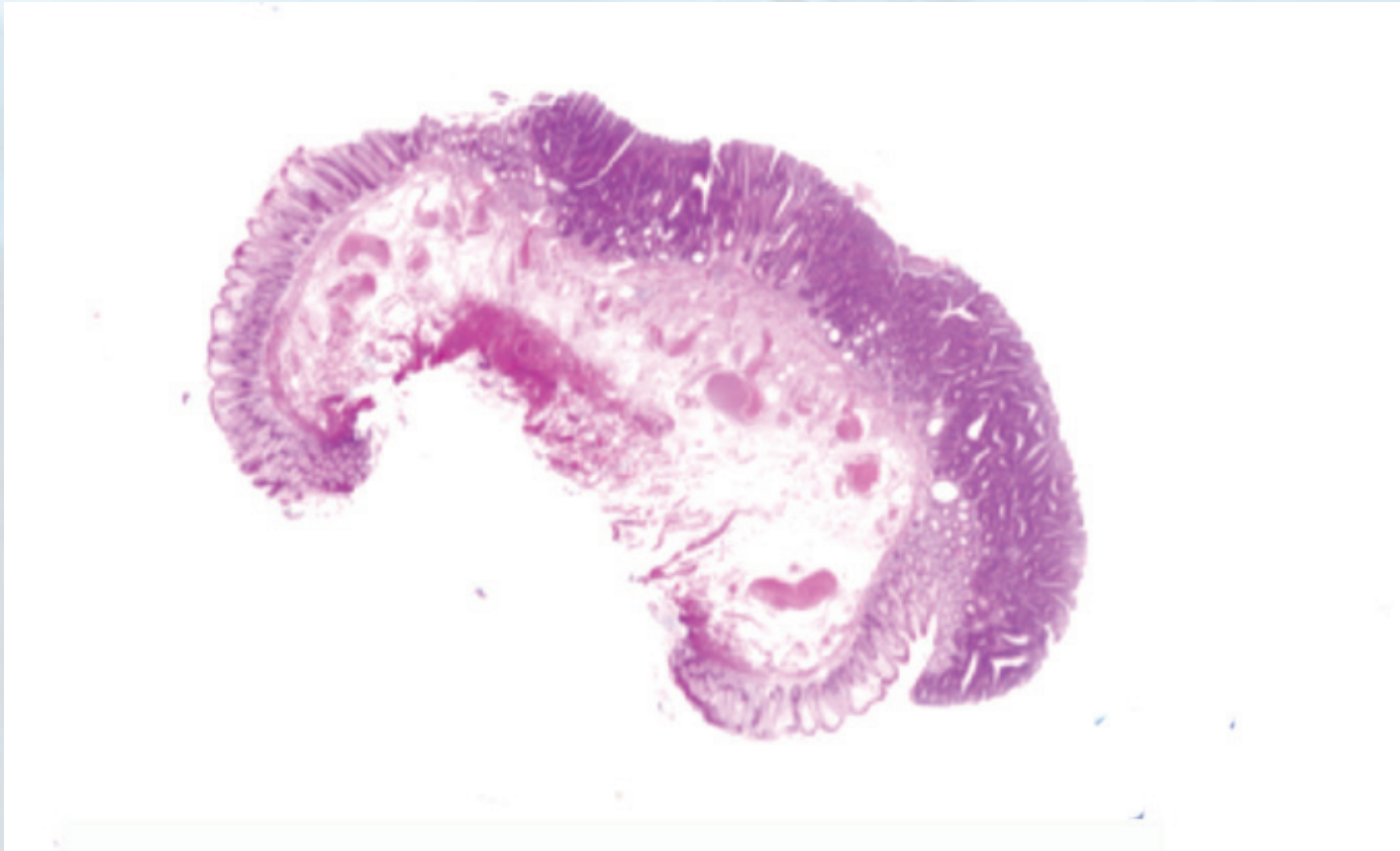
Une notion importante

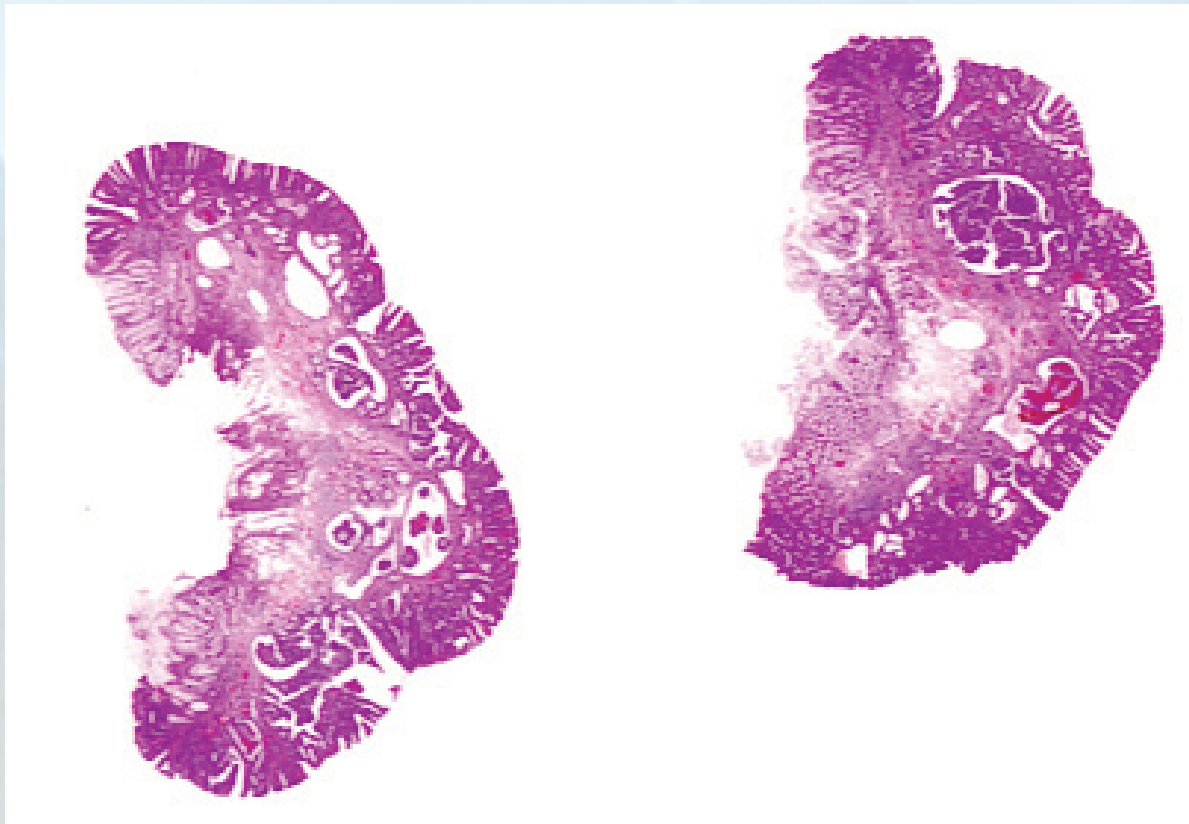
- La qualité du prélèvement communiqué
Qui dépend
 - de la résection endoscopique
 - du soin apporté à la transmission du prélèvement (encre non encré)
 - de la lésion elle même

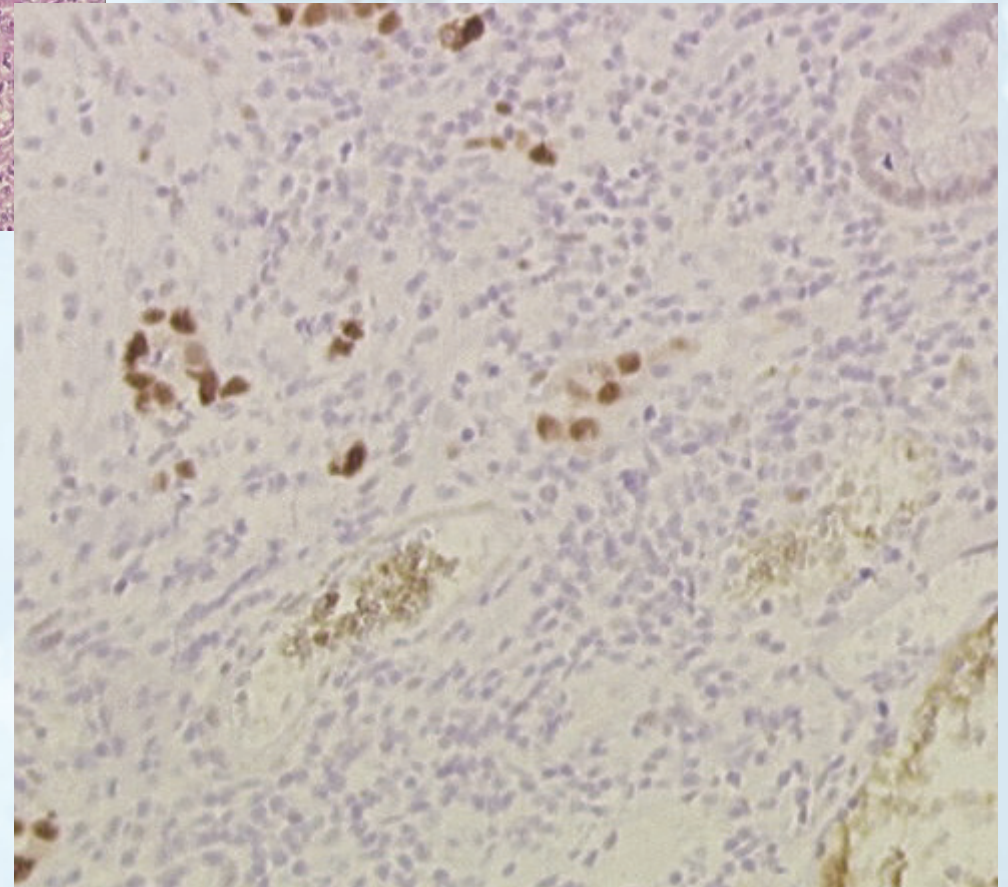
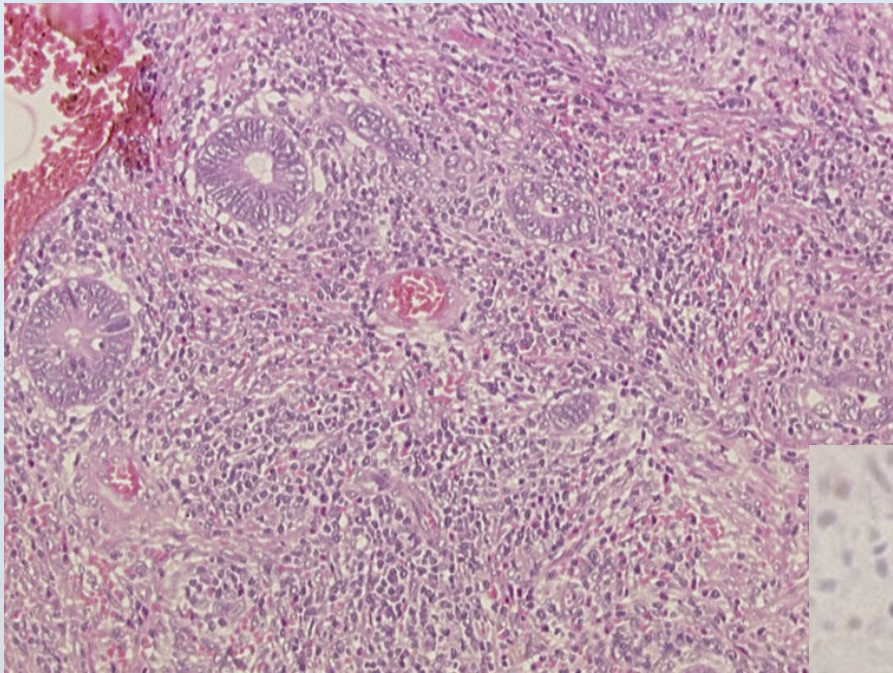
Polype pédiculé



Polype sessile







Budding

Définition d'UENO

Au moins 5 amas de moins
de 5 cellules

au grossissement 20

pour un champ de 0.785 mm²

CRFS Polypes du côlon

- En attente
 - d'un manuel d'utilisation
 - d'un programme informatique performant
 - des résultats du travail du groupe de Benoit Terris

Conclusion

- Encore du travail

Définition

- des critères les plus pertinents pour la prise en charge des patients
- des critères reproductibles

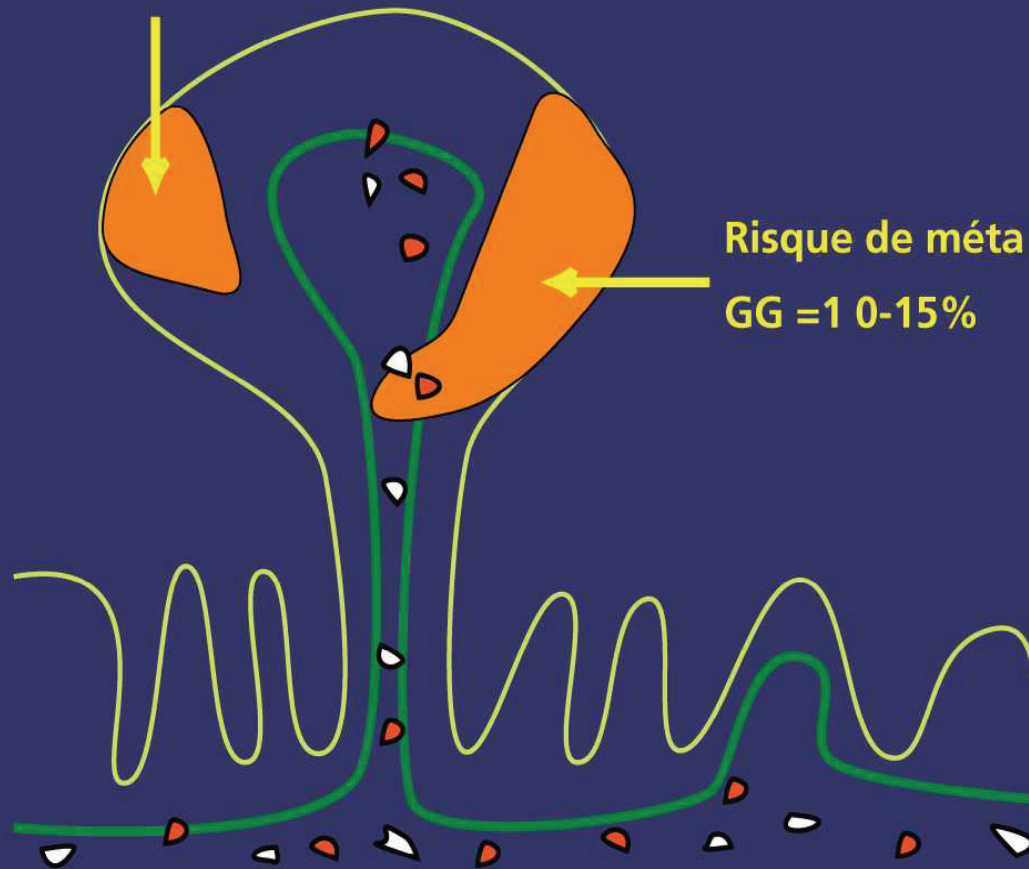
- Et des travaux prospectifs

Polypes malins

- **Un foyer de dégénérescence adénocarcinomateuse :**
 - observé dans 5 à 10% des polypectomies coliques effectuées par voie endoscopique
 - Fréquence augmentera dans l'avenir en raison :
 - du dépistage systématique du cancer colorectal en France
 - de l'amélioration des techniques endoscopiques invasives
- **Cette dégénérescence correspond soit à un ADK:**
 - intra-muqueux (Tis) :
 - Surveillance endoscopique
 - Infiltrant la sous muqueuse (T1)
 - Surveillance endoscopique ou résection chirurgicale complémentaire
 - Cette décision dépendant des caractéristiques anatomo-pathologiques +++
- **Importance de la reproductibilité de ces paramètres et de CR intégrant ces derniers.**
- **Projet Inca 2007: Evaluation des polypes malins colorectaux par microscopie virtuelle et mise en place d'un compte rendu anatomopathologique standardisé (Terris, Cochin)**

Adénome pédiculé transformé

Risque de méta GG = 0%



Adénome plan transformé

Risque de méta GG = 27%

