

# Modalités de prise en charge et critères histo-pronostiques des résections curatives des cancers précoces du tube digestif

Professeur Janick SELVES

CHU-Institut Universitaire du Cancer, Toulouse

# Les lésions précoces du tube digestif

➔ Résection endoscopique curative: R0, sans risque de récurrence

## • Les lésions non invasives

(DHG, pTis):

- Pas de risque ganglionnaire
- Risque de récurrence locale
  
- Qualité de l'exérèse latérale

### ➤ Modalités de surveillance

Discussion en RCP non indispensable

## • Lésions invasives (pT1):

- Risque de récurrence locale
- Risque ganglionnaire
- Risque de rechute à long terme
  
- Evaluation des risques: critères anatomo-pathologiques

### ➤ Décision de complément d'exérèse (chirurgicale ou endoscopique)

➤ Discussion en RCP

# Le rôle du pathologiste

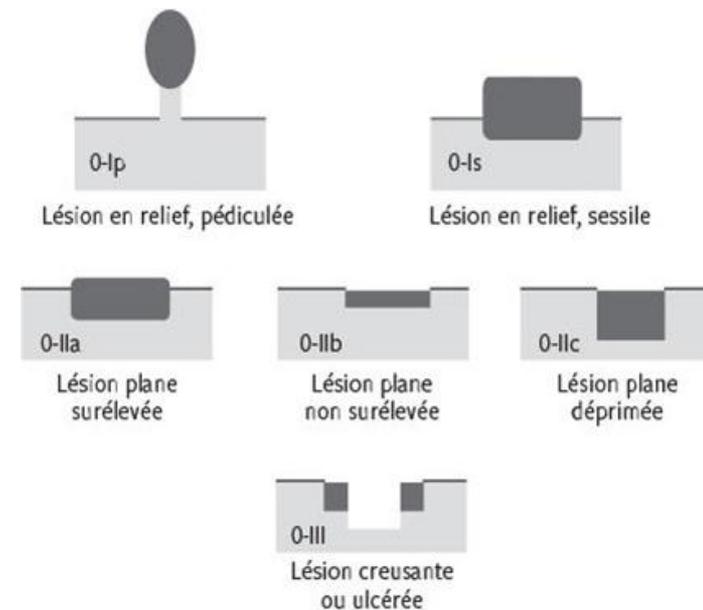
1. Identifier les zones invasives
2. Donner les critères anatomo-pathologiques permettant de déterminer le caractère curatif ou non de l'exérèse endoscopique

Qualité du résultat:

de l'analyse anatomo-pathologique,  
de qualité de la pièce de résection

# Règles de prise en charge des pièces de résection

- Identiques quel que soit le segment digestif (*œsophage, estomac, grêle, côlon et rectum*)
- A adapter en fonction de:
  - L'aspect de la lésion: pédiculée ou non (sessile, plane)
  - De la technique d'exérèse: polypectomie / mucosectomie / dissection sous-muqueuse
- S'appliquent dès la salle d'endoscopie



*Classification endoscopique des néoplasies superficielles, Paris, 2005*

# 1- Mucosectomie / dissection sous-muqueuse

- ✓ Etaler et épingler la pièce: en salle d'endoscopie puis transmettre au laboratoire (fraîche ou fixée)

*Mucosectomie: Adénocarcinome sur EBO*



- ✓ Mise à plat dans une cassette, entre deux mousses



*Mucosectomie polype côlon (pièce fixée)*



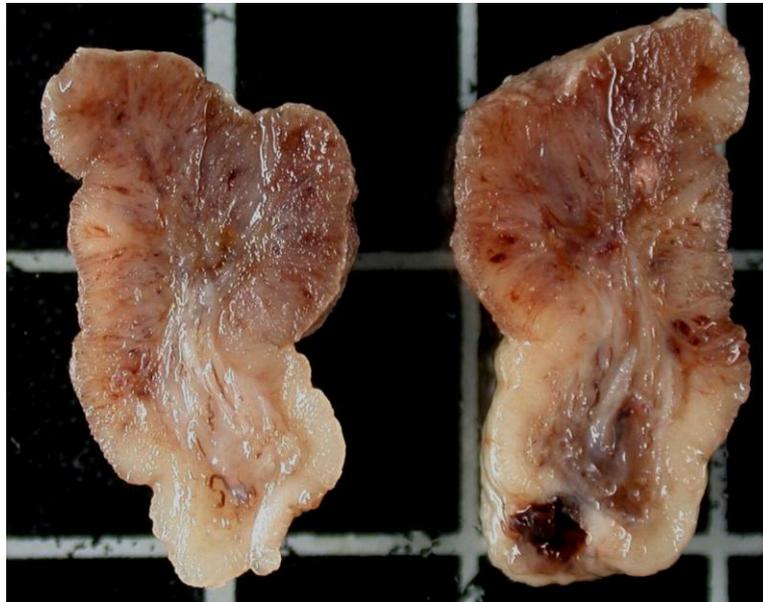
Pièce étalée et épinglée sur support . Encrege marge profonde puis découpage en tranches fines pour l'inclusion



Si résection en plusieurs fragments: idem sur chaque fragment

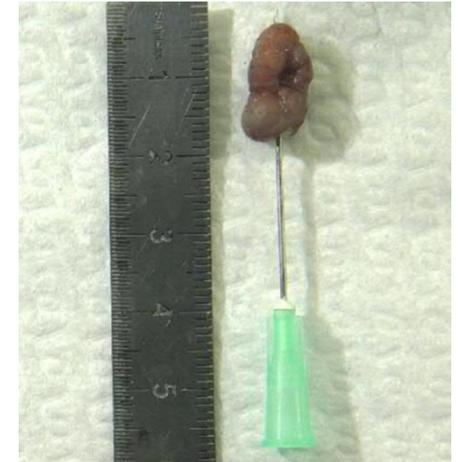
➤ **La détermination d'une résection complète ou incomplète ne peut se faire que sur une exérèse mono-bloc**

## 2- Polype pédiculé



*Photos D Cazals-Hatem*

Coupes sagittales à partir de l'axe médian passant par le pédicule et intéressant dans la mesure du possible la base d'implantation.



Repérage de la tranche de section

# Les critères anatomo-pathologiques d'une résection curative

Tous les critères suivants doivent être présents:

- Absence d'infiltration des marges
- Faible niveau d'infiltration en profondeur de la sous-muqueuse
- Tumeur de bas grade
- Pas d'embols vasculaires
- *Pas de bourgeonnement tumoral significatif\**

*\*Pour lésions colo-rectales uniquement*

# Les critères anatomo-pathologiques d'une résection curative

Tous les critères suivants doivent être présents:

- Absence d'infiltration des marges
- Faible niveau d'infiltration en profondeur de la sous-muqueuse
- Tumeur de bas grade
- Pas d'embols vasculaires
- *Pas de bourgeonnement tumoral significatifs\**

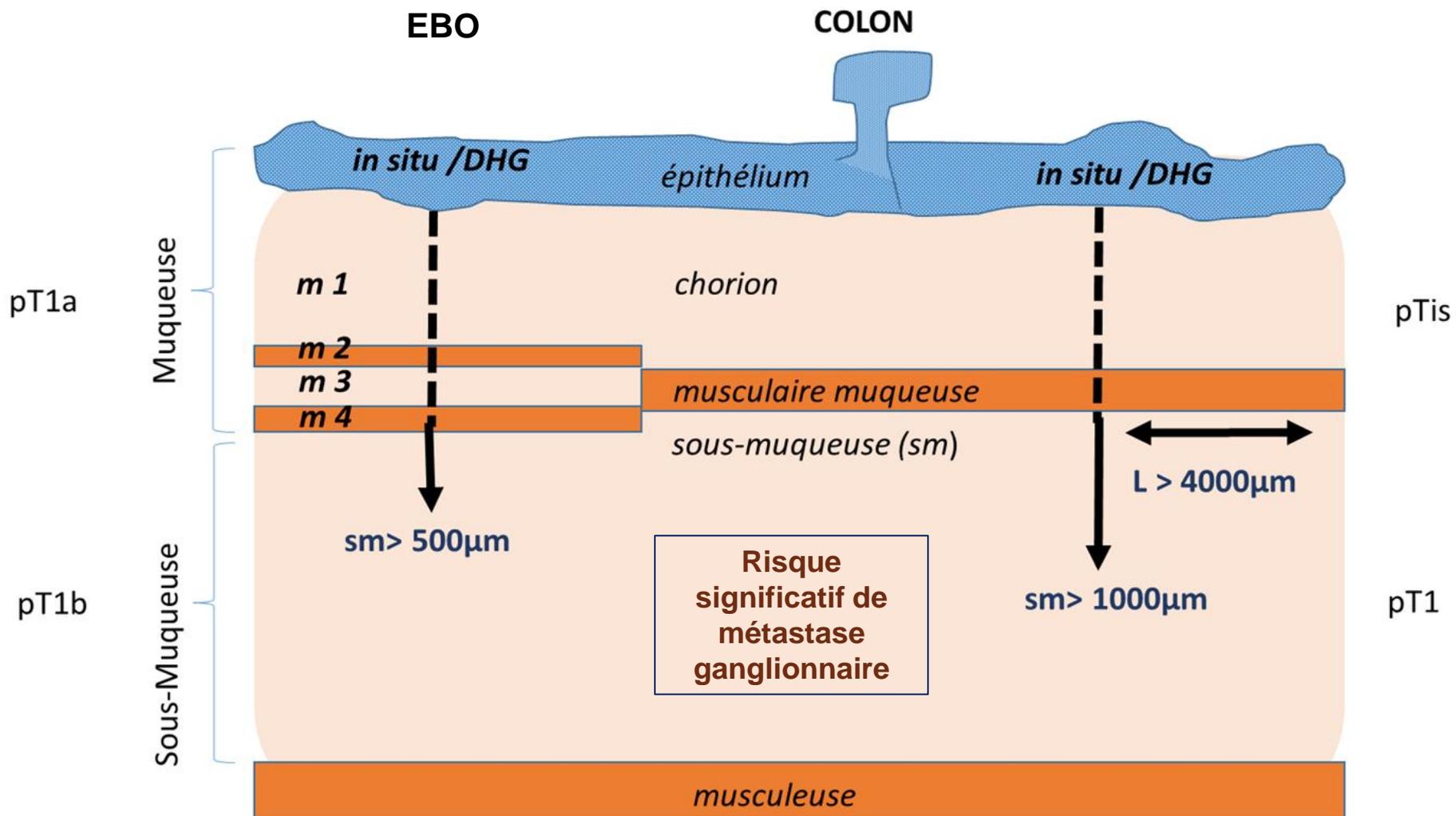
Critères  
quantitatifs

Critères  
qualitatifs

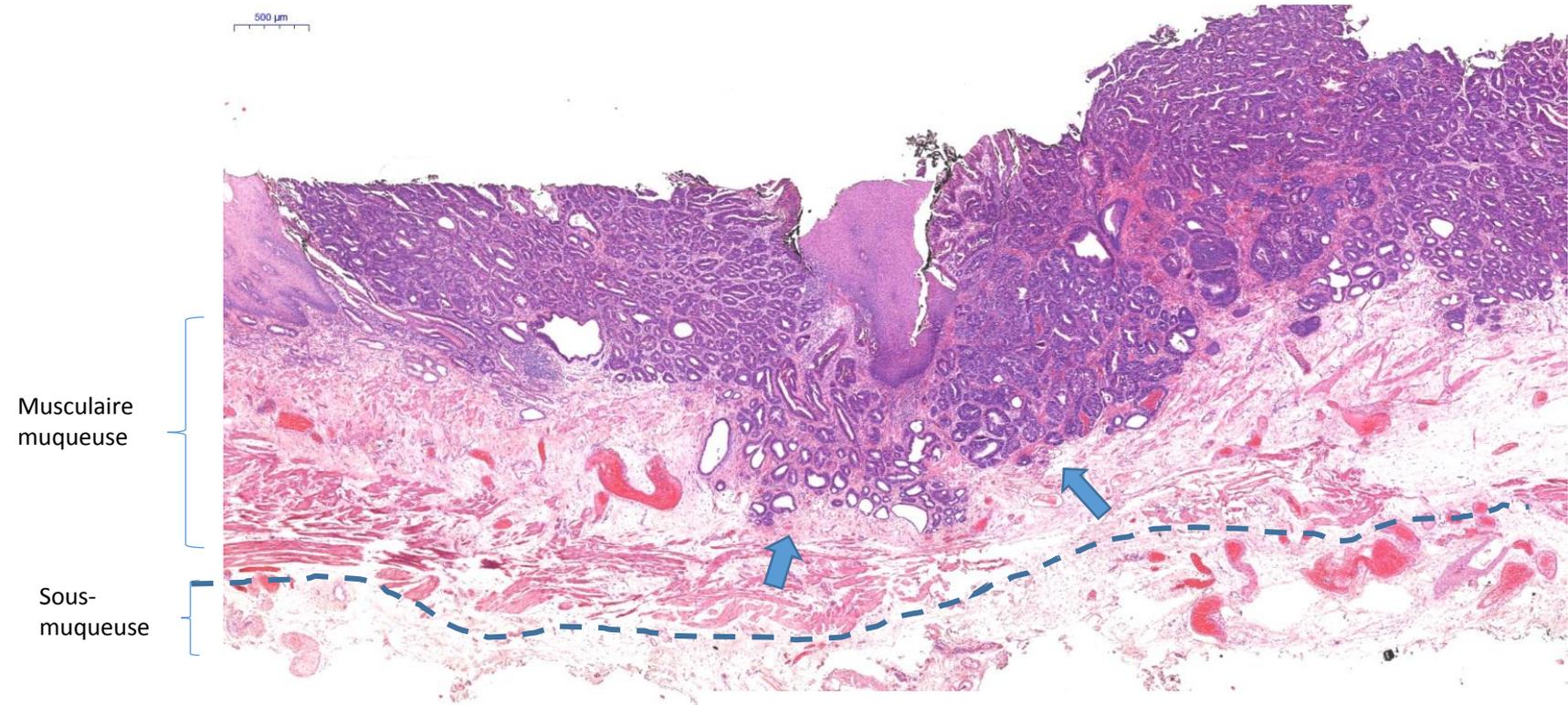
*\*Pour lésions colo-rectales uniquement*

# 1 - Niveau d'infiltration de la sous-muqueuse:

- Epaisseur du foyer invasif mesurée en  $\mu\text{m}$ , à partir de la musculaire muqueuse
  - Œsophage malpighien, glandulaire
  - Estomac
  - Côlon
  - **Valeur différente pour chaque segment**
- $\pm$  Largeur du foyer invasif mesurée en  $\mu\text{m}$ , dans la sous-muqueuse
  - **Côlon**
- Classification de HAGGIT si polype pédiculé **côlon**

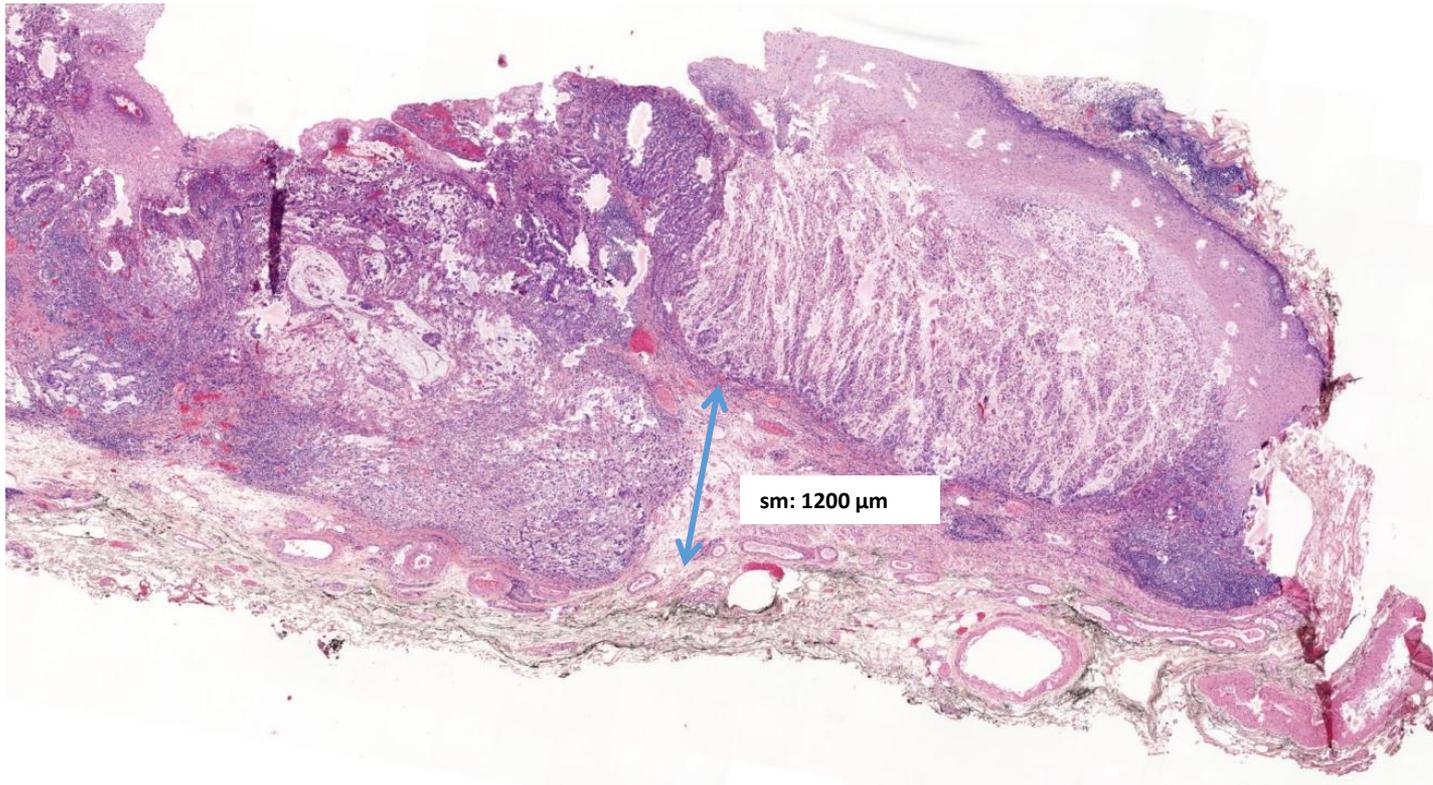


# Adénocarcinome sur EBO



Infiltration de l'intervalle entre les deux couches de la  
mm: stade pT1a, m 3  
+ autres critères de sécurité présents  
→ Exérèse endoscopique suffisante

# Adénocarcinome sur EBO



sm: 1200  $\mu\text{m}$

Infiltration sm >  
500  $\mu\text{m}$

# Côlon - Rectum

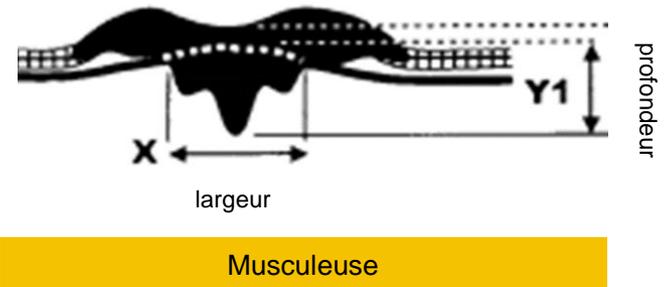
## 1/ Lésion non pédiculée (ou avec pied court): méthode d'Ueno

### Niveau d'infiltration en profondeur (de la sous-muqueuse):

- **infiltration de la sous-muqueuse  $< 1000 \mu\text{m}$**  : risque d'envahissement ganglionnaire de 0 à 1 %
- infiltration de la sous-muqueuse  $\geq 1000 \mu\text{m}$  et  $\leq 2000 \mu\text{m}$  : risque d'envahissement ganglionnaire 4 à 12 %
- envahissement de la sous-muqueuse  $> 2000 \mu\text{m}$  : risque d'envahissement ganglionnaire 13 à 17 %

### Largeur de l'infiltration tumorale

- risque métastatique si  $\geq 4000 \mu\text{m}$



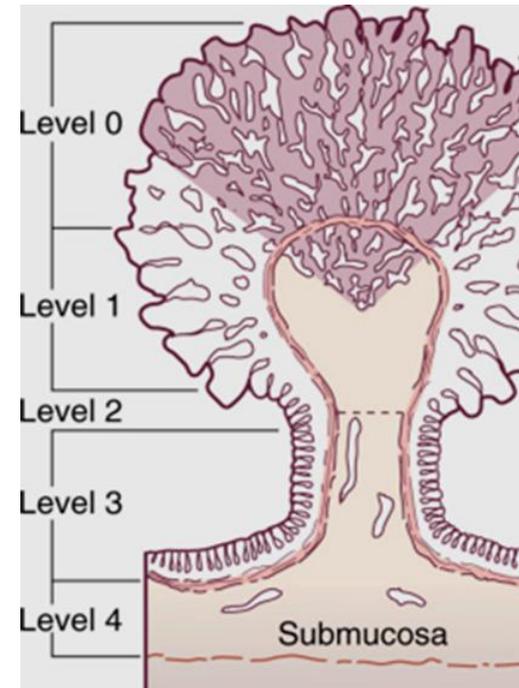
Y1: profondeur à partir de la mm

Y2: profondeur à partir de la superficie si mm non identifiable

## 2/ Lésion pédiculée (avec pédicule long): classification de Haggitt

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

- **Niveau 0** : intra-muqueux 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 supérieure du pédicule (**au dessus du 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 %)



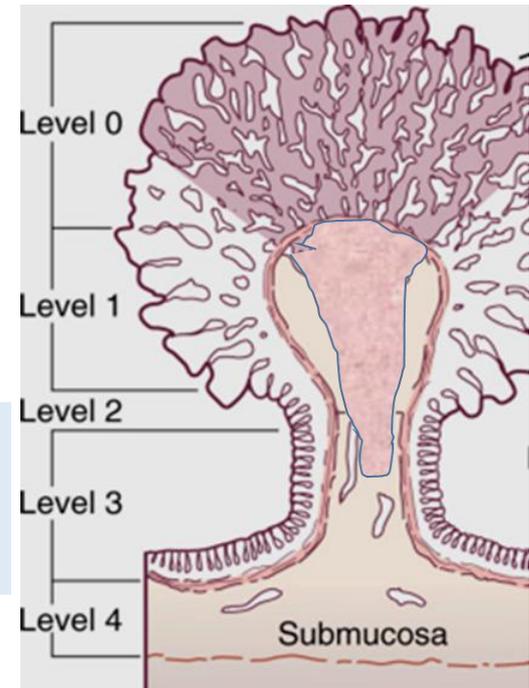
Haggitt RC., *Gastroenterology* 1985.

## 2/ Lésion pédiculée (avec pédicule long): 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 supérieure du pédicule (**au dessus du collet** - risque ganglionnaire 0 %)
- **Niveau III** : partie inférieure du pédicule, sous le collet (**ped** - risque ganglionnaire 15 %)
- **Niveau IV** : extension à la sous-muqueuse colique (**paroi colique** - risque ganglionnaire 27 %)

< 3000  $\mu$ :  
faible  
risque



## 2- Les marges d'exérèse

- Mesurées en  $\mu\text{m}$ 
  - **R0: marges  $\geq 1$  mm**
  - **R1: marges  $< 1$  mm**
- **Marge profonde** = distance entre front d'invasion et section profonde
- **Marge latérale** = distance entre extension latérale du cancer invasif et section latérale
  - + absence /présence de lésions non invasive (DBG/DHG/ in situ)
- Résection R1:
  - **Côlon:**
    - risque résidu tumoral: 7 à 12 %,
    - risque de récurrence: 20 à 33 %
    - Facteur indépendant de récurrence à long terme

# 3- Les critères qualitatifs de sécurité

## Adénocarcinome sur EBO

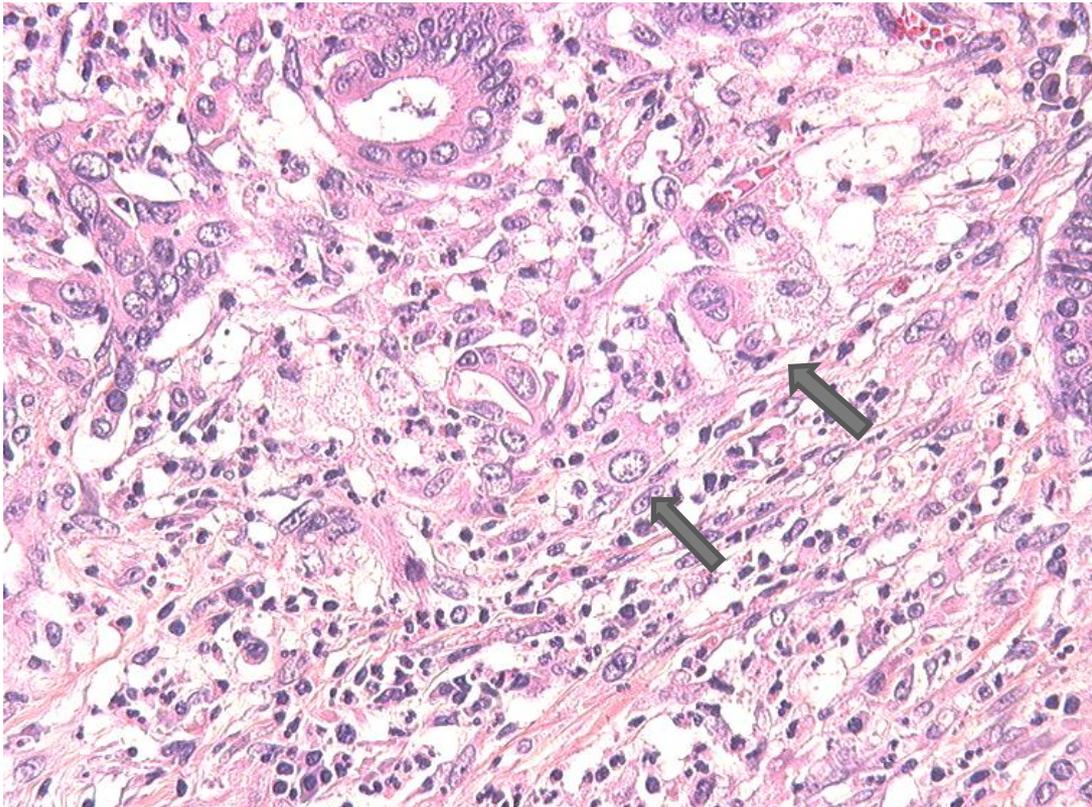
- Adénocarcinome bien ou moyennement différencié
- Pas d'embols vasculaires (ni lymphatique ni veineux)

## Côlon -Rectum

- Adénocarcinome de bas grade (OMS 2010)
  - Adénocarcinome lieberkuhnien bien ou moyennement différencié,
  - Adénocarcinome mucineux MSI
  - Carcinome médullaire MSI
- Pas d'embols vasculaires (ni lymphatique ni veineux)
- Pas de bourgeonnement tumoral significatif

# Bourgeonnement tumoral (« Budding »)

Amas de moins de 5 cellules au niveau du front d'invasion de la tumeur (évalué HE)



Recommandations TNM, UICC/AJCC 8<sup>ème</sup> édition, CAP, Consensus International de Bern

Score de bourgeonnement tumoral (0,785 mm<sup>2</sup>)  
(méthode du Hot Spot, X 20)

<b>1 (Budd 1)</b>	< 5	Faible
<b>2 (Budd 2)</b>	5-10	Intermédiaire
<b>3 (Budd 3)</b>	≥ 10	Elevé

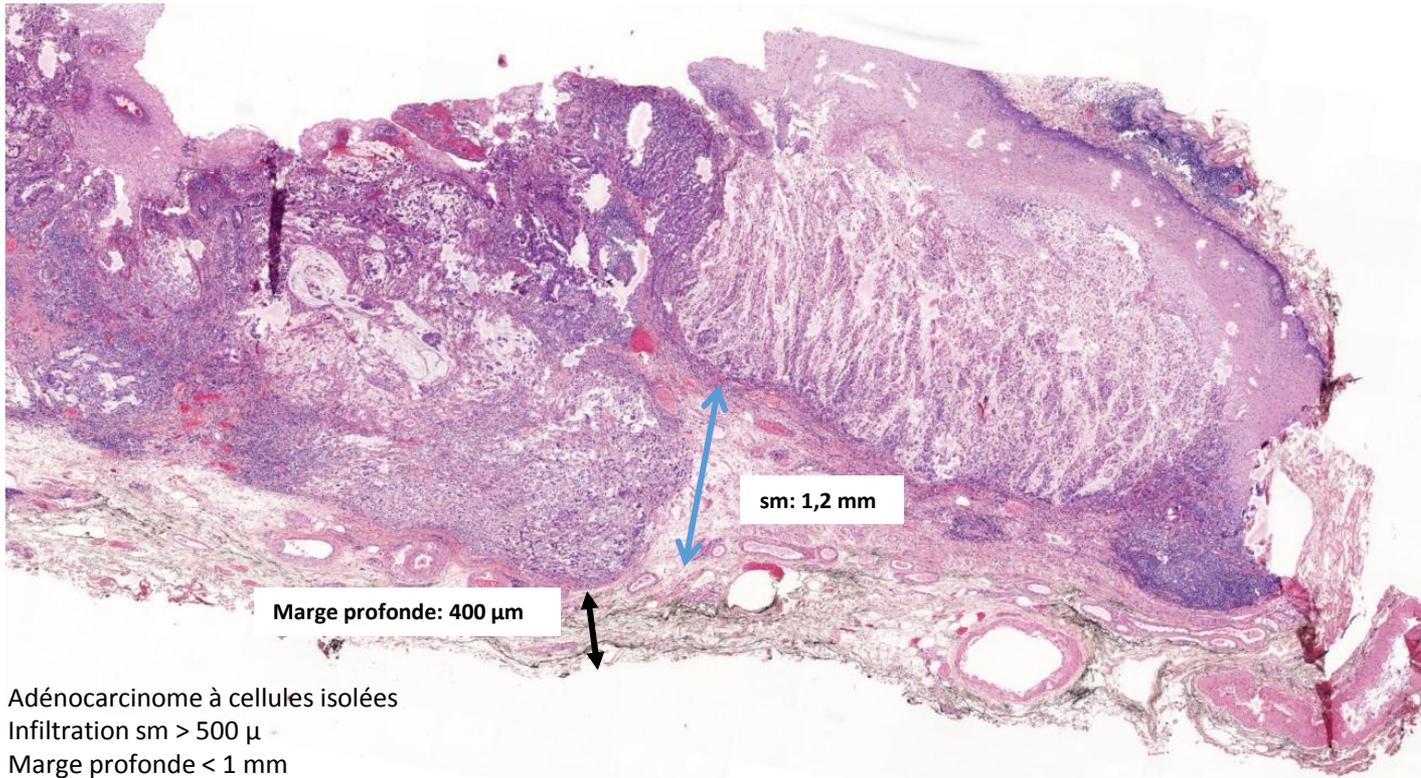
Risque d'un stade pT1:  
Non significatif : score 1  
Significatif : scores 2 et 3

# Prévalence de l'absence des critères de sécurité

- Adénocarcinome sur EBO
  - Absence d'un seul critère dans 22 % des cas
- Cancer côlon-rectum
  - Absence d'un seul critère rare ( 7 % des cas)
  - Poids des critères qualitatifs

Lésions sous-muqueuses	Risque ganglionnaire si aucun critère qualitatif de sécurité absent	Risque ganglionnaire si un seul critère qualitatif de sécurité absent	Risque ganglionnaire si deux critères qualitatifs de sécurité absents
Superficielle (sm1) <sup>a</sup>	0 (< 1 000 µm) [1]	0 à 3 [2,3,5]	10 à 20
Moyenne (sm2) <sup>a</sup>	0 (< 2 000 µm) [2] 0 (< 3 000 µm) [3,4]	4 à 15 [2,4,6]	10 à 30
Profonde (sm3) <sup>a</sup>	10 à 20	10 à 20	10 à 30

# Adénocarcinome sur EBO

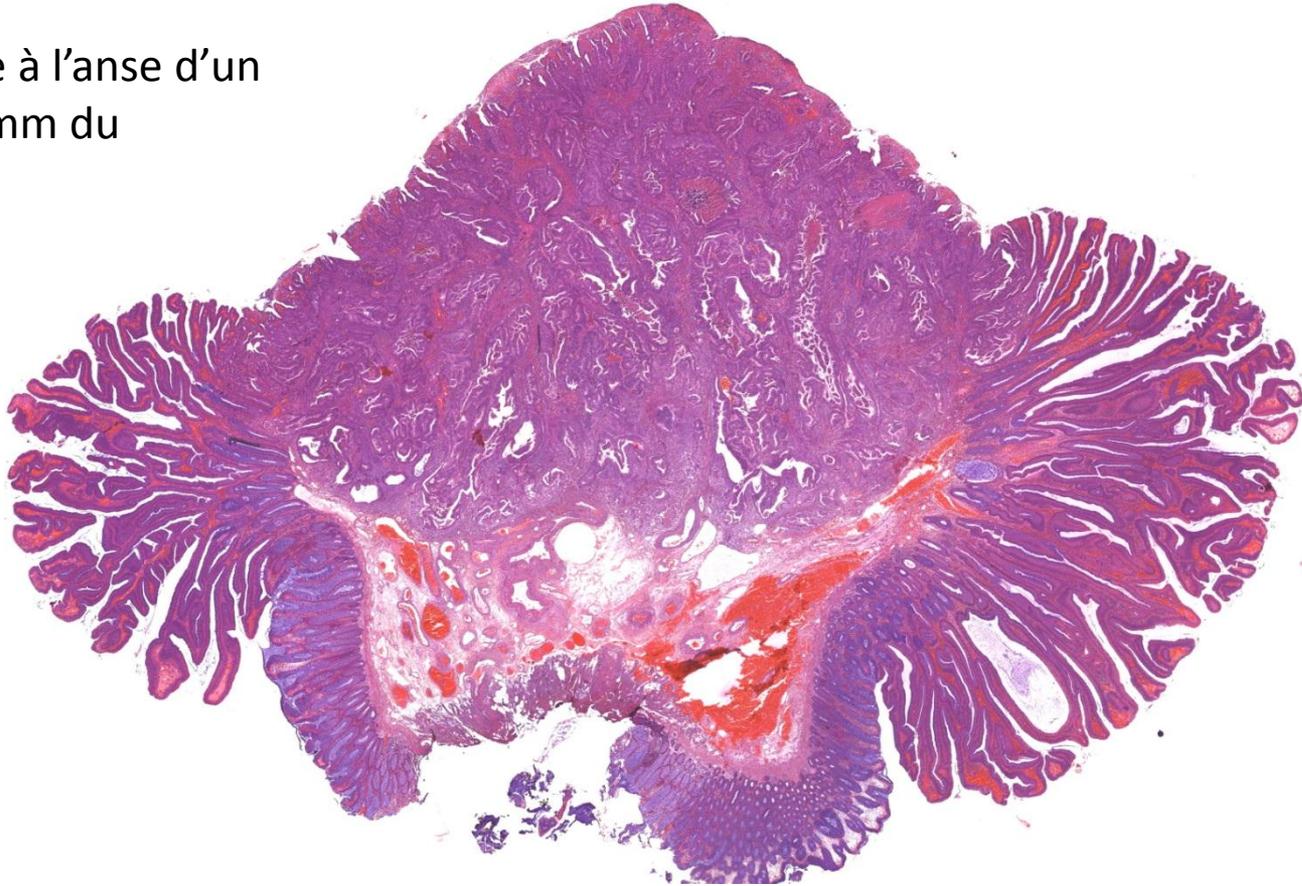


Adénocarcinome à cellules isolées  
Infiltration sm > 500 μ  
Marge profonde < 1 mm

Aucun des 3  
critères de  
sécurité  
→ Complément  
d'exérèse  
chirurgicale

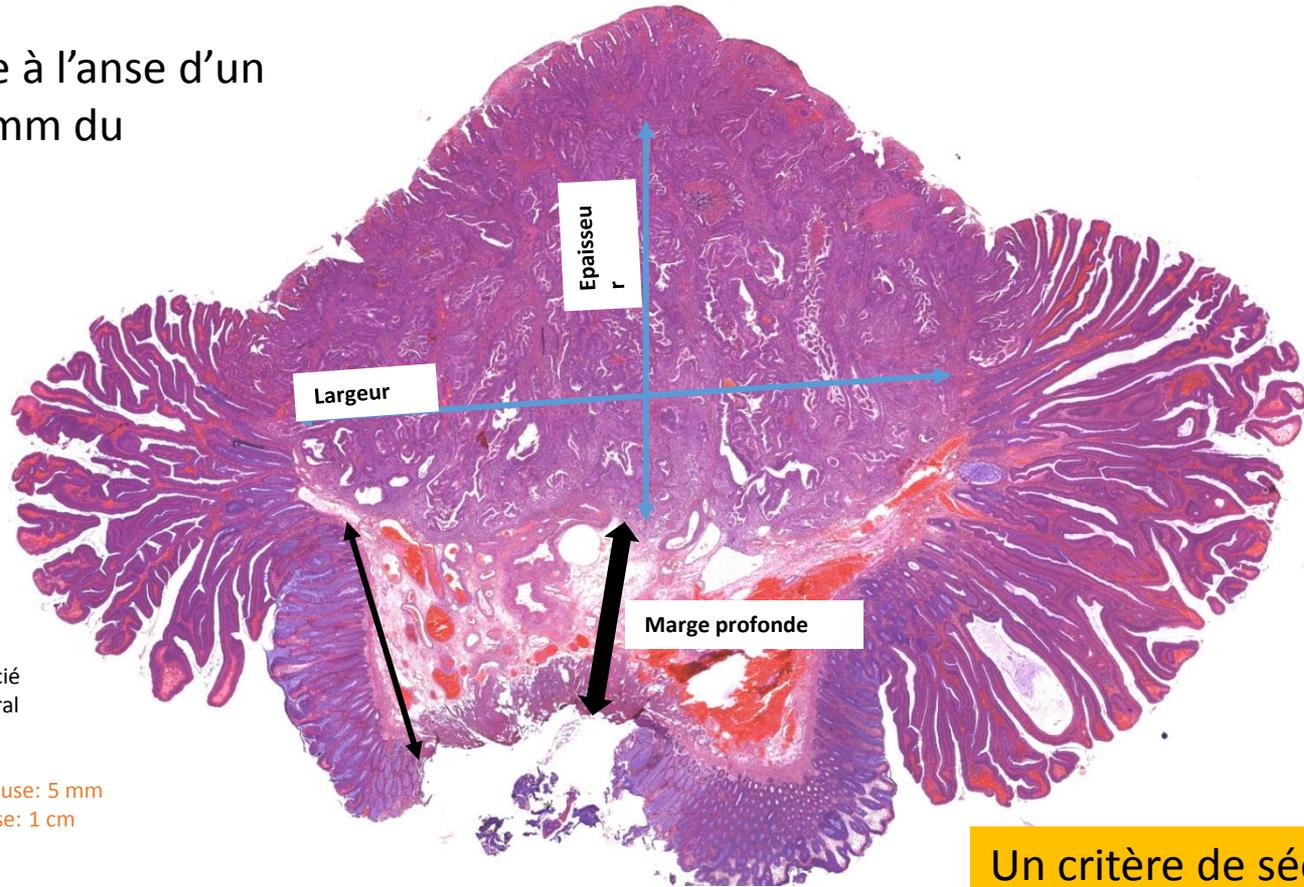
1000  $\mu$ m

Mucosectomie à l'anse d'un  
polype de 15 mm du  
sigmoïde



1000 µm

## Mucosectomie à l'anse d'un polype de 15 mm du sigmoïde



Adénocarcinome bien différencié  
Pas de bourgeonnement tumoral  
Pas d'embols vasculaire

Epaisseur invasion sous-muqueuse: 5 mm  
Largeur invasion sous-muqueuse: 1 cm  
Marge profonde: 2,2 mm  
Marge latérale: 3,6 mm

Un critère de sécurité  
absent

→ Cas à discuter en RCP

# En pratique, on retiendra (1)

## Règles pour le pathologiste

- Renseigner tous les critères de sécurité selon les définitions et valeurs recommandées
- Indiquer les critères non évaluables

## Règles pour l'endoscopiste



- Conditionnement adéquat des pièces
  - Épinglé, à plat dans cassette
  - Aide au repérage de la tranche de section (tatouage, fil,..)
  - Une lésion /flacon
- Transmission des données endoscopiques
  - CR endoscopique
  - Type de lésion (Paris)
  - Mode d'exérèse (*biopsie, polypectomie, mucosectomie, dissection sous-muqueuse*)
  - Topographie

# En pratique, on retiendra(2): les critères de sécurité d'exérèse d'un cancer précoce



Endobrachyoesophage	Côlon et rectum
<b>Adénocarcinome de stade pT1b si *</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Infiltration de la sous-muqueuse &lt; 500 µm</li><li>- Pas d'infiltration de la marge profonde</li><li>- Pas d'embolies vasculaires</li><li>- Adénocarcinome bien ou moyennement différencié</li></ul>	<b>Adénocarcinome de stade pT1 si*</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Infiltration de la sous-muqueuse &lt; 1000 µm</li><li>- Pas d'infiltration de la marge profonde</li><li>- Pas d'embolies vasculaires</li><li>- Carcinome de bas grade</li><li>- Pas/peu de bourgeonnement tumoral (Score 1 de bourgeonnement)</li></ul>

\* : tous les critères doivent être remplis.

# En pratique, on retiendra (3)



- Seule une résection en bloc permet de déterminer une exérèse complète (et permet une analyse anatomo-pathologique optimale)
- Si analyse pathologique incomplète, avec critère (s) non évaluable (s) ou un seul critère de sécurité non respecté: cas à discuter en RCP

Nom du patient (ou étiquette) : ..... Service : .....  
Prénom : ..... Nom de l'endoscopiste : .....  
Date de naissance : ..... Date de coloscopie : .....

**RENSEIGNEMENTS ENDOSCOPIQUES**

**Localisation** :  bas rectum (0-5 cm de la MA) -  moyen rectum (5-10 cm) -  haut rectum (10-15 cm)  
 sigmoïde -  côlon gauche -  côlon transverse -  côlon droit -  caecum -  Non renseignée  
**Aspect** :  pédiculé -  sessile -  plan  
**Classification de Paris**<sup>1</sup> :  0-Ip-  0-Is -  0-IIa-  0-IIb-  0-IIc-  0-III-  Non renseigné  
**Taille** (diamètre maximum) : ..... mm -  Non renseigné  
**Type d'exérèse** :  polypectomie -  mucosectomie -  dissection sous-muqueuse  
 Monobloc / 1 seul fragment -  fragmentée : nombre de fragments : ..... -  Non renseigné

**HISTOLOGIE**

Adénocarcinome pTis (→ passer aux marges)  
 Adénocarcinome infiltrant la sous-muqueuse pT1 :  
Hauteur d'infiltration sous le plan de la musculaire muqueuse : ..... µm  
 Non évaluable  
Largeur d'infiltration dans la sous-muqueuse : ..... µm  
 Non évaluable  
Si le pédicule et le collet sont visibles, préciser le niveau d'infiltration dans l'axe du pédicule<sup>2</sup> :  
 Haggitt 1 : limitée à la tête du polype, au-dessus du collet  
 Haggitt 2 : étendue vers le collet sans le dépasser  
 Haggitt 3 : étendue sous le collet dans le pédicule  
 Haggitt 4 : étendue à la sous-muqueuse colique sous l'implantation du pédicule  
Grade tumoral<sup>3</sup> :  
 Adénocarcinome de bas grade (bien / moyennement différencié)  
 Adénocarcinome de haut grade (peu différencié, cellules indépendantes, micro-papillaire)  
 Adénocarcinome mucineux  
 Carcinome médullaire  
 Immunophénotype MSS -  Immunophénotype MSI -  Immunophénotype non évalué

Embole / envahissement vasculaire :  
 Absent  
 Présent :  Lymphatique -  Veineux  
 Non évaluable

Bourgeonnement tumoral (« tumor budding »)<sup>4</sup> :  
 Absent  
 Présent : nombre de bourgeons / champ x 200 (= 0.785 mm<sup>2</sup>) : .....  
 Score 1 (bd 1) (< 5 bourgeons)  
 Score 2 (bd 2) (5 à 9 bourgeons)  
 Score 3 (bd 3) (≥ 10 bourgeons)  
 Non évaluable

**Marges d'exérèse** :  
Profonde :  
 Saine, distance de la tumeur : ..... µm  
 Envahie par l'adénocarcinome (= 0 µm)  
 Non évaluable  
Latérale :  
 Saine, distance de la tumeur : ..... µm  
 Envahie par l'adénocarcinome (= 0 µm)  
 Envahie par l'adénome  
 Non évaluable

Compte-Rendu/  
Fiche  
Standardisé

**CONCLUSION**

Nom du patient (ou étiquette) : ..... Service : .....  
 Prénom : ..... Nom de l'endoscopiste : .....  
 Date de naissance : ..... Date de coloscopie : .....

**RENSEIGNEMENTS ENDOSCOPIQUES**

**Localisation** :  bas rectum (0-5 cm de la MA) -  moyen rectum (5-10 cm) -  haut rectum (10-15 cm)  
 sigmoïde -  côlon gauche -  côlon transverse -  côlon droit -  caecum -  *Non renseignée*  
**Aspect** :  pédiculé -  sessile -  plan  
**Classification de Paris**<sup>1</sup> :  0-Ip-  0-Is -  0-IIa-  0-IIb-  0-IIc-  0-III-  *Non renseigné*  
**Taille** (diamètre maximum) : ..... mm -  *Non renseigné*  
**Type d'exérèse** :  polypectomie -  mucosectomie -  dissection sous-muqueuse  
 Monobloc / 1 seul fragment -  fragmentée : nombre de fragments : ..... -  *Non renseigné*

**HISTOLOGIE**

**Adénocarcinome pTis** (→ passer aux marges)  
 **Adénocarcinome infiltrant la sous-muqueuse pT1** :  
 Hauteur d'infiltration sous le plan de la musculaire muqueuse : ..... µm  
 *Non évaluable*  
 Largeur d'infiltration dans la sous-muqueuse : ..... µm  
 *Non évaluable*

CRFS + texte explicatif disponibles sur le «PORTAIL SFP »,  
 page d'accueil (encart avec lien)  
 et  
 sur la page du Club de Pathologie Digestive

Adénocarcinome mucineux  
 Carcinome médullaire  
 Immunophénotype MSS -  Immunophénotype MSI -  *Immunophénotype non évalué*

Embole / envahissement vasculaire :

Absent  
 Présent :  Lymphatique -  Veineux  
 *Non évaluable*

Bourgeonnement tumoral (« tumor budding »)<sup>4</sup>:

Absent  
 Présent : nombre de bourgeons / champ x 200 (= 0.785 mm<sup>2</sup>) : .....  
 Score 1 (bd 1) (< 5 bourgeons)  
 Score 2 (bd 2) (5 à 9 bourgeons)  
 Score 3 (bd 3) (≥ 10 bourgeons)  
 *Non évaluable*

**Marges d'exérèse :**

Profonde :

Saine, distance de la tumeur : ..... µm  
 Envahie par l'adénocarcinome (= 0 µm)  
 *Non évaluable*

Latérale :

Saine, distance de la tumeur : ..... µm  
 Envahie par l'adénocarcinome (= 0 µm)  
 Envahie par l'adénome  
 *Non évaluable*

**CONCLUSION**



Merci ...

